



UNFPA

état de la population mondiale 2019

UNE TÂCHE, INACHEVÉE

la poursuite de l'acquisition des droits et des choix **POUR TOUS**

État de la population mondiale 2019

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Arthur Erken, Directeur, Division de la communication et des partenariats stratégiques

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Richard Kollodge

Rédactrice associée : Katie Madonia

Responsable de l'édition numérique : Katie Madonia

Conseillers pour l'édition numérique : Hanno Ranck, Katheline Ruiz

Publication et conception de la version

en ligne : Prographics, Inc.

AUTEUR ET CONSEILLER À LA RECHERCHE

Stan Bernstein

CONSEILLERS TECHNIQUES UNFPA

Elizabeth Benomar

Daniel Schensul

AUTRICE ET CHERCHEUSE PRINCIPALE

Kathleen Mogelgaard

AUTEURS ET CHERCHEURS DE CE CHAPITRE

Jeffrey Edmeades

Gretchen Luchsinger

William A. Ryan

Ann M. Starrs

AUTRICES D'ARTICLES DE FOND

Janet Jensen

Gretchen Luchsinger

© UNFPA 2019

REMERCIEMENTS

L'UNFPA remercie les femmes suivantes pour avoir partagé des moments de leur vie dans le cadre du présent rapport :

Tefta Shakaj, ALBANIE

Mediha Besic, BOSNIE-HERZÉGOVINE

Tsitsina Xavante, BRÉSIL

Say Yang, CAMBODGE

Dahab Elsayed and Um Ahmed, ÉGYPTÉ

Alma Odette Chacón, GUATEMALA

Marta Paula Sanca, GUINÉE-BISSAU

Fanie Derismé, HAÏTI

Rajeshwari Mahalingam, INDE

Josephine Kasya, OUGANDA

Shara Ranasinghe, SRI LANKA

Rasamee, THAÏLANDE

Les rédacteurs remercient William McGreevey pour ses recherches sur les obstacles institutionnels et financiers à la santé sexuelle et reproductive ainsi que Christopher Hook pour son aide sur d'autres travaux de recherche. Le Service de la population et du développement de l'UNFPA a regroupé les données régionales liées aux indicateurs. Les données liées aux indicateurs proviennent de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et de l'Organisation mondiale de la Santé. Rachel Snow, Sara Reis et Marielle Sander-Lindstrom, de l'UNFPA, ont également contribué à l'élaboration du rapport de cette année. Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneka Knutsson et Leyla Sharafi ont examiné et commenté les versions préliminaires.

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. Une ligne pointillée représente approximativement la ligne de démarcation au Jammu-et-Cachemire acceptée par l'Inde et le Pakistan. Les parties ne sont pas encore parvenues à un accord définitif sur le statut du Jammu-et-Cachemire.

PHOTOGRAPHIE

Première de couverture : © Steve McCurry/Magnum Photos

Calendrier : © Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, ONU/UNFPA

UNFPA

Assurer les droits et les choix pour tous depuis 1969

UNE TÂCHE INACHEVÉE

la poursuite de l'acquisition des droits
et des choix pour tous



- 1** Le respect des droits et la liberté de choix sont un combat permanent page 7

- 2** Six femmes, six décennies, six parcours page 23

- 3** Des droits menacés en période de croissance démographique page 37

- 4** Disponible mais inaccessible page 53

- 5** Un obstacle à l'origine de tous les autres page 73

- 6** Quand les services s'effondrent page 87

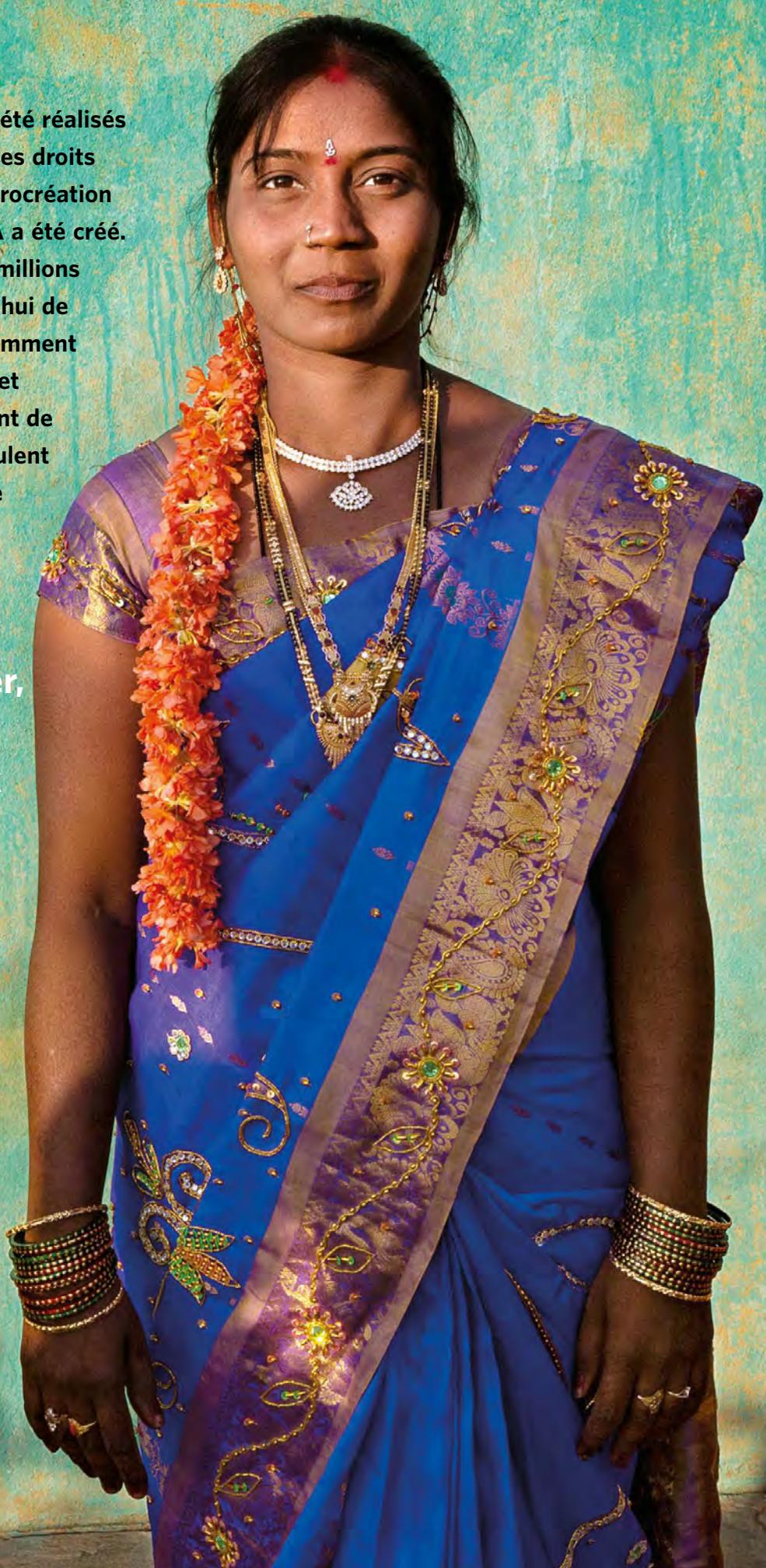
- 7** Des institutions et des financements pour garantir les droits et le libre arbitre page 101

- 8** Des droits et des choix pour tous – si ce n'est pas maintenant, alors quand ? page 117

- 9** Plus que ma mère, moins que ma fille page 137

Des progrès remarquables ont été réalisés en ce qui concerne la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation depuis 1969, année où l'UNFPA a été créé. Malgré tout, des centaines de millions de femmes continuent aujourd'hui de faire face à des obstacles, notamment sur le plan économique, social et institutionnel, qui les empêchent de choisir elles-mêmes si elles veulent des enfants, avec qui, ainsi que le moment et l'espacement des naissances.

De nouveaux défis ne cessant d'émerger, le respect des droits et la liberté de choix pour tous sont une quête continue.



Faire des droits et des choix une réalité pour tous

C'était en 1969. La population mondiale atteignait 3,6 milliards de personnes, soit une augmentation de près d'un milliard en seulement 17 ans. Les taux de fécondité dans le monde étaient environ deux fois plus élevés qu'aujourd'hui. Dans les pays les moins avancés, on enregistrait environ six naissances par femme.

Avec son ouvrage *La Bombe P (The Population Bomb)*, publié l'année précédente, Paul Ehrlich avait déclenché une panique à l'échelle du globe en évoquant la « surpopulation », qui d'après lui entraînerait une famine généralisée sur une « planète agonisante ».

C'est dans ce contexte qu'a été créée l'UNFPA, en vue d'informer les pays en développement des conséquences sociales et économiques de la croissance démographique et d'appuyer les programmes de population nationaux, qui commençaient à organiser la distribution de contraceptifs à une échelle sans précédent.

Grâce à ces programmes, la possibilité de faire de véritables choix en matière de reproduction est devenue réalité pour un nombre croissant de femmes dans les pays en développement. En conséquence, les femmes ont commencé à avoir moins d'enfants. Des millions d'entre elles ont enfin acquis le pouvoir de contrôler leur propre fécondité.

Malgré la *disponibilité* croissante des contraceptifs au fil des années, des centaines de millions de femmes n'y ont toujours pas accès aujourd'hui — pas plus qu'au choix en matière de reproduction qui leur est associé. De ce fait, elles se trouvent privées du pouvoir de prendre des décisions relatives à leur corps, notamment de choisir si et quand elles souhaitent concevoir un enfant.

Le fait de ne pas disposer de cette capacité — qui influe sur de nombreux autres aspects de la vie, de l'éducation à la rémunération, en passant par la sécurité — empêche les femmes de définir elles-mêmes leur avenir.

Depuis sa création en 1969, l'UNFPA conduit des initiatives multilatérales afin d'aider les femmes des pays en développement à tracer leur chemin dans un environnement en constante mutation, semé d'obstacles à leurs droits en matière de reproduction. Ces actions ont bénéficié d'un élan et d'une inspiration renouvelés en 1994, lorsque 179 gouvernements réunis au Caire pour la Conférence internationale sur la population et le développement ont élaboré un plan de développement durable fondé sur les droits et les choix individuels, et sur l'accès de tous à la santé sexuelle et reproductive. Concrétisé par un Programme d'action, ce plan a non seulement redynamisé le mouvement mondial en faveur des droits reproductifs, mais il en a également confié la responsabilité à l'UNFPA.

Les actions conjuguées de la société civile, des gouvernements, des institutions de développement et de l'UNFPA au cours des 50 dernières années ont ouvert des possibilités et des perspectives aux femmes et aux filles du monde entier. Pourtant, il reste encore un long chemin à parcourir avant que *toutes* aient le pouvoir et les moyens d'être maîtresses de leur corps et de faire des choix éclairés en matière de santé sexuelle et reproductive.

Dans le même temps, nous devons repousser les forces qui voudraient nous renvoyer à une époque où les femmes n'avaient guère voix au chapitre dans la prise de décisions relatives à la santé reproductive ni, d'ailleurs, dans aucun domaine ayant trait à leur vie.

La lutte pour le respect des droits et la liberté de choix doit se poursuivre jusqu'à ce qu'ils deviennent une réalité pour tous.

D^r Natalia Kanem

Secrétaire générale adjointe de l'Organisation des Nations Unies et Directrice exécutive de l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population



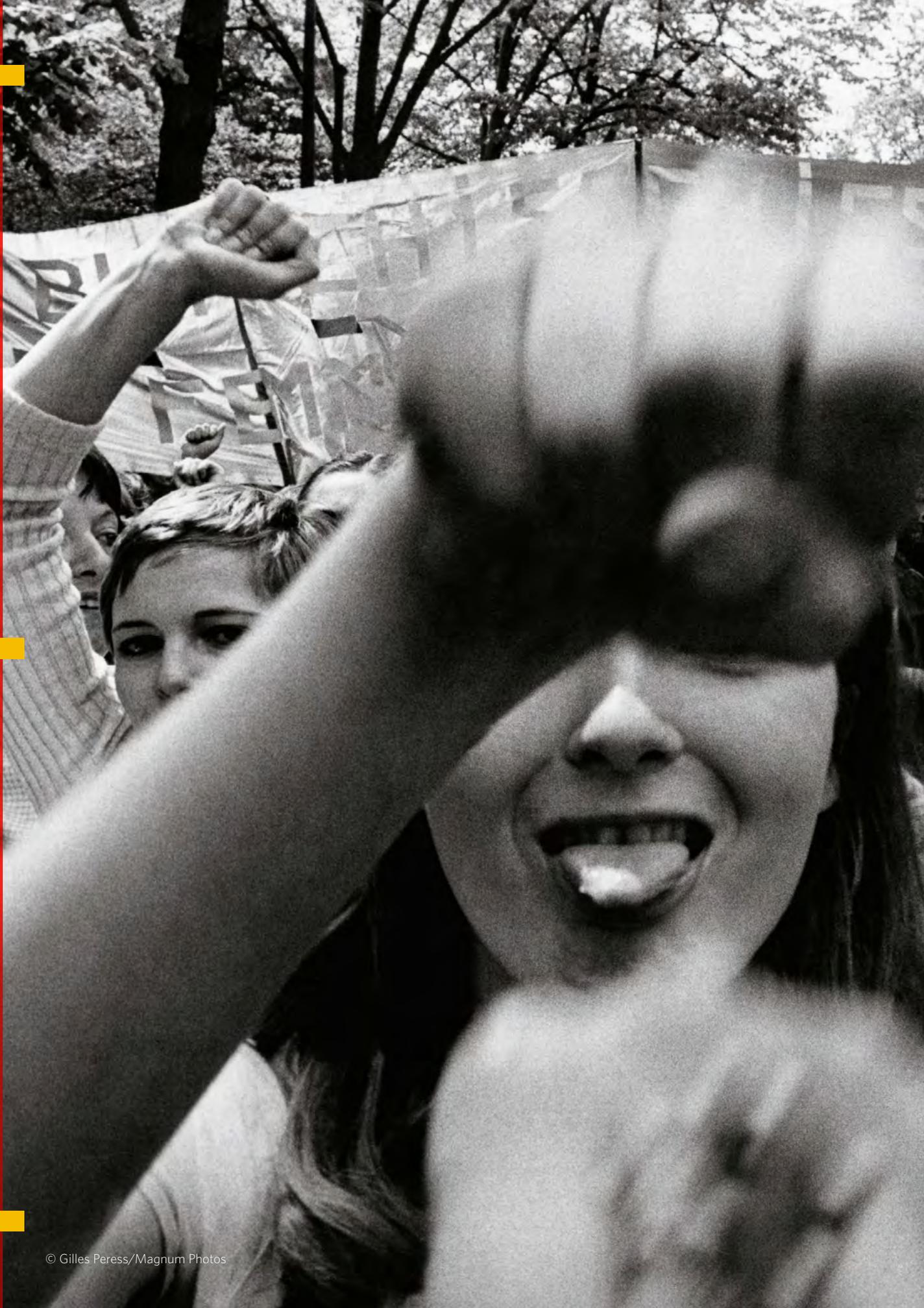
1969

1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993

1994

1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018

2019



LE RESPECT DES DROITS ET LA LIBERTÉ DE CHOIX SONT UN COMBAT PERMANENT

L'année 2019 sera marquée par deux jalons essentiels dans le domaine de la santé reproductive : il y 50 ans débutaient les activités de l'UNFPA ; il y a 25 ans avait lieu au Caire l'historique Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).

Ces deux événements – l'inauguration du premier organisme des Nations Unies consacré aux questions liées à la croissance démographique et aux besoins de la population mondiale en matière de santé reproductive, et la proclamation d'un engagement international en faveur de la santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de reproduction – ont fondamentalement structuré la vie des femmes et des familles, ainsi

que les sociétés dans lesquelles elles vivent, de manière à la fois mesurable et incommensurable, profonde et anodine, permanente et éphémère.

Si les activistes, les militants, les spécialistes de la santé publique et bon nombre d'autres acteurs ont plaidé sans relâche en faveur des mutations que nous constatons aujourd'hui autour de nous, beaucoup reste cependant à faire. Ce que l'avenir nous réserve sur

le plan de la croissance démographique, de la contraception et de la santé et des droits sexuels et reproductifs déterminera non seulement la capacité des femmes et des filles à réaliser leur plein potentiel en tant que membres de leur société, mais sera également déterminé par cette aptitude. Et ceci dépendra, dans une large mesure, de la manière dont la communauté internationale pérenniserà les progrès

accomplis à ce jour par la CIPD et comblera les lacunes persistantes.

Le monde en 1969

Il y a 50 ans, une femme avait en moyenne 4,9 enfants, et 35 % des femmes mariées dans le monde utilisaient un mode de contraception pour retarder ou éviter une grossesse ;

en revanche, dans les pays les moins avancés, on comptait en moyenne 6,7 enfants par femme et environ 2 % d'utilisatrices de méthodes contraceptives. L'avortement était illégal dans la plupart des pays, et le mouvement de libération des femmes luttait sur plusieurs fronts, notamment celui de l'égalité d'accès

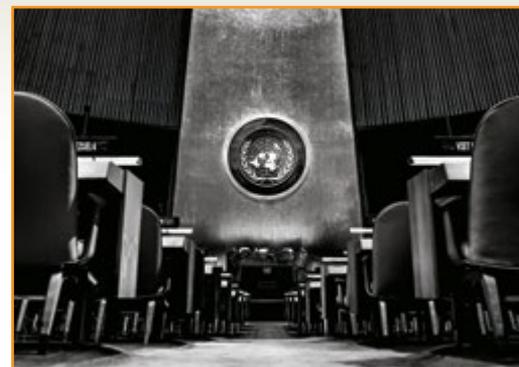
à l'éducation et à l'emploi, de rémunération et de droit au mariage, au divorce et à la propriété. En 1969, les émeutes de Stonewall à New York marquent le lancement du mouvement mondial de défense des droits des homosexuels ; l'Agence des États-Unis pour le développement international crée un Bureau de la population ; et le Ghana

DE 1969 À 2019



RAFAEL SALAS EST NOMMÉ DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'UNFPA

LE FONDS DES NATIONS UNIES POUR LES ACTIVITÉS EN MATIÈRE DE POPULATION (UNFPA) ENTRE EN OPÉRATION



L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DÉSIGNE L'UNFPA COMME CHEF DE FILE DES PROGRAMMES DÉMOGRAPHIQUES

**ÉTAPES CLÉS
POUR LES
NATIONS UNIES**
et événements
mondiaux

1969

Les émeutes de Stonewall, à New York, marquent le début du mouvement moderne de défense des droits des homosexuels aux États-Unis

Premier message envoyé par l'intermédiaire d'ARPANET, précurseur d'Internet

Neil Armstrong fait les premiers pas sur la Lune

Le biologiste Robert Geoffrey Edwards fertilise des ovocytes humains dans une boîte de Petri pour la première fois

Création du Bureau de la population de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

1970

Traité sur la non-prolifération des armes nucléaires entre en vigueur

Le Population Council crée l'International Committee for Contraception Research (Comité international pour la recherche contraceptive)

1971

Le DIU Dalkon Shield est commercialisé

La Sierra Leone devient une république



adopte sa politique de Planification démographique pour le progrès et la prospérité de la nation. Un an auparavant, lors la première Conférence internationale des Nations Unies sur les droits de l'homme, qui s'est tenue à Téhéran, des délégués avaient affirmé, pour la première fois dans le cadre d'une déclaration mondiale, le droit

fondamental des parents à « déterminer librement et consciemment la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances » (Organisation des Nations Unies, 1968).

En 1969, des interventions en matière de santé publique ayant réduit la mortalité infanto-juvénile et prolongé l'espérance de vie, les taux de natalité

deviennent supérieurs aux taux de mortalité dans la plupart des pays en développement. La crainte que la croissance démographique consécutive à ce phénomène ne soit préjudiciable aux progrès économiques et à l'environnement motive le souhait de mieux comprendre et gérer la fécondité humaine. La création



Les États-Unis, l'Union soviétique et 70 autres pays signent un accord sur l'interdiction des armes biologiques

À Istanbul, le pont du Bosphore est achevé et relie l'Europe et l'Asie

CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA POPULATION, BUCAREST

L'ONU PROCLAME LE LANCEMENT DE LA DÉCENNIE DES NATIONS UNIES POUR LA FEMME

1972

Le Club de Rome publie *Les limites à la croissance*

L'ONU PROCLAME LE 10 DÉCEMBRE JOURNÉE INTERNATIONALE DES DROITS DE L'HOMME

1973

L'Association américaine de psychiatrie retire l'homosexualité de la liste des troubles mentaux du DSM-II

L'avortement est légalisé aux États-Unis

1974

LA POPULATION MONDIALE ATTEINT
4
MILLIARDS DE PERSONNES

L'Inde réalise avec succès un essai nucléaire souterrain

1975

Le Mozambique et le Suriname deviennent indépendants

Le scientifique Andreï Sakharov, inventeur de la bombe à hydrogène soviétique, reçoit le prix Nobel de la Paix



du Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, rebaptisé en 1987 Fonds des Nations Unies pour la population, est le reflet d'un souci croissant de comprendre de quelle manière la dynamique démographique influe sur le développement social et économique, et de la volonté des Nations Unies d'appuyer

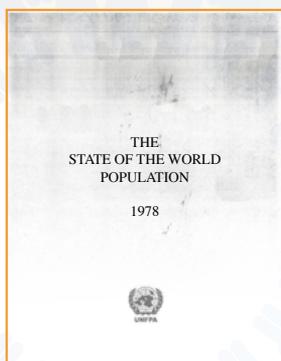
des programmes d'action visant à stabiliser la population mondiale.

Durant les années 1960, la disponibilité croissante de méthodes contraceptives relativement novatrices et efficaces révolutionne l'existence des femmes, qui ont, alors pour la première fois, des moyens fiables d'éviter une grossesse non désirée et

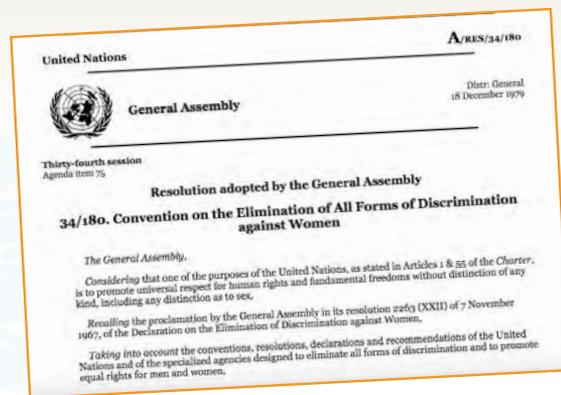
de nouvelles possibilités de contrôler leur vie reproductive. Cependant, les conséquences de la contraception et de la régulation de la fécondité sur la santé, le bien-être et la vie sociale et économique de chaque femme et de chaque fille commencent à peine à être comprises. Il reste encore un long chemin à parcourir avant d'en prendre toute la mesure.



Première épidémie connue de virus Ebola



L'UNFPA PUBLIE LE PREMIER RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE



LA CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES EST ADOPTÉE

1976

1977

1978

1979

Le président égyptien Anouar el-Sadate effectue une visite officielle en Israël

Naissance du premier « bébé éprouvette »

Première année internationale de l'enfant



Le monde en 1994

Il y a 25 ans, lors de la tenue de la CIPD au Caire, le taux moyen de fécondité à l'échelle mondiale était d'environ trois enfants par femme, et 58,8 % d'entre elles utilisaient un contraceptif ; dans les pays les moins avancés, on enregistrait environ 5,6 enfants par femme

et 20,2 % d'utilisatrices de moyens de contraception parmi les femmes mariées. L'Afrique du Sud organisait ses premières élections multiraciales et élisait Nelson Mandela président ; le génocide rwandais causait la mort de plus de 800 000 hommes, femmes et enfants ; les unions civiles entre partenaires du même sexe étaient

légalisées en Suède ; et le lancement d'America Online (AOL) inaugurerait la facilité d'accès à Internet.

Les années précédant la CIPD ont été marquées par une évolution progressive qui s'est ensuite accélérée : initialement centrée sur les questions relatives à la population et à la réduction de la fécondité, l'attention s'est reportée sur



Sally Ride devient la première Américaine à aller dans l'espace à bord de la navette spatiale Challenger

L'ONU CRÉE LE PRIX DES NATIONS UNIES EN MATIÈRE DE POPULATION

1980

L'Organisation mondiale de la Santé déclare l'éradication mondiale de la variole



1981

Sandra Day O'Connor devient la première femme à siéger comme juge à la Cour suprême des États-Unis

La population chinoise atteint 1 milliard de personnes

IBM commercialise son premier ordinateur personnel, équipé d'un système d'exploitation Microsoft



1982

Des médecins réalisent la première implantation d'un cœur artificiel permanent, conçu par Robert Jarvik

Pour la première fois, le magazine *Time* décerne le titre de « Personnalité de l'année » à une entité non humaine, l'ordinateur

1983

Le rétrovirus qui provoque le sida est découvert



Famine en Éthiopie



le droit des individus et des couples à prévenir ou à retarder une grossesse et à accéder à la santé sexuelle et reproductive. Essentiellement encouragée par les féministes et les défenseurs de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, cette mutation a constitué, en partie, une réaction face aux abus générés par des politiques autrefois

orientées vers un objectif de « contrôle démographique ». Dans les années 1970 et 1980, grâce au financement et aux encouragements de fondations et d'États donateurs prospères, certains pays avaient élaboré des programmes qui contraignaient les couples à utiliser des contraceptifs ou à limiter la taille de leur famille, ou tentaient

de les convaincre d'agir en ce sens au moyen de compensations financières ou d'autres mesures incitatives.

Adopté par 179 gouvernements, le Programme d'action de la CIPD préconise explicitement d'abandonner les objectifs de contrôle de la démographie et de la fécondité dans les programmes nationaux sur la



LE D^r NAFIS SADIK EST NOMMÉE DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE L'UNFPA

L'UNFPA CHANGE DE NOM ET DEVIENT LE FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION, MEXICO

L'Accord de Schengen est signé par cinq États membres de la Communauté économique européenne

La navette spatiale Challenger explose, tuant son équipage de sept personnes

1984

Premier transfert d'embryon d'une femme à une autre aboutissant à une naissance vivante

1985

Aux États-Unis, la Food and Drug Administration autorise le dépistage du VIH par test sanguin

L'Afrique du Sud met fin à l'interdiction des mariages interraciaux

1986

Corazon Aquino devient la première femme présidente des Philippines

Premier enfant né d'une mère porteuse sans lien de parenté

1987

Krach d'octobre 1987 : les marchés boursiers s'effondrent à Wall Street et dans le reste du monde

LA POPULATION MONDIALE ATTEINT

5

MILLIARDS DE PERSONNES

Lancement de l'Initiative mondiale pour une maternité sans risque



population et la planification familiale. Tout en continuant à reconnaître que la dynamique démographique mérite d'être prise en compte dans l'élaboration des politiques, il lance un vibrant appel à placer les besoins et les droits des femmes au cœur des politiques démographiques et de développement. Les gouvernements s'accordent sur le fait que la communauté

internationale doit permettre aux femmes, aux couples et aux familles d'accéder à un éventail d'interventions liées à la santé sexuelle et reproductive, et doit opérer des changements sociaux et économiques autonomisant les femmes, respectant leurs droits et contribuant à sensibiliser le monde entier à l'égalité des sexes.

Avancées et reculs depuis 1994

Le consensus créé par la CIPD a constitué un tournant et une victoire décisive pour le mouvement de lutte en faveur des droits en matière de reproduction.

En plaçant les droits et le bien-être des individus au centre des priorités



La première Journée mondiale de la lutte contre le sida est proclamée le 1^{er} décembre



La Corée du Nord, la Corée du Sud, l'Estonie, les Îles Marshall, la Lettonie, la Lituanie et la Micronésie rejoignent l'Organisation des Nations Unies

1988

1989

1990

1991

1992

Chute du mur de Berlin

Indépendance de la Namibie

La destruction du mur de Berlin commence

La Croatie et la Slovénie proclament leur indépendance de la Yougoslavie ; début des guerres de Yougoslavie

Accord de paix au Mozambique

Dissolution de l'Union soviétique



relatives à la santé reproductive, il a mis en œuvre un certain nombre de changements : dans le domaine de la recherche, afin d'étudier les facteurs influant sur les choix et les comportements individuels au regard de la fécondité et de l'utilisation ou non des méthodes contraceptives ; dans le domaine de la communication, en vue d'éduquer les femmes,

les hommes et les décideurs et de les informer sur les avantages économiques et sociaux et sur les bénéfices pour la santé de la réduction de la fécondité et de la prévention des grossesses non désirées ; et dans le domaine de la prestation de services, pour souligner l'importance d'offrir une large gamme de méthodes contraceptives et de veiller à ce

que toutes les femmes puissent avoir le choix.

La CIPD a également reconnu que la santé sexuelle et reproductive, ainsi que le bien-être des femmes, englobait non seulement l'accès et le recours à la contraception, mais aussi de nombreux autres facteurs : leur capacité à prévenir et à gérer les complications d'un avortement non médicalisé ; à éviter ou à traiter les



CONFÉRENCE MONDIALE DES NATIONS UNIES SUR LES DROITS DE L'HOMME

1993

L'Organisation mondiale de la Santé déclare la tuberculose urgence mondiale

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT, LE CAIRE

1994

Génocide au Rwanda
Nelson Mandela devient président de l'Afrique du Sud

QUATRIÈME CONFÉRENCE MONDIALE DES NATIONS UNIES SUR LES FEMMES

1995

Plus de 170 pays conviennent de proroger le Traité sur la non-prolifération des armes nucléaires pour une durée indéterminée et sans condition
Les Accords de Dayton sont signés à Paris pour mettre un terme à la guerre en Bosnie

Le diplomate ghanéen Kofi Annan est élu Secrétaire général des Nations Unies

1996

Le gouvernement bosnien proclame la fin du siège de Sarajevo
Naissance de la brebis Dolly, premier mammifère cloné avec succès à partir d'une cellule adulte



maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH ; et les soins qu'elles reçoivent durant la grossesse et lors de l'accouchement. La prévention et la gestion de la stérilité et des cancers des organes génitaux ont également été définies comme partie intégrante de la santé sexuelle et reproductive.

Le Programme d'action a constaté que les besoins des adolescents en

matière de santé reproductive avaient été largement négligés par les services existants. Si le consensus issu de la CIPD préconisait des mesures spécifiques pour répondre à ces besoins, l'opposition manifestée à l'égard de la fourniture aux adolescents d'une offre de services en matière d'éducation complète à la sexualité et de santé reproductive, et les désaccords relatifs à l'approbation

parentale, se sont traduits par un texte confus et, dans certains cas, par des politiques alambiquées sur le terrain.

La CIPD a coïncidé avec l'apogée d'une autre crise liée à la santé publique et aux droits : l'épidémie du VIH/sida. Du fait de l'intensification des préoccupations et du militantisme relatifs aux implications considérables du VIH



Légalisation du divorce en République d'Irlande

Cathy O'Dowd, alpiniste sud-africaine, devient la première femme à réussir l'ascension du mont Everest par les faces nord et sud



ADOPTION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT



THORAYA AHMED OBAID EST NOMMÉE DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE L'UNFPA

1997

1998

1999

2000

2001

La Chambre des Représentants es États-Unis transmet au Sénat les articles de mise en accusation du Président Clinton

LA POPULATION MONDIALE ATTEINT

6

MILLIARDS DE PERSONNES

Sommet historique réunissant les dirigeants de la République de Corée et de la République populaire démocratique de Corée

Aux États-Unis, le patient Robert Tools reçoit le premier cœur artificiel autonome

Attaques terroristes du 11 septembre au World Trade Center, à New York



et du sida, certains donateurs ont accordé davantage d'attention et de fonds à la lutte contre la pandémie et ses incidences sur les individus, les communautés et les nations, tandis que stagnait une grande partie du financement d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive.

Certains observateurs craignaient que l'accent mis par la CIPD sur le choix

individuel et l'autonomisation des femmes ne trouve aucun écho parmi les donateurs et les gouvernements, et qu'en cessant de se concentrer sur la croissance démographique, la communauté ne compromette sa capacité à mobiliser les ressources et l'engagement politique nécessaires. Malgré ces inquiétudes, le cadre défini par la CIPD a été maintenu. L'engagement en faveur de

l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive a été réaffirmé en 1999 à l'occasion de l'examen quinquennal de la CIPD, lors duquel, face à une opposition farouche, ses partisans ont mis en avant les progrès réalisés dans quelques domaines clés, notamment la santé sexuelle et reproductive des adolescents et l'accès à l'avortement médicalisé dans les pays où il avait été légalisé.



▲ L'Organisation de l'Unité africaine est dissoute et remplacée par l'Union africaine



▲ L'INCLUSION DE LA CIBLE RELATIVE À L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT A ÉTÉ APPROUVÉE

Le Brésil envoie pour la première fois une fusée dans l'espace

2002

L'euro est officiellement introduit dans les pays de la zone euro



SOMMET DE LA TERRE 2002

2003

Achèvement du projet du génome humain, qui a abouti au séquençage de 99 pour cent du génome humain, avec une exactitude de 99,9 pour cent



2004

Les chefs d'État européens signent le **Traité et l'Acte final**, visant à établir pour la première fois une constitution pour l'Europe

2005

Angela Merkel, 51 ans, devient chancelière d'Allemagne ; c'est la première femme et la plus jeune personnalité politique à occuper ce poste

Ellen Johnson Sirleaf devient la première femme élue démocratiquement à la tête d'un État africain



Cependant, en 2000, lors de l'adoption par les Nations Unies des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), définissant les objectifs et les cibles à atteindre à l'échelle mondiale dans les 15 années à venir, il n'a nullement été question de santé reproductive. En réaction peut-être à la durée et au caractère

controversé des négociations menées lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes organisée en 1995 et de l'examen quinquennal de la CIPD en 1999, les représentants chargés de rédiger les OMD ont décidé de définir un objectif relatif à « l'amélioration de la santé maternelle ». Ce n'est qu'en 2005 que les défenseurs

de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive parviennent à en faire une nouvelle cible dans le cadre de l'objectif relatif à la santé maternelle.

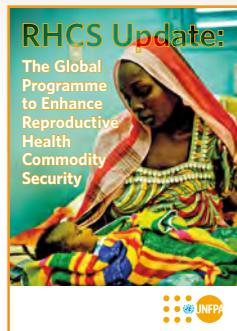
L'omission initiale de cette question dans les OMD a contribué à ce qu'elle soit perçue comme problématique et sujette à controverse, et donc plus facilement négligée, du moins

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES VOTE LA CRÉATION DU CONSEIL DES DROITS DE L'HOMME DES NATIONS UNIES

2006

Michelle Bachelet devient la première femme présidente du Chili

Le Parlement d'Afrique du Sud adopte une loi légalisant le mariage homosexuel



L'UNFPA LANCE LE PROGRAMME MONDIAL POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ D'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

2007

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES ADOPTE LA DÉCLARATION SUR LES DROITS DES PEUPLES AUTOCHTONES



Des chirurgiens du Moorfields Eye Hospital, à Londres, réussissent la première implantation d'un œil bionique sur deux patients aveugles

2008



La Bolivie proclame le droit des peuples autochtones à s'administrer eux-mêmes

2009

Aux États-Unis, la Food and Drug Administration autorise la distribution de la « pilule du lendemain » aux jeunes filles âgées d'au moins 17 ans

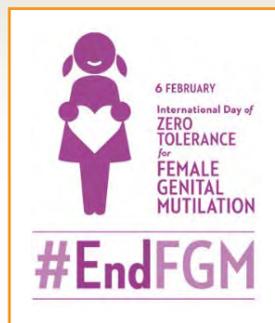
dans les négociations et les débats internationaux. Bien que fréquemment laissés de côté par la communauté internationale, le financement et la promotion de la planification familiale se sont poursuivis, et parfois intensifiés, bénéficiant d'un sérieux coup de pouce du Sommet de la planification familiale, en juillet 2012, qui a mobilisé de nouveaux donateurs et volontés

politiques, et a redynamisé les partisans de la planification familiale.

Un nouveau paradigme : 2015 et les objectifs de développement durable

En septembre 2015, 193 gouvernements ont adopté un nouveau cadre mondial pour succéder aux OMD. Reflet du champ élargi des priorités et de

la complexité croissante des défis à relever, le Programme à l'horizon 2030 comporte 17 objectifs de développement durable (ODD) déclinés en 169 cibles. Si le nombre et la proportion de personnes vivant dans la précarité ont diminué entre 2000 et 2015, l'élimination de la pauvreté demeure l'objectif primordial du nouveau programme mondial.



LE D^r BABATUNDE OSOTIMEHIN EST NOMMÉ DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'UNFPA

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ADOPTE UNE RÉSOLUTION SUR LA PRÉVENTION DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

LA COMMISSION DE LA CONDITION DE LA FEMME EXHORTE LES ÉTATS À METTRE FIN AUX MARIAGES DES ENFANTS, PRÉCOCES ET FORCÉS

2010

L'Organisation mondiale de la Santé déclare la fin de la pandémie de grippe H1N1

2011

LA POPULATION MONDIALE ATTEINT **7** MILLIARDS DE PERSONNES

Début de la guerre civile en Syrie

2012

Le typhon Bopha frappe les Philippines

2013

Le niveau de la pollution de l'air à Beijing est déclaré dangereux pour la santé humaine



Toutefois, les ODD reconnaissent et ciblent explicitement les nouveaux aspects présentés par les défis anciens, ainsi que les difficultés nouvelles. Il s'agit notamment du changement climatique et de la fragilité environnementale ; du nombre croissant de crises humanitaires et politiques inextricables et de l'augmentation qui s'ensuit de la

population vivant dans des contextes fragiles et instables ; et de la nécessité réaffirmée d'un financement national et d'une aide au développement afin de renforcer la résilience, d'accroître les capacités et de poser les bases d'un progrès socio-économique durable.

Contrairement aux OMD, les ODD reconnaissent explicitement

que la santé sexuelle et reproductive est indispensable à un développement équitable et à l'autonomisation des femmes. Elle est mentionnée dans l'objectif 3 relatif à la santé, et dans l'objectif 5 relatif à l'égalité des sexes, qui fait également référence aux droits en matière de reproduction. Cependant, tout comme la CIPD et les OMD,



EXAMEN À 20 ANS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD

2014

En Afrique de l'Ouest, l'épidémie de virus Ebola touche au moins 28 616 personnes et fait au moins 11 310 morts

Au Nigéria, 276 filles et femmes sont enlevées et retenues en otage



LES ODD SONT ADOPTÉS ET COMPORTENT UNE CIBLE EN FAVEUR DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SERVICES ET AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

2015

Les dirigeants du monde entier se rassemblent à Paris à l'occasion d'une conférence historique sur le changement climatique



L'Organisation mondiale de la Santé annonce une épidémie de virus Zika

2016

les ODD ne reconnaissent pas les droits liés à la sexualité. D'autres éléments clés en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment les mortalités maternelle et néonatale et le VIH, ont été abordés dans le cadre de cibles correspondant à l'objectif 3, et la violence sexiste et les pratiques néfastes, dans le cadre de cibles

relatives à l'objectif 5. Les ODD préconisent également la mise en place d'une couverture de santé universelle, garantissant spécifiquement l'accès à des services de soins essentiels de qualité, ainsi qu'à des médicaments et à des vaccins sûrs, efficaces et abordables pour tous. Globalement, à l'image de la CIPD, les ODD proposent un programme destiné

à l'ensemble de l'humanité, tout en soulignant l'importance de respecter le principe d'équité et de répondre aux besoins des plus vulnérables.

Au cours des 25 dernières années, lors de réunions et de processus d'examen divers liés à la CIPD, certaines régions du monde ont appelé à la reconnaissance des droits en matière de sexualité. Plusieurs



LE D^R NATALIA KANEM EST NOMMÉE DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE L'UNFPA



L'UNFPA FÊTE SON CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE

2017

Dans 168 pays, des millions de personnes rejoignent la Marche des femmes

Les Nations Unies lancent un cri d'alarme sur le sort de 20 millions de personnes menacées par la famine au Nigéria, en Somalie, au Soudan du Sud et au Yémen

2018

La Conférence mondiale sur les soins de santé primaires reconnaît le rôle central de la santé sexuelle et reproductive

2019

VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE DE LA CIPD



ICPD25
La Conférence Internationale sur la Population et le Développement

définitions actuelles de ces droits, notamment celles présentées dans le rapport 2018 de la Commission Gutmacher-*Lancet* sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), englobent les droits des individus à exprimer leur sexualité propre ; les droits des adolescents à bénéficier d'une éducation complète à la sexualité et de services liés à la santé sexuelle et reproductive ; et les droits des femmes et des filles à être affranchies de toute contrainte sexuelle ou violence sexiste. Des organisations de la société civile du monde entier, ainsi que différents textes négociés et adoptés par les gouvernements à l'échelle régionale, ont reconnu et appuyé ces droits. En revanche, les États membres des Nations Unies ne sont jamais parvenus à un consensus sur ce sujet dans un document négocié au niveau international.

2019 et au-delà

Le cinquantième anniversaire de l'UNFPA et le vingt-cinquième anniversaire de la CIPD représentent pour la communauté internationale une occasion unique de s'appuyer sur le cadre proposé par la CIPD et de s'engager pleinement à réaliser un programme visionnaire en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, permettant d'atteindre celles et ceux qui ont été laissés de côté. Les auteurs du programme doivent être attentifs à la dynamique démographique, doivent reconnaître les multiples difficultés rencontrées par divers pays à différentes étapes de leur développement et doivent fonder

leurs politiques et leurs plans d'action sur le respect, et la réalisation, des droits de l'homme et de la dignité de la personne.

Sous l'effet d'un immense élan, les initiatives visant à concrétiser les ODD se multiplient, notamment sous la forme d'un engagement réitéré en faveur de la « santé pour tous », reconnaissance explicite que chaque être humain, sans distinction, dispose du droit fondamental de jouir du meilleur niveau de santé possible. Lancé en 2010 par l'ancien Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon et conduit aujourd'hui par son successeur António Guterres,

le mouvement Chaque femme, chaque enfant consacre une attention et des efforts concertés aux ODD et à la couverture sanitaire universelle car ces aspects concernent les femmes, les filles et les adolescents. La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation font partie de ses principaux domaines d'action.

De nouveaux défis ne cessant d'émerger, le respect des droits et la liberté de choix pour tous sont une quête continue. Si, au fil du temps, la nature et l'ampleur des obstacles ont pu évoluer, la communauté internationale maintient fermement son engagement à les surmonter.



Des millions d'Indiennes se sont réunies en 2019 pour former une chaîne humaine de 620 km afin de protester contre les inégalités hommes-femmes, 2019.
© Babus Panachmoodu



SIX FEMMES, SIX DÉCENNIES, SIX PARCOURS

Six femmes, âgées de 10 ans en 1969, et de 35 ans l'année où s'est tenue la Conférence internationale sur la population et le développement, font part de leurs réflexions sur le mariage, le travail et la famille. Ont-elles eu la liberté de choisir leur propre voie et de définir leur avenir ?



© UNFPA/R. Anis

Les choix étaient limités

Dahab Elsayed, 60 ans, vit dans un quartier périphérique du Caire. Elle se souvient vaguement de l'effervescence qui régnait dans la ville lorsqu'a eu lieu la CIPD. Mais comme elle était alors très occupée par son travail et sa famille, les détails relatifs à cet événement et son incidence lui ont échappé.

Cependant, certains changements qu'elle a observés ultérieurement dans le comportement des femmes et des filles peuvent être imputés à la CIPD, qui a reconnu que la réalisation des droits des femmes et des filles, notamment

« Je n'avais pas d'autres perspectives que le mariage. C'était le seul avenir que je pouvais envisager. »

Dahab

la liberté de choix en matière de sexualité et de procréation, était essentielle au développement.

Les choix sont limités pour une fille élevée au sein d'une famille rurale démunie composée de 15 personnes. Même l'éducation lui était inaccessible. « Je n'avais pas d'autres perspectives que le mariage. C'était le seul

avenir que je pouvais envisager », explique-t-elle.

Dahab se souvient du jour où une femme s'est présentée chez eux pour l'exciser. Elle n'avait pas la moindre idée de ce qui lui arrivait, mais elle n'a pas oublié la douleur, le sang et la poudre appliquée pour arrêter l'hémorragie. Elle se rappelle être restée alitée pendant

15 jours avant de guérir. Pourtant, quand elle a grandi et commencé à fonder une famille, elle a fait exciser sa propre fille. À propos de la mutilation génitale féminine, elle affirme : « C'était obligatoire. » Ses beaux-parents ont insisté à ce sujet. Ses chances de se marier en dépendaient. À l'époque, toutes les filles étaient excisées.

Elle pense aujourd'hui que cette pratique, dont sa petite-fille a été épargnée, est une injustice. « Aujourd'hui, cela est *déconseillé* », indique Dahab, qui grâce à une campagne télévisée, connaît dorénavant les dommages que peut causer la mutilation génitale féminine, et a appris que le procédé était désormais illégal.

Peu après son mariage, Dahab a eu quatre enfants qui se sont succédé rapidement. Confrontée à la pauvreté

et à la santé déclinante de son mari, elle a décidé avec lui qu'ils n'auraient pas d'autres enfants. Ayant toujours exercé des emplois précaires – ménage, repassage, garde à domicile – elle n'a jamais bénéficié d'une assurance santé qui lui aurait permis d'acheter un moyen de contraception. Mais lorsque l'Égypte a commencé à subventionner les stérilets, elle a décidé de s'en faire poser un.

Son mari, tapissier, est décédé il y a 20 ans. Depuis, elle a de plus en plus de difficulté à joindre les deux bouts. Trois de ses enfants sont dans l'incapacité de travailler en raison de problèmes de santé. Pour les aider à subvenir à leurs besoins – et aux siens – elle cumule deux emplois dans la journée et s'occupe d'une personne âgée la nuit. Elle ne rentre que rarement chez elle.

Si elle avait plus de temps, elle aimerait beaucoup apprendre à lire et à écrire, mais l'emploierait sans doute à gagner davantage d'argent. L'État lui versera bientôt une modeste retraite, qui ne sera pas suffisante pour la faire vivre. Elle continuera donc à travailler. « Ce sont les femmes qui travaillent et rapportent de l'argent à leur famille », déclare-t-elle d'un ton détaché.

Lorsque Dahab et d'autres femmes de 60 ans partagent des moments de vie, leurs rêves et leurs combats, on comprend à quel point le contexte politique et économique qui les a vues naître a défini le cours de leur destinée. En dépit du manque de véritables choix et possibilités, la plupart des femmes ont trouvé des moyens de tirer leur épingle du jeu et de donner un sens à leur existence.

© UNFPA/R. Anis



La vie et l'expérience de ces femmes se sont révélées très différentes de ce qu'elles avaient envisagé à l'âge de 10 ans. Leurs aspirations ont parfois été bridées par les fonctions restreintes jugées à l'époque accessibles aux femmes. En d'autres temps, elles ont été entravées par des troubles sociaux. Certaines ont vu leur vie prendre un tour inattendu et heureux pour des raisons qu'elles n'auraient pu imaginer à l'âge de 10 ans.

Mais à travers la diversité de leurs parcours, des points communs apparaissent, dont beaucoup sont directement liés à la mission et au travail de l'UNFPA.

Quand le monde offre un horizon limité

Rajeshwari Mahalingam se souvient qu'elle aimait aller à l'école dans l'État indien du Tamil Nadu, où elle était célèbre pour ses magnifiques cheveux longs et bouclés et sa participation aux spectacles de danse. Mais personne ne l'a jamais interrogée sur ses rêves ou sur ce qu'elle aimerait faire plus tard. Lorsqu'elle s'est mise à y réfléchir, les rôles qui s'offraient à elles semblaient limités : femme au foyer, professionnelle de santé ou enseignante.

À l'âge de 25 ans, elle s'est soumise à un mariage arrangé. Elle a dû attendre que ses sept frères et sœurs aînés soient



tous mariés et que ses parents aient trouvé un parti convenable, ne réclamant pas une dot exorbitante.

Après avoir donné naissance à deux enfants par césarienne, elle a appris que ses futurs accouchements devraient suivre le même processus. Les coûts associés étant bien supérieurs

aux moyens de sa famille, elle a décidé de se faire ligaturer les trompes. Elle avait déjà dû vendre certains de ses bijoux en or pour pouvoir financer la naissance de son deuxième enfant, une fille.

À l'époque, la plupart de ses amis avaient des familles peu nombreuses. Rajeshwari explique que ce choix



© UNFPA/Stormy Clicks

*« J'ai aimé la maternité
plus que tout. »*

Rajeshwari

était influencé par les campagnes de planification familiale et se rappelle le slogan populaire : « La planification familiale est la clé d'une famille heureuse. »

Elle a consacré l'essentiel de sa vie à s'occuper des siens, mais elle a recueilli d'autres enfants et a pris soin d'eux afin de gagner plus d'argent lorsque les temps étaient difficiles. Elle a mis presque toute son énergie et ses espoirs dans ses deux enfants, qui sont aujourd'hui diplômés de l'université et jouissent d'une bonne situation. « Je leur ai raconté des histoires et lu des livres qui mettaient l'accent sur le sens du service et de

l'honnêteté. Je souhaitais vraiment les voir grandir et aller loin, dit-elle.

J'ai aimé la maternité plus que tout. Une femme est la lumière de sa maison, affirme Rajeshwari. Ce qu'elle apporte à sa famille, elle l'apporte aussi à sa communauté, à son pays et au monde entier. »

Au cours de sa vie, Rajeshwari a observé d'importants changements dans les attentes des jeunes femmes et les possibilités qui leur sont offertes. Avant son mariage, elle craignait d'en faire trop hors de chez elle, ce que ses

© UNFPA/Stormy Clicks



parents n'approuvaient pas. Mais sa sœur, âgée de seulement cinq ans de moins qu'elle, avait un sens plus affirmé de la liberté personnelle, ce qui lui a permis de militer en faveur des droits sociaux, d'obtenir un master et d'exercer un métier lié aux problématiques féminines.

Des privations à l'action politique

À l'âge de 10 ans, Josephine Kasya, originaire d'Ouganda, admirait ses professeurs : « Comme ils étaient très intelligents, je disais que je voulais devenir institutrice. Mon père était lui aussi enseignant, et je l'aimais beaucoup. J'ai déclaré que je voulais être comme lui. »

Mais quand elle a eu 12 ans, Idi Amin a pris le pouvoir dans le pays et des années d'instabilité, de privations et de violence s'en sont suivies. Son rêve de devenir institutrice ne s'est jamais réalisé.

Pendant la guerre civile qui s'est achevée en 1986, sa communauté a subi tellement de destructions et de pertes qu'avec son jeune époux, un travailleur social, elle est partie vivre dans la région d'origine de celui-ci, située dans une zone verdoyante quelque peu isolée au sud du pays. Bien que moins touchée par la guerre, sa nouvelle communauté ne disposait pas des infrastructures

sociales auxquelles elle était habituée.

« La vie est devenue très différente et difficile », raconte-t-elle à propos de cette période correspondant aux premières années de son mariage, durant laquelle, tout en élevant six enfants, elle allait s'approvisionner en eau à une source distante d'un kilomètre et demi et s'occupait de ses vaches. « J'ai pu vendre du lait pour gagner un peu d'argent et acheter quelques affaires pour la maison ».

Toutefois, elle ne regrette pas d'avoir connu des difficultés de bonne



© UNFPA/M. Mugisha

heure, car d'après elle, elles l'ont galvanisée et poussée à agir. « C'est dans cet environnement rural que j'ai commencé à convaincre les femmes de se réunir et de mettre leurs ressources en commun. » C'est aussi là qu'elle a appris à s'associer avec d'autres organisations pour concrétiser certains projets.

« J'ai démystifié l'idée selon laquelle cette fonction était exclusivement réservée aux hommes et ouvert la voie pour que d'autres femmes exercent des responsabilités similaires dans d'autres districts. »

Josephine

© UNFPA/M. Mugisha



Ses qualités de chef de file ayant été remarquées, elle a été choisie pour exercer des fonctions dirigeantes, au niveau local dans un premier temps, avant d'être élue en 2001 présidente d'un district comptant 250 000 habitants. Tout au long de sa carrière politique, elle a défendu le développement communautaire, l'éducation pour les filles et l'égalité des sexes, et s'est efforcée d'être la porte-parole des femmes vivant en milieu rural. Elle est devenue la première femme présidente de district en Ouganda. « J'ai démystifié l'idée selon laquelle cette fonction était exclusivement réservée aux hommes et ouvert la voie pour que d'autres femmes exercent des responsabilités similaires dans d'autres districts », explique-t-elle fièrement, en précisant que dans sa circonscription, plusieurs femmes ont joué un rôle décisionnel.

Quand la guerre rebat les cartes

Say Yang rêvait d'aller dans une bonne école et d'étudier assidûment pour exaucer son souhait de devenir enseignante. Mais son rêve s'est envolé quand elle a eu 16 ans : des soldats ont fait irruption dans sa communauté en tirant des coups de feu en l'air et en criant. Séparée de sa famille, elle a été contrainte d'accomplir des tâches éreintantes.



© UNFPA/M. Kasztelan

« En période de guerre, les gens n'ont pas la moindre possibilité de choisir. Ils font juste ce qu'ils peuvent pour survivre. »

Yang

« La guerre a tout détruit, dit-elle. Y compris mes rêves. En fait, je n'osais même plus rêver. En période de guerre, les gens n'ont pas la moindre possibilité de choisir. Ils font juste ce qu'ils peuvent pour survivre. »

Au Cambodge, lorsque les Khmers rouges ont restreint les libertés individuelles, Say Yang a été obligée, lors d'une grande cérémonie collective, d'épouser quelqu'un dont elle ignorait jusqu'à l'identité.

Alma avait toujours compté parmi les meilleurs élèves de sa classe, mais ensuite, ses notes ont chuté. Son père étant absent la majeure partie du temps, sa belle-mère a fini par la mettre à la porte.

Un an après la disparition de la mère d'Alma, un séisme d'une magnitude

de 7,5 a fait 100 000 morts et blessés non loin de Guatemala Ville, et entraîné le déplacement de plus d'un million de personnes. Sensible à leur détresse, Alma s'est mise à aider les rescapés.

Peu après, elle a été parrainée par son école pour enseigner pendant

un mois au sein d'une communauté autochtone quiché. Elle affirme que ces deux expériences au cours desquelles elle s'est occupée de personnes marginalisées et éprouvées – essentiellement des femmes autochtones – ont joué un rôle clé dans son engagement permanent en faveur de la justice sociale.

Alors qu'elle avait une vingtaine d'années, redoutant d'être arrêtée pour son implication politique, elle a quitté le Guatemala pour le Mexique, où elle a recherché une formation en communication. Elle a trouvé dans ce pays une plus grande liberté et découvert les idées féministes. Afin

« Aujourd'hui, les femmes savent parfaitement qu'elles ont des droits et qu'elles doivent pouvoir décider de ce qu'elles veulent faire de leur corps. »

Alma

© UNFPA/Rizzo Producciones



de subvenir à ses besoins, elle a exercé divers métiers, notamment femme de ménage, assistante de production et secrétaire pour un centre de défense des droits de l'homme.

Au milieu des années 1990, elle a voyagé en Amérique centrale et participé à l'organisation d'une réunion régionale relative aux droits des femmes. Ce travail a galvanisé son engagement dans le mouvement féministe, et ses connaissances en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ont eu un effet de levier essentiel qui lui a permis de s'épanouir davantage.

Aujourd'hui, elle vit de nouveau au Guatemala où elle collabore depuis plusieurs dizaines d'années avec Terra Viva, une organisation à but non lucratif qui travaille sur ces questions. À travers ce prisme, elle

observe des changements importants dans le comportement des femmes, en particulier au sein des communautés autochtones. « Aujourd'hui, les femmes savent parfaitement qu'elles ont des droits et qu'elles doivent pouvoir décider ce qu'elles veulent faire de leur corps. »

Une vie entière à aider les autres

Tefta Shakaj a toujours voulu étudier à l'université pour devenir médecin, mais à l'époque de son adolescence, l'Albanie ne le lui permettait pas. « Il fallait se plier aux ordres », explique-t-elle. Cependant, à la fin du lycée, une occasion s'est présentée et a changé le cours de son existence : un programme d'un an d'études pour devenir infirmière sage-femme.

Après sa formation, Tefta a été affectée dans un village isolé dépourvu d'installations, de personnel et de



© UNFPA/G. Banaj

matériel médical. La vie qu'elle a menée là-bas a été difficile à plus d'un titre. Mais elle a beaucoup apprécié de s'occuper des nouveau-nés et de leurs mères et a exercé son métier avec le plus grand enthousiasme, que ce soit pour faire naître des bébés, dispenser des soins prénatals ou s'occuper de jeunes enfants dans un service de pédiatrie. « J'ai été très sollicitée car de nombreux accouchements se déroulaient à domicile. Il y avait très peu de centres de santé. Je suis heureuse d'avoir aidé un si grand nombre de femmes.»

Au début des années 1990, après la chute du régime communiste albanais, elle affirme avoir connu

© UNFPA/Rizzo Producciones





*« Je suis heureuse
d'avoir aidé un
si grand nombre
de femmes. »*

Tefta

Tefta constate que la vie s'améliore dans son pays et pense que ses propres filles et petits-enfants auront davantage de choix et de possibilités qu'elle. D'une part, les moyens de contraception sont désormais gratuitement accessibles au plus grand nombre. D'autre part, sa fille cadette a décidé de devenir officière de police, signe d'une évolution des conceptions passées de l'égalité des sexes.

le chaos et manqué de tout. Elle s'est mariée et a eu deux enfants. Elle en aurait eu davantage si l'incertitude économique n'avait pas été aussi forte alors. Son mari est ensuite tombé malade, et ils ont eu besoin d'argent pour payer les soins médicaux. N'ayant pas accès aux moyens de contraception, elle est tombée enceinte et, comme de nombreuses femmes en Europe de l'Est à cette époque, a subi un avortement.

Elle observe que le tumulte du début des années 1990 a eu un aspect positif : en provoquant l'exode des Albanais vers l'Italie et la Grèce, il leur a fait découvrir de nouvelles idées et manières d'agir. Ayant

elle-même quitté son pays, elle déclare : « Nous avons commencé à entrevoir un autre monde et de nouvelles perspectives. Jusqu'alors, nous avons simplement entendu dire qu'il n'y avait rien de bon hors des frontières de l'Albanie. »

© UNFPA/G. Banaj





© UNFPA/R. Anis



© UNFPA/M. Kasztelan

Telle est l'histoire de leur vie

Ces six femmes sont remarquables de par l'incidence qu'elles ont eue sur les autres, que ce soit dans leur famille ou dans un cercle plus large. Mais lorsque l'on considère leur existence sur une période de 60 ans, on mesure clairement à quel point ces femmes, dont plusieurs ont été de puissants facteurs de changement

au sein de leur famille ou de leur communauté, ont également subi de fortes contraintes sociales, politiques et économiques. Elles ont dû faire des compromis ; leurs aspirations ont été contrariées.

Dahab continue à travailler dur et cumule toujours trois emplois, mais elle affirme qu'elle a accepté sa vie et s'en satisfait.

La passion précoce de Rajeshwari pour la danse l'a conduite à s'initier à une forme stricte de yoga. Elle n'a pas pu concrétiser son rêve de devenir enseignante, mais le réalise malgré tout à travers ses enfants.

Même si Say Yang déclare que ses rêves ont été anéantis par la violence qu'elle a subie pendant la guerre, ses liens familiaux étroits sont essentiels à sa vie.

© UNFPA/Stormy Clicks





© UNFPA/G. Banaj

Outre qu'elle s'occupe de ses quatre petits-enfants et, occasionnellement, de sa mère vieillissante, elle a récemment créé une entreprise familiale de blanchisserie.

Alma continue à trouver un sens et une finalité au travail qu'elle accomplit en faveur de l'autonomisation des femmes, et n'a nullement l'intention de

prendre prochainement sa retraite. « Je n'en ai pas terminé », explique-t-elle.

Tefta, qui se bat contre un cancer, est résolue à voir sa petite-fille grandir et à conserver une vie engagée. « La tumeur n'aura pas le dernier mot, clame-t-elle. Je continuerai à me battre tant que j'en aurai la force. »

Quant à Joséphine, elle tente de briguer un nouveau mandat en Ouganda – le cinquième – avant de se retirer de la vie publique. Cependant, elle ne compte pas cesser de faire ce qu'elle aime. « À mesure que le temps passe, je ne suis plus aussi solide qu'autrefois. Mais je me suis prise de passion pour la boulangerie et j'envisage de former un groupe de femmes à confectionner et à vendre du pain. »

© UNFPA/M. Mugisha

© UNFPA/Rizzo Producciones





DES DROITS MENACÉS EN PÉRIODE DE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

C'est une époque marquée par des progrès technologiques extraordinaires. En 1969, Neil A. Armstrong, accompagné d'Edwin Aldrin Jr., fait le premier pas sur la lune. C'est également cette année-là que pour la première fois, des médecins implantent un cœur artificiel dans le corps d'un homme sur le point de mourir. Et qu'un ovule humain est fécondé dans un tube à essai (Edwards *et al.*, 1969).

En outre, à cette date, les progrès réalisés précédemment dans le domaine de la technologie médicale, ainsi que le renforcement des systèmes de santé publique, l'amélioration de la nutrition et de l'assainissement et l'engagement mondial à mettre fin au fléau de la mortalité infantile ont commencé à porter leurs fruits. Partout dans le monde, les taux de mortalité chez les enfants ont fortement chuté, passant de 215 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1950 à seulement 160 pour 1 000, 19 ans plus tard (Organisation des Nations Unies, 2017).

D'autres avancées médicales permettent aux individus de vivre plus longtemps. En 1969, l'espérance de vie sur la planète est d'environ 55 ans, contre 47 ans en 1950.

L'amélioration des taux de survie des enfants et l'allongement de la durée de vie transforment la condition humaine. Cependant, conjugués au taux moyen de fécondité avoisinant cinq naissances par femme, ces progrès modifient également la courbe démographique mondiale.

En 1969, la population du globe augmente d'environ 2 % par an. À ce rythme, elle doublera

en seulement 35 ans. Un tel essor démographique est inédit.

De la célébration aux préoccupations

Bientôt, la célébration mondiale des progrès réalisés en matière de santé publique cède la place à la crainte d'un avenir digne de George Orwell, dans lequel une population trop nombreuse se bat pour des ressources de plus en plus rares. Qu'impliquera un tel essor démographique face à des défis mondiaux tels que la faim ? Que supposera-t-il pour les régions déchirées par des conflits ?

Comment poursuivre les efforts déployés en faveur de la croissance économique et de l'éradication de la pauvreté quand le nombre d'êtres humains augmente de manière si spectaculaire ? Et que faire pour y remédier ?

Certains considèrent la croissance démographique non pas comme le reflet des progrès humains, mais comme une menace pour l'humanité, un problème exigeant de toute urgence une solution.

La crainte des conséquences de l'essor démographique assaille les partisans de la sécurité dès les années 1950. Aux États-Unis, le président Dwight D. Eisenhower nomme le général en retraite William H. Draper à la direction d'un comité chargé d'élaborer des stratégies cohérentes en matière d'aide au développement. Ce comité signale ce qu'il considère comme les principales sources de préoccupation relatives à la croissance démographique en différents endroits du monde en développement, essentiellement liées à la production alimentaire. « Les problèmes associés à l'essor démographique compteront parmi les plus graves que la jeune génération d'aujourd'hui devra affronter, indique le rapport du comité de 1959. À moins que le rapport ne s'inverse entre les tendances actuelles en matière de croissance démographique et celles de la production alimentaire, la mission déjà délicate que constitue le développement économique deviendra concrètement impossible à accomplir. » (Draper *et al.*, 1959)

Afin de faire face à ce défi, le comité recommande que les États-Unis et d'autres économies

Partout dans le monde, les taux de mortalité chez les enfants ont fortement chuté, passant de **215** décès pour 1 000 naissances vivantes en 1950 à seulement **160 pour 1 000**, 19 ans plus tard.



« Les problèmes associés à l'essor démographique compteront parmi les plus graves que la jeune génération d'aujourd'hui devra affronter. »

Comité Draper

avancées fournissent aux pays en développement, à leur demande, des informations et une assistance technique « pour l'élaboration de leurs plans visant à remédier au problème de l'essor démographique ». Il suggère également aux États-Unis « d'accroître leur aide aux programmes locaux relatifs au bien-être des mères et des enfants ».

Plusieurs années plus tard, Paul Ehrlich fait remarquer dans *La Bombe P* que « quel que soit le problème sur lequel vous vous penchez, vous ne pourrez le résoudre sans résoudre également le problème démographique. Quelle que soit votre cause, c'est une cause perdue sans contrôle démographique. » (Ehrlich, 1968)



© Mark Tuschman

Paul Ehrlich est interrogé à de nombreuses reprises par Johnny Carson, animateur du célèbre programme télévisé de deuxième partie de soirée intitulé *The Tonight Show*. Son ouvrage bat des records de vente et bientôt, la notion de « surpopulation » et les questions portant sur ce qu'il conviendrait de faire, le cas échéant, pour y remédier, font l'objet de débats dans les salons, les salles de conférence et les institutions gouvernementales du monde entier.

En 1972, une étude commandée par le Club de Rome, groupe de réflexion international, et menée par des chercheurs du Massachusetts

Institute of Technology, exacerbe les inquiétudes au regard de ce que peut signifier pour la société un essor démographique permanent. Dans leur rapport intitulé *Les limites à la croissance (The Limits to Growth)*, les chercheurs échafaudent des scénarios futurs à partir de différentes hypothèses relatives à la croissance démographique, à la production alimentaire, à l'industrialisation, à la pollution et à la consommation de ressources naturelles non renouvelables (Meadows *et al.*, 1972). Fondé sur la poursuite des tendances sans précédent observées entre 1900 et 1970, le modèle « standard » conduit au « dépassement » puis à « l'effondrement », résultant

de l'épuisement des ressources, de la disparition du tissu industriel (et de ce fait des systèmes agricoles, devenus dépendants des intrants industriels), et d'une croissance démographique finissant par s'inverser en raison de l'augmentation des taux de mortalité, générée par les pénuries alimentaires et le manque de services de santé. D'autres scénarios reposant sur des hypothèses affinées en fonction d'une ou de plusieurs variantes aboutissent également à une surchauffe puis à un effondrement. Un seul d'entre eux, dans lequel les taux de croissance démographique et industrielle se stabilisent et les progrès technologiques favorisent le contrôle

de la pollution et l'efficacité de la production alimentaire, parvient à une situation d'équilibre donnant lieu à « un monde stabilisé ».

« Si les tendances mondiales actuelles en matière de démographie, d'industrialisation, de pollution, de production alimentaire et d'épuisement des ressources se maintiennent, concluent les chercheurs, la croissance sur cette planète atteindra un jour ou l'autre ses limites dans les cent prochaines années. Le résultat le plus probable sera un déclin

relativement soudain et incontrôlable de la démographie et de la capacité industrielle. » Les méthodes utilisées dans l'étude et les résultats obtenus alimentent largement les discussions et les débats, et suscitent un intérêt accru pour l'analyse des interactions entre la croissance démographique et d'autres systèmes humains et naturels (Nørgård *et al.*, 2010).

De l'inquiétude au contrôle

Craignant que l'essor démographique ne réduise à néant les progrès réalisés

en matière de développement, n'engendre la famine, voire pire, les organisations internationales et non gouvernementales ainsi que les gouvernements à titre individuel commencent à agir.

En de nombreux endroits, cette action consiste à étudier les tendances démographiques afin de mieux comprendre leurs incidences sur d'autres objectifs sociétaux. Ailleurs, elle se traduit par le lancement de programmes de planification familiale. Dans certains

Peinture murale réalisée par les services de planification familiale : « Un deuxième enfant trois ans après. », Inde, 1988.
© Raghu Rai/Magnum Photos



cas, elle aboutit à des mesures visant à encourager – voire à contraindre – les couples et les individus à avoir moins d'enfants ou à ne pas en avoir, bafouant parfois au passage le respect des droits et de la liberté de choix.

Durant les années 1970 et 1980, de nombreux pays adoptent des politiques démographiques ou de planification familiale. Bien souvent, elles comportent des objectifs ou des cibles liés à des résultats démographiques – par exemple, une date butoir pour la stabilisation de la population ou des objectifs relatifs à la réduction des taux de fécondité ou à l'augmentation de la proportion de personnes utilisant une méthode moderne de contraception.

Cependant, les objectifs démographiques prennent parfois le pas sur les droits et les choix individuels. Les programmes de planification familiale volontaire, dans le cadre desquels les individus ont le pouvoir de prendre leurs propres décisions en matière de contraception, sont perçus par certains comme impropres à réduire la fécondité. « Les conditions qui déterminent si les naissances sont oui ou non désirées échappent au contrôle de la planification familiale et, de ce fait, à celui de toute nation dont la seule politique démographique est la planification familiale », écrit en 1967 le sociologue américain Kingsley Davis dans un article influent (Davis, 1967). Il invoque le fait que si les politiques démographiques sont censées contrôler la croissance de la population au profit de la société, elles devront alors prendre de nouvelles orientations, et ne pas se contenter de proposer la planification familiale.

Parmi les recommandations de Davis figure le report du mariage,



Service de garde d'enfants offert gratuitement par le programme de planification familiale, Inde, 1972. © Photo des N.U./OIT

ainsi que des interventions visant à encourager la limitation des naissances dans le cadre de celui-ci. De telles mesures sont susceptibles d'affaiblir la protection et la promotion des droits individuels. Certaines politiques démographiques prévoient par exemple des incitations financières – telles que la distribution d'espèces, de nourriture ou d'articles ménagers – dans le cadre d'une stratégie visant à convaincre les couples d'adopter certaines méthodes de planification familiale ou de

limiter les naissances (Heil *et al.*, 2012) ; d'autres offrent aux familles peu nombreuses des avantages pour obtenir un logement ou un prêt (Ross et Isaacs, 1988).

Dans un certain nombre de cas, les objectifs fixés en matière de réduction de la fécondité et de ralentissement de la croissance démographique n'étaient pas conformes au Programme d'action de la CIPD.

Les préoccupations démographiques sont à l'origine des



Une jeune femme examine le dispositif intra-utérin Lippes Loop dans un centre de planification familiale, Afrique de l'Est, 1973.

© Photo des N.U./FAO

innovations technologiques apparues dans le domaine de la contraception dans les années 1950 et 1960, qui ont abouti aux méthodes modernes telles que les contraceptifs oraux ou injectables et les dispositifs intra-utérins. Toutefois, dans certains cas, des politiques motivées par des raisons démographiques conduisent à des stratégies limitant la qualité des soins et mettant en péril la santé et les droits des individus.

Ainsi, en 1956, le premier essai de contraception orale à grande échelle est réalisé auprès de 200 femmes

résidant dans un projet d'habitation de Porto Rico. Elles reçoivent très peu d'informations relatives à la sécurité et aux effets secondaires potentiels, encore peu connus à l'époque (Liao et Dollin, 2012). Au fil du temps, d'autres préoccupations – soulevées notamment par le manque de consentement éclairé, de conseils appropriés et de suivi médical – émergent au regard des pratiques des organismes, des entreprises privées et des gouvernements chargés d'élaborer et d'évaluer les techniques contraceptives (Organisation des Nations Unies, 2014).

Des tendances mieux comprises et une offre de solutions améliorées aux individus

Les craintes suscitées par la croissance démographique donnent lieu, dans un certain nombre de cas, à des politiques et des programmes limitant, voire bafouant, les droits et la liberté de choix. Cependant, l'évolution de la population au XX^e siècle inspire également de nouvelles vagues d'intellectuels et un nouveau discours mondial sur l'influence de la dynamique démographique sur les tendances socio-économiques – et inversement – et sur la manière dont ces tendances recoupent un programme émergent en matière de droits de l'homme.

De nouvelles institutions voient le jour en vue de réfléchir aux incidences de la croissance démographique et aux possibles solutions politiques et programmatiques à apporter. En 1952, John D. Rockefeller III organise une réunion sous l'égide de l'Académie nationale des sciences des États-Unis, afin d'étudier les questions liées aux tendances démographiques et à leurs conséquences. Peu après, il crée le Conseil de la population afin de poursuivre cette tâche. Dès le départ, le Conseil s'engage dans des activités liées au renforcement de la compréhension des tendances démographiques et de leurs rapports avec les objectifs sociétaux : l'un de ses premiers programmes subventionne les étudiants diplômés afin qu'ils suivent une formation spécialisée en démographie.

Cependant, ses premiers travaux ne sont pas purement démographiques ; ils reflètent également une prise de conscience que les tendances démographiques ont pour base des

Essor démographique et croissance économique

L'existence de liens entre essor démographique et croissance économique, dont l'idée a germé dans les débats idéologiques, va être prouvée, et non plus seulement affirmée et défendue sur le plan politique. Un article essentiel signé Coale et Hoover (1958) démontre que dans les pays enregistrant un essor démographique très important, la croissance économique est à la traîne. Bien que cette corrélation ne prouve aucun lien de causalité, certains l'utilisent pourtant pour renforcer les craintes vis-à-vis des effets négatifs qu'un taux de croissance démographique élevé produit sur l'économie.

Cependant, des recherches menées ultérieurement réfutent cette notion. Ainsi, en 1984, peu avant la tenue de la Conférence internationale sur la population à Mexico, une étude commandée par l'Académie nationale des sciences des États-Unis conclut que la croissance démographique constitue un facteur neutre dans la croissance économique. Ce résultat trouve son origine dans une comparaison entre les taux de croissance observés au sein de la population et ceux enregistrés dans l'économie (et non entre les niveaux atteints par les deux types de taux), qui ne fait apparaître aucune corrélation (Conseil national de recherches, 1986). Cette conclusion équivoque ainsi que d'autres recherches renforcent l'opposition manifestée au regard des mesures de planification familiale, lors de la conférence de 1984 et ultérieurement.

Depuis la fin des années 1990, il est de plus en plus admis que le total cumulé des niveaux de population et leur évolution n'expliquent aucunement la corrélation. L'aspect essentiel est l'évolution de la structure par âge des populations, due au fait que les naissances sont moins nombreuses, plus tardives et plus sécurisées (Bloom *et al.*, 2000 et 2007 ; Bloom et Canning, 2004), ainsi que les caractéristiques de la population et les possibilités qui lui sont offertes, particulièrement en matière d'éducation (Lutz *et al.*, 2008), de santé et d'emploi (Joshi et Schultz, 2007). Avec la baisse de la fécondité, la part de la population en âge de travailler augmente par rapport à

celle de la population très âgée et très jeune. Si cette tendance coïncide avec un investissement général et significatif dans le capital humain compris entre la jeunesse et l'âge adulte, ainsi qu'avec des offres sur le marché du travail, elle se traduit par une stimulation de la croissance économique et une période de prospérité pour la population. Appelé « dividende démographique » ou « bonus démographique », ce phénomène ne dure pas indéfiniment. Lorsque la mortalité ne cesse de diminuer, notamment à des âges avancés, les personnes âgées dépendantes représentent une part croissante de la population et la possibilité d'un dividende peut s'en trouver amoindrie.

Appelé
« dividende
démographique »
ou
« bonus
démographique »,
ce phénomène
ne dure pas
indéfiniment.

Avec le développement des connaissances sur le dividende démographique, la dynamique démographique retrouve sa place dans les débats relatifs à la politique économique. Cette résurgence n'est pas exempte, une fois de plus, de réserves et de malentendus. Le phénomène est associé non pas à une augmentation brute de la population en âge de travailler, mais à un plus grand nombre de jeunes et d'adultes *par rapport* aux enfants et aux personnes âgées. Une baisse de la fécondité est donc indispensable pour réduire la taille des cohortes futures. Les questions relatives à la dimension de genre doivent également être prises en compte. La population active augmente lorsque les femmes peuvent apporter une contribution effective au marché de l'emploi

(ce qui est également vrai pour les populations marginalisées et exclues). En outre, le vieillissement n'est pas toujours associé à des occasions perdues. Les individus naissent sans ressources, mais entrent dans la « dépendance » du grand âge en ayant accumulé des biens, à moins d'avoir connu une pauvreté permanente. On estime souvent à tort que les occasions sont promptes à disparaître lorsque la dépendance atteint son niveau minimal, même si elles sont toujours plus avantageuses que le point de départ pour les années à venir. Cette réalité renforce la nécessité de réaliser des investissements solidaires dans la durée, ce qui favorise le dividende démographique dans un premier temps, puis le maintient.

vies individuelles. Les programmes du Conseil de la population dans le domaine de la recherche sociale et biomédicale entendent clarifier le contexte dans lequel les individus prennent des décisions relatives à leur vie reproductive, et étudier les techniques contraceptives permettant d'élargir l'éventail des solutions proposées en matière de sexualité et de maternité. Ces questions sont au cœur des préoccupations de celles et ceux qui s'efforcent de développer les possibilités et les choix offerts aux femmes, dans le cadre de ce que l'on appelle alors le mouvement de « contrôle des naissances » ; de fait, la Fédération internationale pour la planification familiale est créée la même année, sous la présidence conjointe de l'Américaine Margaret Sanger, pionnière en matière de contrôle des naissances, et de l'Indienne Lady Rama Rau (Claeys, 2010).

Le rapport de 1959 du Comité Draper influe sur l'établissement

ultérieur, en 1969, du Bureau de la population par l'Agence des États-Unis pour le développement international, tandis que d'autres pays développés commencent à élaborer des programmes démographiques dans le cadre de leur stratégie d'aide étrangère. L'élément clé de ces programmes est la fourniture d'informations et de services relatifs à la planification familiale. Les États-Unis et la Suède font rapidement partie des premiers donateurs bilatéraux au titre des programmes de planification familiale mis en œuvre dans le monde en développement (Robinson et Ross, 2007).

Les préoccupations relatives à l'essor démographique font également leur entrée à l'Assemblée générale des Nations Unies, qui, en 1966, adopte la résolution 2211 (XXI) intitulée *Accroissement démographique et développement économique*. Cette résolution appelle les Nations Unies à « prêter leur concours, lorsqu'il est sollicité, afin de développer et de renforcer davantage les moyens nationaux et régionaux de formation, de recherche, d'information et de consultation dans le domaine démographique, en tenant compte du fait que les problèmes démographiques diffèrent selon les pays et les régions et des besoins qui en découlent » (Singh, 2002). L'année suivante, le Secrétaire général U Thant crée un fonds doté d'un vaste mandat en vue d'appuyer l'élaboration de politiques démographiques nationales partout dans le monde. En 1969, ce fonds devient l'UNFPA et Rafael Salas, son premier Directeur exécutif.

Collaborant avec les institutions analogues existant à cette époque,

l'UNFPA permet la réalisation d'études approfondies sur les causes et les conséquences des tendances démographiques. En partenariat avec l'Agence des États-Unis pour le développement international, elle lance l'Enquête mondiale sur la fécondité afin de recueillir et de synthétiser des données démographiques solides. Cette enquête permet pour la première fois de clarifier des questions importantes liées à la vie des femmes – notamment leurs préférences, leurs choix et leurs besoins en matière de fécondité et de maternité.

Le Conseil de la population, la Fédération internationale de la planification familiale, l'Agence des États-Unis pour le développement international et d'autres institutions sont les membres fondateurs d'un nouveau mouvement, qui apporte une vigueur, une volonté politique et des ressources nouvelles à l'étude des questions démographiques. Elles se traduisent par le déploiement de programmes de planification familiale dans le monde en développement, qui permettent aux individus de faire des choix concernant leur vie reproductive. Cependant, la question de savoir si la croissance démographique est fondamentalement problématique – et dans ce cas, si les programmes de planification familiale constituent une solution adéquate ou suffisante – crée une tension croissante au sein du mouvement.

Elle est palpable lors de la Conférence mondiale sur la population organisée à Bucarest en 1974. À cette époque, les pays développés appuient déjà les initiatives de planification familiale dans les pays en développement et aident les gouvernements à instaurer des politiques démographiques.



Margaret Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

Rafael Salas

cette mutation, un consensus mondial émerge autour des liens fondamentaux existant entre la démographie et le développement et les droits des individus en matière de santé, de sexualité et de procréation, qui a pour point d'orgue le Programme d'action de la CIPD.

Aux participants de la Conférence internationale sur les droits de l'homme de 1968, il déclare : « Les parents ont le droit fondamental de déterminer de manière libre et responsable la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances. » C'est une déclaration novatrice pour l'époque, particulièrement du fait que Rafael Salas est le vice-président de la Conférence.

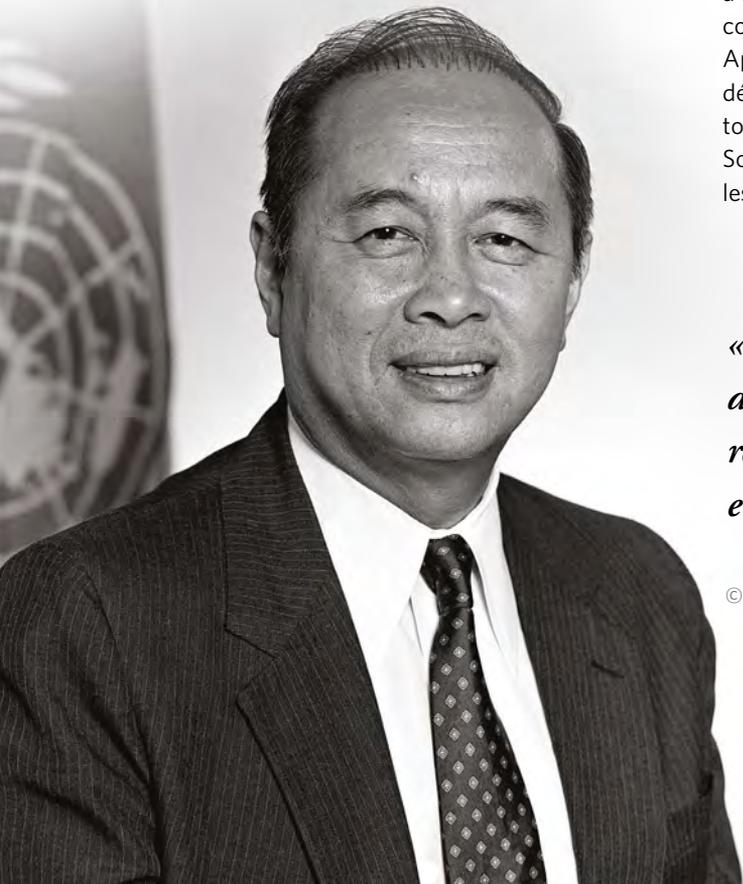
Il a la réputation de rassembler les personnes qui resteraient autrement chacune de son côté, en les aidant à passer outre les positions idéologiques figées et à s'accorder sur des préoccupations communes. Sa priorité est toujours la réalisation du bien commun. Il conduit la Conférence internationale sur la population à Mexico en 1984, et il est le précurseur du travail réalisé par les Nations Unies auprès des parlementaires et des autorités religieuses. Il persuade ses interlocuteurs à tous les niveaux du gouvernement d'intégrer les liens entre démographie et pauvreté dans les plans nationaux de développement.

Doté de multiples talents, Rafael Salas est tour à tour professeur et poète, Directeur exécutif du Conseil économique national des Philippines, son pays d'origine, et Directeur général du *Manila Chronicle*. En tant que coordinateur du Programme national pour la suffisance des Philippines en riz et en maïs, il lance une « révolution verte » qui, pour la première fois, permet au pays d'atteindre l'auto-suffisance dans la production de riz.

En 1987, après que son décès prématuré a mis brutalement un terme à son mandat de Directeur exécutif de l'UNFPA, ses amis et ses collègues sont venus des quatre coins du globe pour lui dire adieu. Après avoir salué ses nombreuses réussites, ils ont unanimement déclaré qu'ils avaient perdu un grand homme, qui s'était pourtant toujours conduit comme un humble agent de la fonction publique. Son humanité et ses années de service resteraient gravées dans les mémoires et dans les cœurs.

« Les parents ont le droit fondamental de déterminer de manière libre et responsable la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances. »

© Photo des N.U./Milton Grant



Néanmoins, certains pays en développement voient ce soutien d'un mauvais œil ; en réalité, ils ne considèrent pas la croissance démographique comme un problème pour leur pays et ont exprimé leur frustration face à la préoccupation excessive – selon eux – du monde développé sur cette question. Pour ceux dont le point de vue est largement influencé par une théorie marxiste de la valeur-travail, une population plus nombreuse signifie davantage de travailleurs et par conséquent, la production d'une

plus grande richesse. Les tentatives visant à affaiblir la croissance démographique sont donc accueillies avec méfiance et réticence. D'autres sont convaincus que l'augmentation du nombre de travailleurs n'améliorera les conditions de vie que si le marché génère suffisamment d'emplois. Les taux de croissance démographique sont souvent supérieurs aux taux de croissance économique ; un tel écart est synonyme de sous-emploi et de chômage, deux phénomènes qui entraîneront des troubles sociaux.

« Est-ce en raison de la surpopulation que le chômage et la pauvreté existent aujourd'hui dans de nombreux pays du monde ? Non, absolument pas. Ils sont principalement dus à l'agression, au pillage et à l'exploitation pratiqués par les impérialistes, en particulier les superpuissances », déclare Huang Shu-Tse, chef de la délégation chinoise à Bucarest (Potts *et al.*, 2018). Le ministre indien de la Santé et de la Planification familiale, Karan Singh, affirme que les conditions sociales et économiques générales

AGENT DU CHANGEMENT

Judith Bruce

Adolescente attentive, Judith Bruce prend conscience qu'à moins de s'y opposer vigoureusement, le processus conventionnel consistant à « devenir une femme » signifie non seulement des transformations physiques, mais aussi la perte de certaines libertés. Les choix des jeunes femmes en matière de sexualité et de fécondité sont restreints non seulement en raison de l'insensibilité des services de santé à leur égard, mais tout aussi sûrement par l'absence d'une « voix » indépendante pour les revendiquer et le manque de revenus propres.

Alors même que sa génération salue l'arrivée des contraceptifs modernes, Judith Bruce s'interroge sur le recours massif aux solutions techniques. Âgée d'une vingtaine d'années, elle participe à une action collective visant à défendre le droit des femmes à choisir, et s'intéresse à la manière dont l'adolescence des filles définit leur capacité à vivre dans la dignité, comme elles l'entendent.

Le cheminement intellectuel qui fait suite à son expérience personnelle la conduit à publier presque

simultanément un ouvrage portant sur le pouvoir de négociation social et économique des femmes au sein de leur ménage et un autre sur les soins axés sur les patients. Le cadre qu'elle établit sur la « qualité des soins » est à l'origine d'une évolution globale des programmes de planification familiale, qui cessent d'insister sur le fait que la réussite se mesure à l'aune des objectifs chiffrés, pour promouvoir l'utilisation durable et sûre des contraceptifs en répondant aux priorités des femmes et des filles. Ce cadre comporte six préceptes : veiller à ce que les clientes puissent choisir parmi un éventail de méthodes contraceptives adaptées à leurs besoins ; échanger des informations avec les clientes pour qu'elles puissent faire des choix éclairés ; s'assurer de la compétence technique des fournisseurs ; entretenir des relations respectueuses et solidaires ; prévoir des mécanismes de suivi et de continuité pour limiter les taux d'abandon ; et offrir aux clientes une gamme de services permettant de répondre à leurs besoins, non seulement en matière de santé, mais aussi plus largement, dans leur contexte social.

Ce cadre a servi de base à la réorientation d'un certain nombre de programmes de planification à travers le monde. Judith Bruce est l'artisanne de la reconnaissance, par la CIPD de 1994, que les services de santé reproductive centrés sur les patients et les stratégies d'autonomisation des femmes sont des objectifs non pas concurrents, mais équivalents.

sont la principale cause d'une forte fécondité, et que par conséquent, l'augmentation de l'aide accordée non pas à la planification familiale, mais au développement, doit être la priorité. D'après lui, « le développement est le meilleur contraceptif » (Potts, 1992).

Ces discours contribuent au sentiment général d'ambivalence au regard de l'efficacité des tout premiers programmes de planification familiale et, plus largement, du rapport entre croissance démographique et croissance économique. De fait, de nombreuses

voix s'interrogent sur les facteurs qui contribuent à la baisse de la fécondité et accélèrent la transition démographique dans les pays en développement.

En 1974 à Bucarest, John D. Rockefeller III fait part de sa « déception face aux résultats de la stratégie de planification familiale » et préconise une réévaluation permettant d'aller au-delà de la simple proposition de planification familiale. « À mon sens, si nous souhaitons réaliser de véritables progrès en matière de développement économique et social, si nous voulons atteindre certains objectifs démographiques, les femmes doivent être

de plus en plus libres de choisir le rôle qu'elles entendent jouer au sein de la société. » (Rockefeller, 1978)

Rejet des politiques démographiques étroitement définies

Alors que les politiques démographiques nationales continuent à se développer tout au long des années 1980, la crainte et la méfiance à l'égard des discours valorisant les objectifs démographiques ne cessent de croître. Un mouvement international croissant en faveur de la santé des

Aujourd'hui, elle recommande de recourir aux objectifs de développement durable pour orienter les investissements en faveur des zones sensibles où le mariage des enfants, les relations sexuelles sous contrainte, l'insatisfaction des besoins, la pénurie de ressources et la pauvreté intergénérationnelle se recoupent. « Les filles les plus exposées aux risques les plus graves sont plus susceptibles de devenir des mères célibataires seules à subvenir aux besoins de leur foyer », affirme-t-elle. Elles finissent par être encore plus marginalisées car leurs responsabilités domestiques les empêchent de saisir les possibilités d'apprentissage, d'emploi et de participation existant au sein de leur communauté. Pendant ce temps, leurs homologues masculins peuvent bénéficier des nouvelles économies axées sur les technologies.

« Sans un investissement ambitieux en faveur des filles âgées de 10 à 14 ans, les pays n'ont aucune chance de tirer parti du dividende démographique », déclare-t-elle. Selon ses propos, ne pas investir dans ce sens équivaut à programmer la pauvreté. En outre, elle prédit « des pressions croissantes exercées sur les jeunes femmes pour privilégier la survie au détriment de la sexualité et de la fécondité face à l'augmentation des situations d'urgence liées au climat, des conflits, des déplacements, des pénuries et du stress ».

Judith Bruce recommande de mettre fin à cette pauvreté programmée et à la mauvaise santé reproductive qui lui est associée en mettant en œuvre des plans spécifiques à l'âge, au sexe et au lieu d'intervention en faveur des personnes les plus susceptibles d'être laissées de côté. Ce changement doit commencer par les 50 millions de filles âgées de 10 ans qui vivent aujourd'hui dans les pays les plus pauvres.

© Nadia Todres



femmes commence à revendiquer des programmes garantissant non seulement l'accès à la planification familiale, mais aussi une approche plus globale en matière de santé reproductive chez les femmes, qui prête notamment attention aux questions relatives aux liens existant entre genre et sexualité.

S'il prend diverses formes, un message fondamental unit le mouvement pour la santé des femmes : la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes relatifs à la santé féminine doivent être définies non pas par des objectifs démographiques, mais par le souci de respecter la santé et les droits en matière de procréation. Partout dans le monde, des groupes de femmes militent de plus en plus en faveur de politiques et de programmes qui les considèrent comme des sujets ayant des besoins et des droits propres, et non seulement comme des objets servant à atteindre de plus larges objectifs sociétaux.

Un nombre croissant de voix s'élèvent pour réclamer des études et des données nouvelles sur les besoins et les préférences des femmes en matière de fécondité et de planification familiale. Beaucoup invoquent l'argument selon lequel les politiques démographiques et les programmes de planification familiale doivent être principalement guidés par ces besoins et ces préférences, plutôt que par des objectifs démographiques. De fait, des recherches influentes menées par Sinding *et al.* (1994) montrent que dans la majorité des pays étudiés, la demande de planification familiale outrepassait les objectifs nationaux relatifs aux taux de prévalence des contraceptifs fixés par les gouvernements. Les experts soutiennent par conséquent que les cibles démographiques doivent être remplacées par des objectifs formulés en

fonction des souhaits exprimés par les personnes concernées.

Un chantier d'envergure : les préparatifs de la CIPD

Il est possible de concilier les objectifs individuels et collectifs dans le vaste cadre de la politique démographique : ce message devient le cri de ralliement mondial lors des préparatifs de la CIPD, qui doit se tenir au Caire en 1994.

Comptant parmi les principaux organisateurs de l'événement aux côtés de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'UNFPA cherche à établir des liens au sein d'un mouvement de plus en plus divisé. Les institutions entendent s'appuyer sur les premiers fondements du mouvement démographique mondial, qui admet que la compréhension des tendances démographiques est essentielle pour obtenir des résultats durables en matière de développement, tout en s'efforçant simultanément de comprendre le rôle central joué par les femmes – et en valorisant leurs droits et leurs choix en tant que principes de base de la politique démographique.

Le processus conduit par le Secrétariat de la CIPD, sous la direction du D^r Nafis Sadik, Directrice exécutive de l'UNFPA, aboutit à un Programme d'action axé sur le consensus, qui modifie radicalement les points de vue sur la manière dont les politiques démographiques doivent être élaborées et mises en œuvre à l'avenir.

Le parcours qui conduit au Caire est long et réfléchi. La première réunion préparatoire a lieu en 1991. Pour la première fois, le terme « développement » est intégré au

titre d'une conférence internationale sur la population, et un programme d'action provisoire est examiné, débattu et approuvé par les États lors des réunions ultérieures du « comité de préparation ».

Outre les réunions de préparation, le Secrétariat de la CIPD planifie des rencontres entre des groupes d'experts pour aborder des questions épineuses telles que la croissance démographique, les migrations, la planification familiale et la santé, et la population et l'environnement. Il organise cinq réunions au niveau régional, afin de garantir la participation et l'adhésion les plus vastes possible d'un point de vue géographique ; ainsi que, fait significatif, de nombreux rassemblements formels et informels d'organisations non gouvernementales (ONG), permettant la participation active de différents acteurs représentant un large éventail de domaines d'intérêt.

Les nombreuses consultations, les multiples réunions, le plaidoyer et l'engagement stratégiques des parties prenantes se révèlent payants. Dans le Programme d'action final, les gouvernements conviennent, pour la première fois, que les politiques démographiques doivent intégrer un grand nombre de considérations relatives au développement social. Ils parviennent à un consensus sur le fait que la planification familiale doit être proposée dans le cadre d'une offre complète de soins de santé reproductive, intégrant des mesures visant à garantir une maternité saine et sûre, à prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST) et à répondre aux préoccupations relatives à la santé sexuelle et reproductive, notamment la violence sexiste et d'autres pratiques néfastes.

AGENT DU CHANGEMENT

Nafis Sadik

Née en 1929, Nafis Sadik grandit à une époque tumultueuse de l'histoire, celle qui voit naître son pays, le Pakistan, en 1947. Une époque qui n'est pas particulièrement favorable aux filles. Mais elle est convaincue qu'elle peut rendre le monde meilleur. Et c'est ce qu'elle fait en réunissant

et en mobilisant les individus autour d'une toute nouvelle conception de la démographie et du développement en 1994.

Dès le départ, elle bouscule les conventions. Ayant obtenu un diplôme de médecin obstétricien, elle se met au service d'hommes et de femmes démunis vivant en milieu rural et contribue à l'élaboration de la première politique démographique nationale au Pakistan.

Lorsqu'elle rejoint l'UNFPA, dont elle gravit les échelons et devient le deuxième directeur exécutif en 1987, c'est la première fois qu'une femme prend la tête de l'un des principaux programmes des Nations Unies financés par des contributions volontaires. Elle devient rapidement une ardente défenseuse du droit des femmes à disposer d'outils, de l'information à la contraception, pour gérer leur vie reproductive. Voyageant à travers le monde, elle écoute les récits des femmes et se lance dans une incessante croisade pour défendre leurs droits à mener une vie saine et exempte de toute violence.

Au début des années 1990, le Secrétaire général des Nations Unies insiste pour que Nafis Sadik orchestre les préparatifs de la CIPD. Cet événement devient le plus grand rassemblement historique de gouvernements autour de cette question, et révolutionne l'approche de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. Sous l'influence persuasive de Nafis Sadik, des groupes de la société civile

*« Les individus
sont au cœur
du processus,
en tant qu'agents
et bénéficiaires. »*

jouent un rôle prédominant à toutes les étapes du processus, fixant une nouvelle norme pour l'engagement militant dans les discussions politiques internationales.

Au début de la conférence, Nafis Sadik, qui se tient devant les délégués, déclare avec sa franchise caractéristique : « Toute forme de coercition dans les politiques et les programmes démographiques est inacceptable. Les hommes et les femmes ont le droit de choisir la dimension et l'échelonnement de leur famille, et d'accéder aux informations et aux moyens nécessaires.

Les individus sont au cœur du processus, en tant qu'agents et bénéficiaires, affirme-t-elle. Il est en notre pouvoir d'alléger leurs fardeaux, d'éliminer les obstacles entravant leur chemin et de permettre le plein épanouissement de leur potentiel en tant qu'êtres humains. »

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo





© Mark Tuschman

L'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes sont valorisées comme des éléments fondamentaux des politiques démographiques et de développement.

Leur importance est soulignée par la compréhension commune que l'amélioration de la santé et des droits individuels contribuera à réduire la fécondité et à ralentir la croissance démographique. En plaçant les causes et les effets de l'essor démographique dans le contexte du développement humain et du progrès social, les gouvernements et la société civile aux multiples points de vue politiques, culturels et intellectuels peuvent ensemble appuyer les recommandations (Ashford, 2001).

Contrairement aux documents finaux issus des précédentes conférences internationales sur la population, le Programme d'action fait preuve d'ouverture et de sensibilité dans son traitement des questions liées à la sexualité, à la reproduction et aux relations entre les sexes. Il met l'accent sur les liens essentiels existant entre, d'une part, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, et de l'autre, la quasi-totalité des autres aspects de la démographie et du développement : l'urbanisation, les migrations, le vieillissement, l'évolution des structures familiales et les droits des jeunes. À titre de comparaison, ni le Plan d'action pour la population mondiale issu de la

conférence de Bucarest, en 1974, ni les recommandations formulées lors de la conférence de Mexico, en 1984, ne contiennent les termes « sexuel » ou « sexualité » (Organisation des Nations Unies, 1995).

Mise à profit des enseignements tirés

Les résultats du consensus obtenu lors de la CIPD sont profonds et durables. Les objectifs démographiques d'autrefois, fixés selon une approche descendante, sont abandonnés. Les notions modernes de « politique démographique » reflètent l'assentiment général sur le fait que l'éducation, l'autonomisation et l'égalité des femmes sont

primordiales. L'importance de proposer une planification familiale dans le cadre de soins complets de santé sexuelle et reproductive fait l'unanimité.

Ceci dit, nombreux sont ceux qui persistent à souligner la manière dont les tendances démographiques peuvent entraver l'obtention de résultats en matière de développement. Ainsi, les taux de croissance démographique demeurent élevés dans de nombreuses régions plongées dans la pauvreté et les conflits, ou vulnérables au changement climatique ou aux catastrophes naturelles. À l'autre extrémité, une fécondité durablement faible et le vieillissement de la population soulèvent des

préoccupations relatives à la santé économique et à la capacité de la société à fournir des filets de sécurité sociale appropriés.

Incontestablement, la dynamique démographique façonne les conditions sociétales, et inversement. Leurs relations sont complexes, multidirectionnelles et comportent de multiples variables. Les enseignements tirés du passé ont révélé que les stratégies descendantes appuyées par l'État en vue de manipuler ou de modifier les tendances démographiques sont un marché de dupes : ces instruments trop émaillés pour obtenir les résultats escomptés fixent des limites inacceptables aux choix individuels

et menacent gravement les droits de l'homme.

En revanche, une meilleure compréhension des tendances démographiques et de leurs liens avec les objectifs de développement est indispensable. Il incombe à la communauté internationale de recueillir et de communiquer les données qui clarifient ces liens, tout en continuant à souligner la primauté des droits et des choix dans tous les aspects de la vie, mais particulièrement en matière d'accès aux informations et aux services relatifs à la santé sexuelle et reproductive.

ÉLÉMENTS CLÉS DU CHAPITRE

- L'Organisation des Nations Unies crée l'UNFPA en 1969, période de rapide croissance démographique, pour aider les pays à analyser les tendances démographiques et leurs liens avec le développement social et économique.
- Dans les années 1970, les gouvernements, les ONG et les institutions de développement fournissent une quantité croissante de contraceptifs fiables et modernes afin d'autonomiser les femmes et de leur permettre de gérer leur propre fécondité.
- La principale ambition de certains des premiers programmes de planification familiale est d'atteindre des objectifs démographiques, au détriment parfois de la qualité des services de santé reproductive.
- En 1994, lors de la tenue de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), un consensus mondial émerge : les femmes ont le droit de décider si elles souhaitent avoir des enfants, quand et à quelle fréquence. Le Programme d'action de la CIPD a démontré que les droits en matière de reproduction et le développement durable se renforcent mutuellement.
- La réalisation des droits et des choix de tous reposera sur un partenariat continu entre la société civile, les gouvernements, le monde universitaire et les institutions internationales.
- La réussite des objectifs de développement durable fixés par l'Organisation des Nations Unies dépend en partie de la concrétisation de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive.



DISPONIBLE MAIS INACCESSIBLE

Le développement des programmes démographiques nationaux et l'accroissement des financements des donateurs ont augmenté de manière exponentielle la disponibilité des contraceptifs dans les pays en développement à partir des années 1970.

Par ailleurs, la Fédération internationale pour la planification familiale a donné la parole à des femmes du monde entier, qui exigeaient d'avoir accès à des informations et à des services qui leur permettraient de contrôler leur fécondité. L'élargissement de l'éventail de méthodes contraceptives était l'un des objectifs majeurs de la Fédération. Dans les années 1950, les moyens de contraception les plus courants étaient largement contrôlés par les hommes : préservatif masculin, retrait et abstinence périodique. Margaret Sanger, l'une des fondatrices de l'organisation américaine Planned Parenthood, était particulièrement intéressée par la mise au point d'une pilule, qui serait aussi facile à prendre qu'un cachet

d'aspirine et qui permettrait aux femmes d'éviter de tomber enceintes. En 1953, Margaret Sanger présente la philanthrope féministe américaine Katharine Dexter McCormick au docteur Gregory Pincus. Katharine McCormick accepte de financer les recherches du docteur Pincus, lesquelles aboutissent à la création d'un contraceptif hormonal oral et, en 1960, « la pilule » est commercialisée.

En 1970, le Population Council crée l'International Committee for Contraception Research (Comité international pour la recherche contraceptive) afin d'accroître la disponibilité des méthodes contraceptives, notamment celles de longue durée comme les implants et les contraceptifs injectables.

En 1976, plus de 100 gouvernements fournissaient des informations et des services relatifs à la contraception, soit directement, par l'intermédiaire de cliniques publiques, soit par l'intermédiaire d'ONG. En 1986, près de 140 pays mettaient à disposition des moyens de contraception modernes ; en 1996, ils étaient près de 160 (Nations Unies, 2013). En 2015, 6 % des gouvernements seulement ne soutenaient pas du tout la planification familiale ; néanmoins, ils autorisaient des organisations du secteur privé à assurer des services de planification familiale, sans toutefois leur fournir aucun soutien matériel ou financier (Nations Unies, 2017a).

À mesure que l'appui des gouvernements en faveur de la

planification familiale s'est renforcé et que l'éventail de méthodes contraceptives s'est élargi, le nombre de personnes recourant aux contraceptifs a augmenté, lui aussi. À l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes mariées ou en concubinage indiquant utiliser un contraceptif a presque doublé entre 1970 et 2015, passant de 36 % à 64 % (Nations Unies, 2015).

Au cours des cinquante dernières années, les gouvernements et les donateurs internationaux ont permis d'accroître la disponibilité de divers moyens de contraception dans le monde entier, aboutissant au large éventail de méthodes qui existe aujourd'hui.

Aller plus loin que la planification familiale

À mesure que les efforts visant à élargir les programmes de planification familiale se sont intensifiés à travers le monde, les questions relatives aux femmes se sont peu à peu retrouvées sur le devant de la scène. En 1975, par exemple, l'ONU a proclamé la mise en place de la Décennie des Nations Unies pour la femme ; de nombreuses conférences internationales et réunions régionales ont permis à des femmes du monde entier de se rencontrer, de partager des informations et de plaider en faveur du changement. De plus en plus de femmes exigeaient de pouvoir maîtriser leur vie reproductive ; un tel pouvoir, affirmaient-elles, allait au-delà de la simple disponibilité des services et produits de planification familiale. Par exemple, en réaction à de nouvelles preuves accablantes indiquant que des centaines de milliers de femmes mourraient pendant la grossesse ou l'accouchement chaque année, le

mouvement pour la santé des femmes a lancé l'Initiative mondiale pour une maternité sans risques en 1987. Cette dernière visait à réduire de moitié la mortalité maternelle d'ici à l'an 2000 en renforçant les soins de santé communautaires et en développant des systèmes d'alerte et de transport afin de permettre aux femmes ayant une grossesse à risque d'accéder à des services vitaux de santé maternelle.

Par ailleurs, les organisations de la société civile demandaient à ce que les programmes de planification familiale limités, qui mettaient l'accent sur la distribution de contraceptifs, soient remplacés par des programmes élargis de santé reproductive. Elles soutenaient que la disponibilité des services et produits de planification familiale n'était qu'un élément du tableau et que, pour garantir le respect des droits et des choix de chacun, toutes les personnes avaient besoin et méritaient d'avoir accès à un ensemble complet d'informations et de services liés à la sexualité et à la santé reproductive.

Si proche, et pourtant si loin

En 1994, le Programme d'action élaboré à l'issue de la Conférence internationale sur la population et le développement a non seulement reconnu que la planification familiale était étroitement liée à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux droits en matière de reproduction, mais il a également demandé aux États de fournir un *accès* : aux soins prénatals ; aux soins postnatals et à des services d'accouchement sans risques ; au traitement de la stérilité ; à des services d'avortement sans risques, lorsque cette pratique est légale, et

à des services de prise en charge des conséquences d'un avortement non médicalisé ; au traitement des infections de l'appareil génital et des IST ; ainsi qu'à des informations, des formations et des conseils en matière de sexualité, de santé reproductive et de procréation responsable.

Le Programme d'action a également affirmé que l'orientation vers ces services ainsi que la prise en charge des cancers du sein et de l'appareil génital devraient toujours pouvoir être assurées, et que la dissuasion des pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF) devait faire partie intégrante des soins de santé primaires (Nations Unies, 2014a).

L'emploi du terme « accès » soulignait le fait que rendre les services de santé reproductive *disponibles* n'était pas suffisant pour permettre à chacun d'exercer ses droits en matière de reproduction. Ces droits sont universels, ce qui signifie que toutes les personnes en disposent. Une femme qui, par exemple, n'est pas en mesure de recourir aux services de planification familiale, même si ces derniers sont disponibles, se voit privée du droit de planifier sa famille. Différents obstacles, notamment sociaux et économiques, doivent donc être éliminés pour que chacun puisse exercer ses droits.

L'une des définitions les plus simples et les plus fondamentales du terme « accès » se rapporte à la proximité géographique des points de prestation de services. De longues distances peuvent entraver l'accès aux services, soit parce que les moyens de transport abordables sont limités, soit parce que les coûts d'opportunité sont trop élevés pour les femmes pauvres,



© Patrick Zachmann/Magnum Photos

qui doivent s'absenter de chez elles ou du travail. Toutefois, la distance n'est qu'un aspect du problème. Parfois, les services sont littéralement disponibles au coin de la rue, mais ils restent inaccessibles.

Par exemple, des services peuvent être proposés dans un centre de planification familiale de proximité, mais un prestataire de services moralisateur peut refuser de fournir des contraceptifs à une adolescente ou à une femme non mariée. Le même centre peut également ne proposer qu'une ou deux méthodes de contraception modernes, et pas celle que certaines femmes préfèrent.

Ou alors, les stocks de contraceptifs peuvent être variables. Des lois peuvent empêcher certains groupes de personnes d'accéder aux services, ou des hommes peuvent interdire à leur femme d'utiliser un moyen quelconque de contraception.

Au fil du temps, les chercheurs et les praticiens ont contribué à exprimer le caractère multidimensionnel du concept d'accès, admettant que l'accès aux services dépendait de multiples facteurs au niveau de l'individu, de la communauté, du prestataire et du point de prestation de services. Cette évolution du concept d'accès met en

exergue les nombreux obstacles qui empêchent les personnes de bénéficier des informations et des services qui garantiraient leur santé, leur bien-être, et leurs droits et leurs choix dans leur vie sexuelle et reproductive.

Éliminer les obstacles à l'accessibilité

Au cours des cinquante dernières années, d'importants progrès ont été accomplis afin d'accroître l'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive à travers le monde. Mais ces avancées ont été variables et des inégalités subsistent, à la fois entre les pays et à l'intérieur

de leurs frontières, en ce qui concerne non seulement les préoccupations traditionnelles liées à la planification familiale et à la santé maternelle, mais aussi les informations et les services pouvant garantir la santé sexuelle et reproductive et l'exercice de l'ensemble des droits en matière de sexualité et de procréation.

Des forces multiples de nature sociale, institutionnelle, politique, géographique et économique entrent en jeu. Les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive sont étroitement liées aux inégalités de revenus, à la qualité et à la couverture des systèmes de santé, aux lois et aux politiques, aux normes sociales et culturelles, ainsi qu'à l'accès à l'éducation à la sexualité.

Inégalités de revenus

Actuellement, dans la plupart des pays en développement, les 20 % de ménages les plus pauvres sont généralement ceux qui ont le moins

accès aux soins essentiels de santé sexuelle et reproductive, et les 20 % de ménages les plus riches, ceux qui disposent du meilleur accès (UNFPA, 2017). Le rapport entre pauvreté et manque d'accès est complexe. Si les coûts financiers des services et produits de santé peuvent, dans certains cas, constituer un obstacle à l'accessibilité, le revenu dépend de multiples facteurs sociaux, institutionnels, politiques, géographiques et économiques, qui peuvent également avoir une incidence sur la capacité d'une personne à accéder aux services.

Les femmes des ménages les plus pauvres peuvent ne disposer que d'un accès restreint, voire inexistant, aux soins de santé sexuelle et reproductive. Si c'est le cas, elles s'exposent à des grossesses non désirées, sont plus susceptibles de tomber malades ou de décéder pendant la grossesse ou l'accouchement, et doivent accoucher seules, sans l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme.

La mauvaise santé sexuelle et reproductive de ces femmes peut les priver de nombreuses opportunités, les empêcher de s'épanouir et les maintenir en bas de l'échelle économique. Les indicateurs montrent qu'il existe des différences significatives entre les quintiles de richesse pour de nombreux services essentiels de santé sexuelle et reproductive (UNFPA, 2017). Par exemple, dans la majorité des pays en développement, la proportion des besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes, l'accès à des soins prénatals appropriés et la probabilité d'accoucher en présence d'un personnel qualifié sont beaucoup plus faibles parmi les ménages pauvres que parmi les ménages riches (figures 4.1, 4.2, 4.3).

Au cours des cinquante dernières années, d'importants progrès ont été accomplis dans la diffusion d'informations et la prestation de services de santé sexuelle et

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures



FIGURE 4.1

Proportion des besoins de planification familiale satisfaits par des moyens de contraception modernes, par niveau de développement, lieu de résidence et quintile de richesse, dernière année disponible

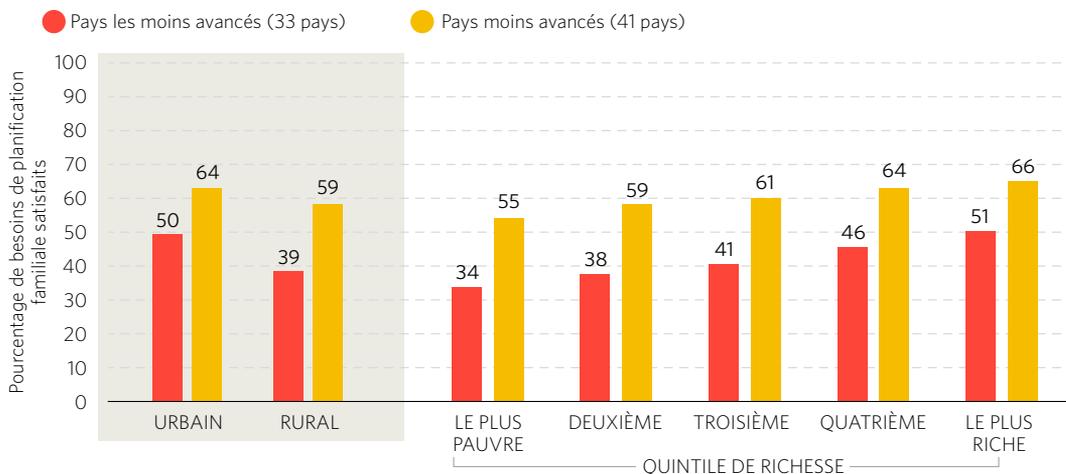


FIGURE 4.2

Proportion de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus, par niveau de développement et quintile de richesse, dernière année disponible

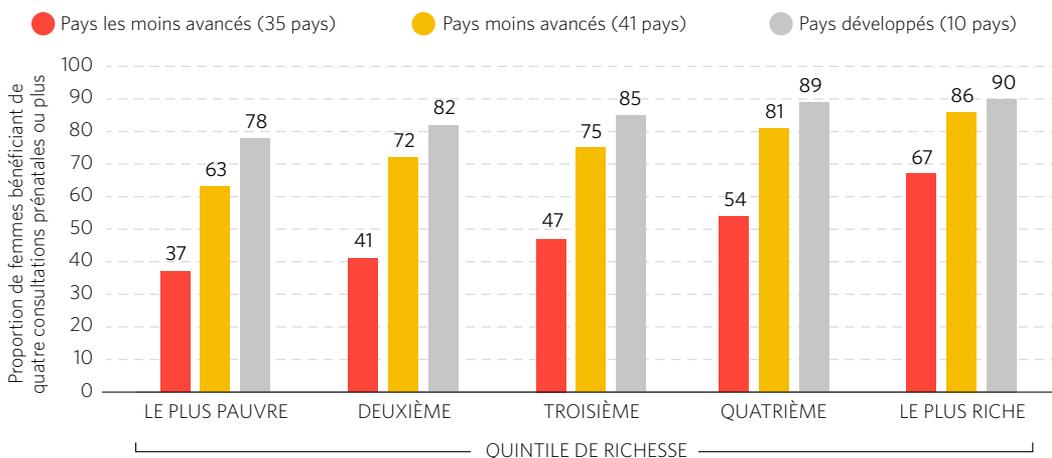
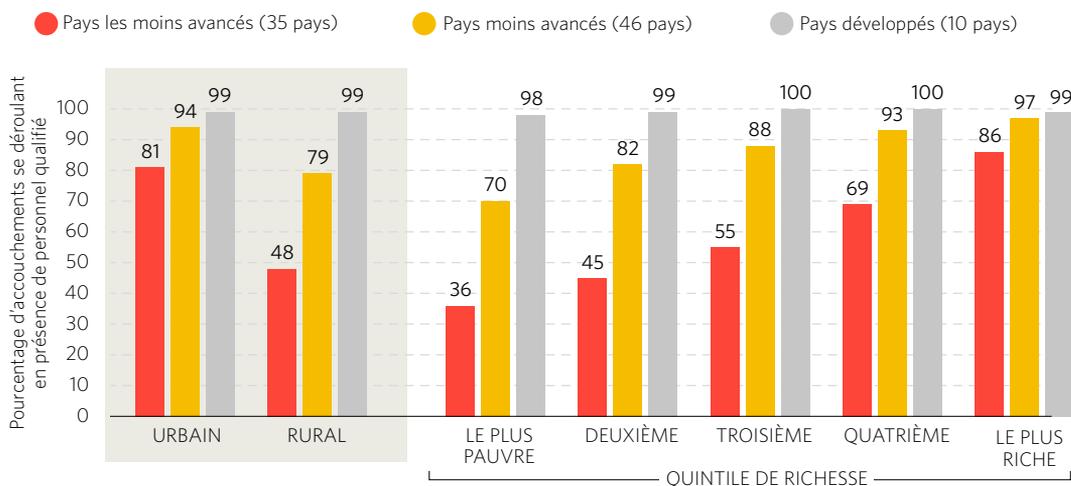


FIGURE 4.3

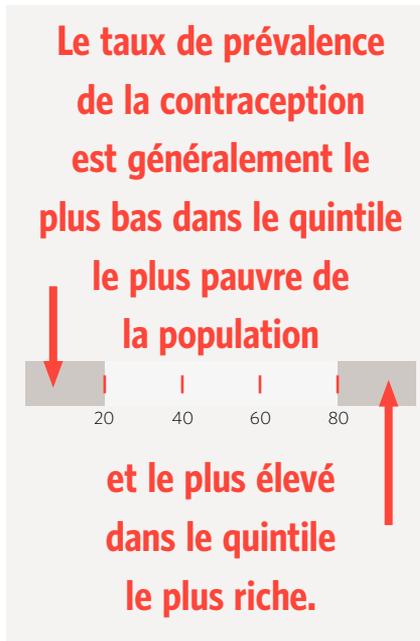
Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié, par niveau de développement, lieu de résidence et quintile de richesse, dernière année disponible



reproductive auprès de nouvelles populations. La figure 4.4 montre que dans beaucoup de pays, des avancées remarquables ont été réalisées afin d'améliorer l'accès aux services, ce qui a entraîné une baisse significative de la mortalité maternelle : au niveau mondial, le ratio de mortalité maternelle a diminué de près de 44 %, et des progrès ont été observés dans toutes les régions (Alkema *et al.*, 2016).

Toutefois, dans beaucoup d'endroits, les populations les plus pauvres ne bénéficient pas encore de ces avancées de manière équitable. La grande majorité des décès maternels, par exemple, se produisent dans des régions pauvres en ressources ; en outre, les femmes pauvres disposant d'un accès limité aux soins prénatals, aux services d'accoucheurs qualifiés et aux soins obstétricaux d'urgence sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé handicapants et de complications liées à la grossesse, comme la fistule obstétricale. Des efforts supplémentaires doivent être consentis afin d'améliorer la fourniture d'informations et de services ciblant en priorité les populations pauvres et difficiles à atteindre.

Toutefois, des exemples de tels efforts sont porteurs d'espoir. Au Bangladesh, au Bhoutan, au Cambodge et en Thaïlande, par exemple, le taux de prévalence de la contraception est plus élevé dans le quintile de la population le plus pauvre que dans le quintile le plus riche. Dans ces quatre pays et dans plusieurs autres, des efforts concertés ont été menés afin d'étendre la couverture de la planification familiale aux personnes les plus difficiles à atteindre. Ces efforts



UNFPA, 2017

ont rendu les contraceptifs modernes accessibles à presque toute la population ; ils ont également permis d'atteindre des taux de prévalence de la contraception quasiment similaires dans les ménages pauvres comme dans les ménages aisés (UNFPA, 2017).

Des modèles innovants de prestation de services contribuent à améliorer leur accessibilité auprès des populations les plus pauvres. Des systèmes de distribution communautaires mis en place dans les années 1970, par exemple, ont permis d'élargir l'accès des services aux communautés pauvres et rurales par l'intermédiaire des membres de la communauté ayant été formés. Traditionnellement, ces efforts visaient principalement à faciliter l'accès aux contraceptifs comme la pilule et les préservatifs, mais des actions ont été menées pour élargir l'éventail de services afin d'inclure la contraception d'urgence, les trousses d'accouchement et le misoprostol pour

la prévention des hémorragies post-partum (Bongaarts *et al.*, 2012).

Plus récemment, des stratégies de financement axées sur la demande (bons, etc.) ont été mises en place pour donner un plus grand pouvoir de décision aux clients pauvres. Ce modèle permet aux clients d'acheter des bons pour des produits de santé reproductive spécifiques à un prix subventionné. Ces bons peuvent être échangés contre des services très variés – notamment des informations sur la planification familiale à long terme, ou des informations et des services concernant l'accouchement sans risques et le traitement des violences sexistes –, lesquels sont fournis dans des points de prestation appropriés (Bongaarts *et al.*, 2012). Des transferts conditionnels de fonds ont également été mis en place pour favoriser les actions et les comportements qui contribuent de manière cruciale à la santé, tels que les consultations prénatales, la scolarisation des filles ou le report de l'âge du mariage (Bongaarts *et al.*, 2012).

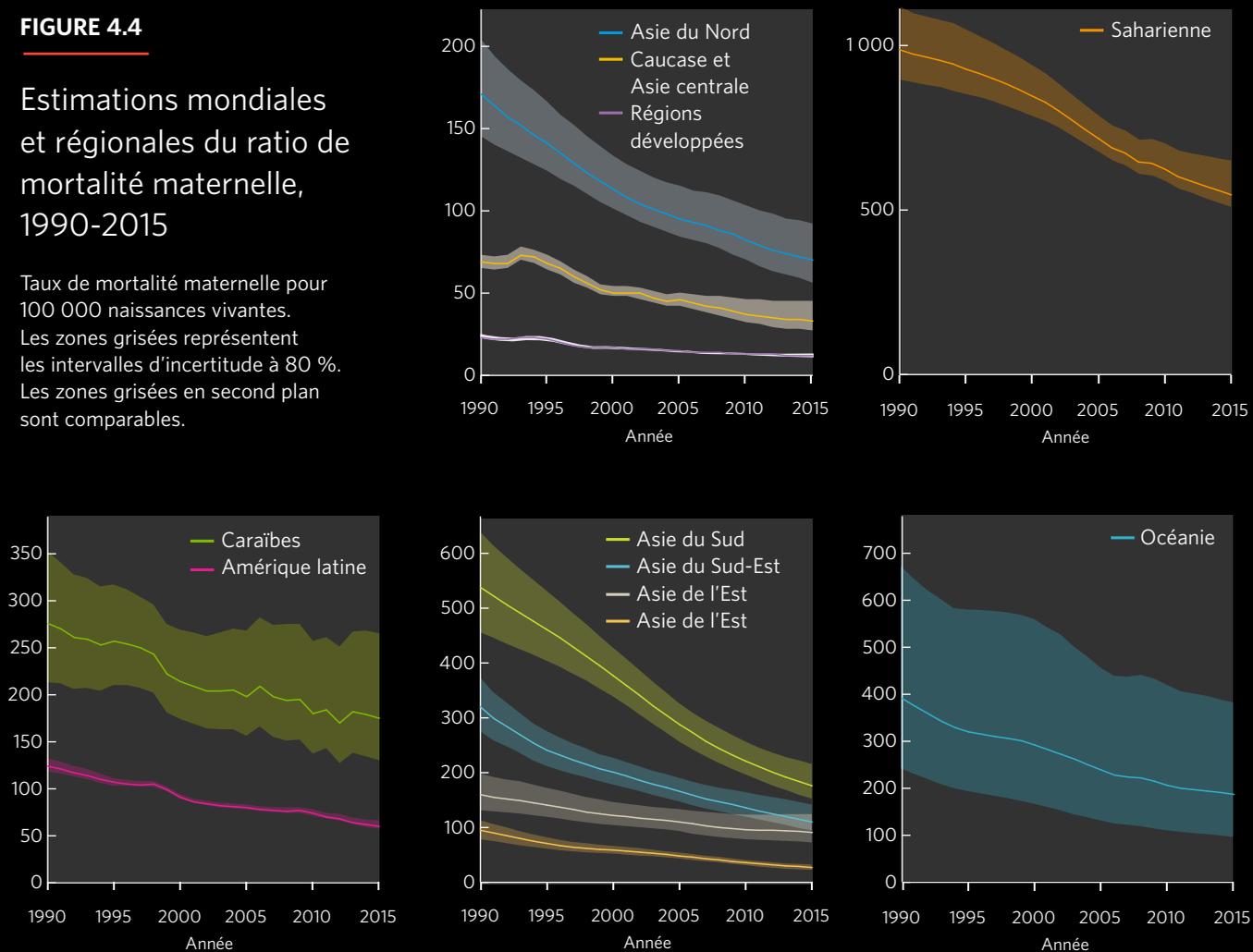
Un manque d'établissements, de prestataires et de produits

Parfois, une femme qui souhaite accéder à des informations et à des services de santé sexuelle et reproductive ne trouve pas de prestataire dans sa communauté. Si elle a les moyens de payer les frais de transport jusqu'à la clinique d'une communauté voisine, elle peut découvrir en arrivant que l'établissement ne dispose pas des équipements ou des produits nécessaires aux services dont elle a besoin. Le prestataire de soins de santé peut être absent, ou les prestataires peuvent ne pas être assez

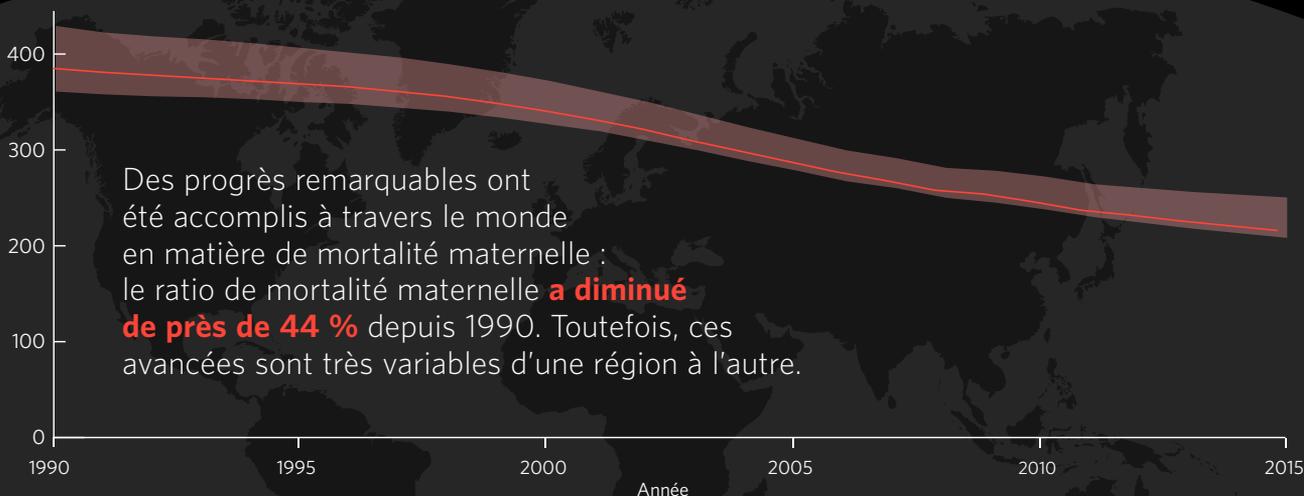
FIGURE 4.4

Estimations mondiales et régionales du ratio de mortalité maternelle, 1990-2015

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes. Les zones grisées représentent les intervalles d'incertitude à 80 %. Les zones grisées en second plan sont comparables.



Dans le monde



Source : Alkema et al., 2016

L'importance de la qualité

La qualité est une composante majeure de l'accès aux services. Les travaux précurseurs de Judith Bruce, visant à définir un cadre pour la qualité des soins, mettent en exergue six éléments importants du point de vue d'un utilisateur de la planification familiale : le choix des méthodes, les renseignements donnés aux patients, les compétences techniques, les relations interpersonnelles, les mécanismes de suivi et de continuité ainsi que l'éventail approprié de services (Bruce, 1990).

Conscients du fait que trop de femmes ne bénéficiaient pas des actions mises en place pour améliorer la santé reproductive, les institutions internationales et neuf pays ont créé le Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn, and Child Health (Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle, néonatale et de l'enfant), ou « Quality of Care Network » (Réseau pour la qualité des soins), en 2017. Les membres du réseau aspirent à ce que toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés reçoivent des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale – une vision reposant sur les valeurs fondamentales de qualité, d'équité et de dignité (OMS, 2018).

Le principe de qualité s'inscrivant dans toutes les dimensions de la santé sexuelle et reproductive est étayé par le cadre de soins de santé global « DAAQ », pour *disponibilité, accessibilité, acceptabilité* et *qualité*, un dernier aspect qui a été désigné comme une composante clé des droits en matière de soins de santé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (UNCESCR, 2000).

En 1992, la Fédération internationale pour la planification familiale a publié une « charte des droits » des clients de la planification familiale, qui indiquait ce que les personnes souhaitant recourir à la planification familiale devaient pouvoir exiger pour recevoir des soins de bonne qualité. Cette charte mentionnait notamment le droit à l'information, à l'accès aux services, au choix, à la sécurité, au respect de la vie privée, à la confidentialité, à la préservation de la dignité, au confort, à la continuité et à la liberté d'expression.

Bien que les responsabilités en matière de qualité des soins soient, en principe, réparties sur l'ensemble du programme de planification familiale, les personnes considérées comme

principalement garantes du respect de ces droits sont celles qui sont en contact direct avec les clients : les prestataires. Par conséquent, les stratégies liées à la qualité des soins doivent également reconnaître que les prestataires de services ont leurs propres besoins, et qu'ils doivent pouvoir espérer recevoir une formation, du matériel, des conseils, de l'aide, du respect, des encouragements et des remarques, tout en ayant la possibilité de s'exprimer (Huezo et Diaz, 1993).

Le lien entre les droits des clients et les besoins des prestataires doit être au centre de toute action visant à lever les obstacles à la qualité des soins. Les interventions les plus prometteuses sont notamment celles qui favorisent une meilleure interaction entre les clients et les prestataires en formant ces derniers à la communication interpersonnelle, par exemple. Il est possible d'améliorer cet aspect de la qualité des soins sans devoir nécessairement réaliser des investissements massifs en personnel, en équipement ou en fournitures (RamaRao et Mohanam, 2003).

La qualité limitée des soins peut avoir des conséquences importantes sur la santé maternelle. Même si les femmes sont de plus en plus nombreuses à accoucher dans des établissements de santé plutôt que chez elles, le manque de personnel qualifié, de formation, d'infrastructures et de produits peut donner lieu à des soins de mauvaise qualité, connus sous l'expression « too little, too late » (« trop peu, trop tard ») ou TLTL. La situation inverse est aussi problématique : dans certaines régions, l'augmentation rapide du nombre d'accouchements pratiqués dans des établissements de santé s'est accompagnée d'une surmédicalisation généralisée, qui a eu pour conséquence, par exemple, de recourir de manière excessive ou inutile aux césariennes, ou de les pratiquer dans des conditions dangereuses ou médiocres, provoquant ainsi des blessures chez la mère et l'enfant. Ce phénomène, qualifié de « too much, too soon » (« trop et trop tôt ») ou TMTS, peut avoir pour effet de neutraliser les progrès accomplis sur le plan de la santé maternelle et périnatale. Que les soins soient qualifiés de TLTL ou de TMTS, l'amélioration de la formation des prestataires pour favoriser des soins respectueux et l'adoption des bonnes pratiques peuvent contribuer à renforcer la santé maternelle et périnatale, à éviter de porter préjudice aux personnes et à réduire l'inégalité et le coût des soins de santé (Miller *et al.*, 2016).

« trop peu,
trop tard »
ou
« trop et
trop tôt »

nombreux pour être en mesure de recevoir tous les patients qui se sont présentés ce jour-là. Si les prestataires sont suffisamment nombreux, ils ne sont peut-être pas formés pour fournir les informations ou les services demandés, ou ne peuvent peut-être pas garantir l'intimité nécessaire ou toute autre mesure qui permettrait à la patiente de se sentir en sécurité et respectée.

Des études, des témoignages et des rapports de la société civile confirment depuis longtemps les lacunes des services. Récemment, un contrôle des établissements de santé de dix pays d'Afrique, par exemple, a mis en évidence un niveau globale-

ment faible de capacité opérationnelle lors de l'évaluation de la disponibilité de services et produits essentiels tels que les directives concernant la planification familiale, un personnel formé en matière de planification familiale, les tensiomètres, les pilules contraceptives combinées, les contraceptifs injectables et les préservatifs masculins (Ali *et al.*, 2018).

Des tentatives visant à quantifier et à surveiller de manière plus systématique le niveau général de capacité opérationnelle restent en cours d'élaboration. L'OMS, en collaboration avec d'autres organisations, publie régulièrement des notes d'orientation sur les normes

de bonne pratique concernant diverses interventions liées à la santé reproductive.

Une évaluation menée en 2017 dans 24 pays a révélé que les services de planification familiale étaient en rupture de stock de certaines méthodes de contraception près des trois quarts du temps. En moyenne, 78 % des établissements de soins primaires proposant trois méthodes de contraception ou plus les avaient en stock le jour de l'évaluation ; 79 % des établissements de soins secondaires et tertiaires (établissements régionaux et grands hôpitaux) proposant cinq méthodes ou plus les avaient en stock (FP2020,





© UNFPA/M. Bradley

2018). Toutefois, ces moyennes dissimulent d'importantes disparités entre les pays et à l'intérieur de leurs frontières.

La « sécurité d'approvisionnement en produits de santé reproductive » est atteinte quand toutes les personnes ont accès à des produits abordables et de qualité, notamment à la méthode contraceptive de leur choix, et ce, dès qu'elles en ont besoin. Pour atteindre cet objectif, un partenariat a été mis en place avec la Fondation Bill et Melinda Gates et le ministère du Développement international du Royaume-Uni en vue d'accélérer la distribution de produits de santé reproductive dans les pays, afin d'éviter des ruptures de stock (UNFPA, 2018).

Dans beaucoup d'endroits, le nombre de prestataires formés est tout simplement insuffisant pour garantir un accès adapté à l'éventail complet d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive. L'Alliance mondiale pour les

personnels de santé a souligné la nécessité d'augmenter le nombre d'agents de santé, en particulier d'accoucheurs qualifiés, dans les pays en développement (Campbell *et al.*, 2013). Sur toutes les catégories d'agents de santé, on estime qu'il manquait, à l'échelle mondiale, environ 7,2 millions d'agents au début de cette décennie.

Les besoins en professionnels formés, capables de fournir des services essentiels de santé sexuelle et reproductive, sont particulièrement pressants. Une récente analyse menée dans 73 pays à revenu faible ou intermédiaire a révélé que, tandis que plus de 92 % des décès maternels et néonataux et des mortinaissances à travers le monde avaient lieu dans ces pays, ces derniers ne réunissaient que 42 % des médecins, des sages-femmes et des infirmiers du monde (UNFPA, 2014).

Au vu des dépenses de personnel estimées nécessaires pour atteindre un niveau de couverture universel

pour les interventions essentielles de santé reproductive, maternelle, néonatale et de l'enfant, des hausses significatives seront indispensables. Pour répondre à tous les besoins non satisfaits de santé reproductive, maternelle et néonatale à l'échelle mondiale, par exemple, on estime qu'il faudrait augmenter de 37 % les dépenses de personnel afin de disposer de suffisamment de prestataires en mesure de fournir des contraceptifs ; quant aux services de santé maternelle et néonatale, les niveaux actuels devraient augmenter d'environ 20 % (Guttmacher Institute, 2017).

Ces moyennes mondiales dissimulent d'importantes disparités régionales. Dans les pays les moins avancés, par exemple, rien que pour répondre aux besoins non satisfaits de contraception, les dépenses de personnel devraient augmenter de 96 %, et de 84 % pour parvenir à une couverture complète des services maternels et néonataux. Les bénéficiaires d'un tel investissement seraient considérables : on estime que la mortalité maternelle et le recours à l'avortement diminueraient d'au moins 75 % avec des effectifs complets ainsi qu'un équipement et un système de maintenance appropriés (Guttmacher Institute, 2017).

La capacité des prestataires à proposer des soins adaptés est un élément pris en compte depuis longtemps dans le domaine de la planification familiale. Des conseils insuffisants (qui ne répondent pas aux questions concernant l'utilisation correcte des produits ; qui ne donnent aucune information sur les contre-indications, les effets secondaires et le suivi nécessaire, y compris le changement de méthode ; ou qui

ne tiennent pas compte du contexte d'utilisation, notamment des inquiétudes du partenaire) peuvent constituer un obstacle à l'accès aux contraceptifs, ainsi qu'à leur adoption et à leur utilisation régulière.

Plusieurs études ont examiné les raisons pour lesquelles les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits ; leurs conclusions suggèrent que le fait de proposer plusieurs méthodes et de fournir des informations et des conseils aux femmes afin de les aider à choisir et à utiliser efficacement une méthode qui leur convient peut contribuer de manière cruciale à éliminer les obstacles à l'utilisation de contraceptifs. Les raisons le plus souvent invoquées pour justifier la non-utilisation d'un moyen de contraception comprennent la faible fréquence des rapports sexuels et des inquiétudes liées aux effets secondaires ou aux risques pour la santé (Sedgh et Hussain, 2014).

L'interruption de la contraception est souvent un aspect peu pris en compte de la non-satisfaction des besoins. Une récente analyse de 32 pays indique qu'en moyenne, plus d'un cinquième des méthodes de courte durée utilisées (préservatifs et pilules) est abandonné dans les 12 mois, bien que l'utilisatrice souhaite encore éviter une grossesse (FP2020, 2018). Les taux d'interruption au cours de la première année sont plus faibles pour les méthodes de longue durée : 12 % pour les dispositifs intra-utérins et 8 % pour les implants.

Obstacles juridiques

Même lorsque les prestataires sont bien formés et que les établissements sont bien approvisionnés et bien équipés, les personnes peuvent se heurter à des obstacles juridiques qui les empêchent d'accéder aux informations et aux services. Dans certains pays, la loi

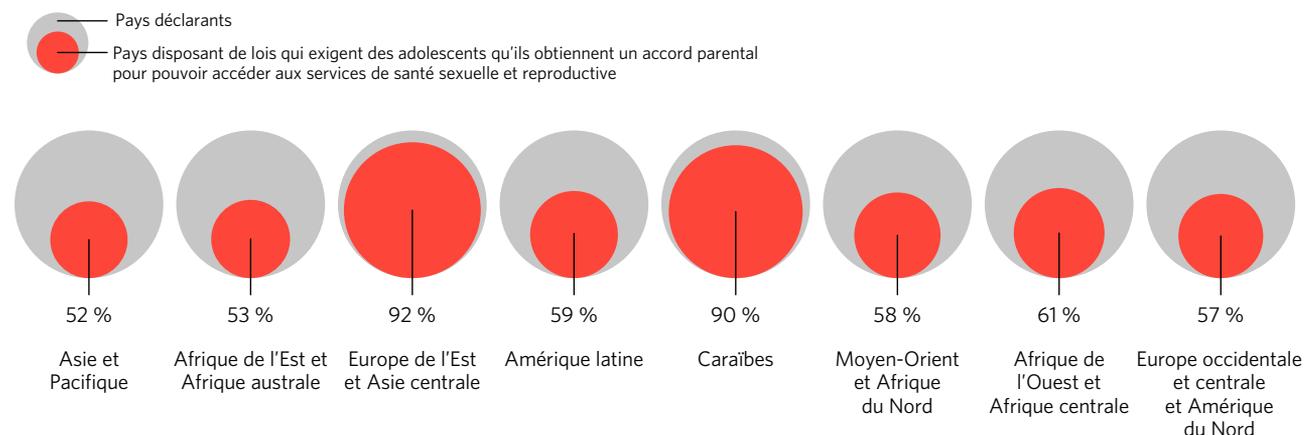
exige que les femmes ou les adolescents disposent de l'autorisation d'un tiers pour accéder aux services de santé. Ailleurs, les lois qui interdisent les relations homosexuelles, la prostitution et la consommation de drogues peuvent forcer des personnes à se cacher et, par conséquent, les empêcher de chercher ou d'obtenir les informations et les services dont elles ont besoin.

Bien qu'elles visent à protéger les mineurs, les lois sur l'âge minimum pour bénéficier des services médicaux peuvent dissuader les adolescents d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive dont ils ont besoin. Cette situation peut être particulièrement dommageable pour les adolescentes, qui subissent le plus les conséquences sociales et physiques d'une grossesse non désirée.

En 2017, sur les 108 pays qui ont communiqué des données au Programme commun des

FIGURE 4.5 Des lois qui dissuadent les adolescents d'accéder aux services

Pays disposant de lois qui imposent un âge minimum pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, 2018



Source : ONUSIDA, 2018



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

Dans l'ensemble des régions en développement, à l'exception de l'Asie de l'Est, on estime que 6,9 millions de femmes sont soignées chaque année pour des complications liées à l'avortement. Beaucoup d'autres ont besoin de soins après l'avortement, mais ne sont pas en mesure d'y accéder (Singh *et al.*, 2018).

Normes, attitudes et pratiques

Dans toutes les sociétés du monde, des attentes dictent que l'activité sexuelle et la reproduction ne doivent concerner que certains groupes d'individus affichant des caractéristiques précises. Il s'agit souvent de personnes hétérosexuelles, mariées, monogames, valides, pas trop jeunes ni trop âgées. Dans beaucoup d'endroits, ce ne sont pas les intérêts de la personne qui doivent guider les pratiques liées à la maternité, mais les normes établies dans les familles et les communautés.

De telles normes peuvent découler d'attitudes et de pratiques ancrées depuis longtemps ou de croyances religieuses prédominantes. Lorsque les pratiques sexuelles et reproductives d'une personne ne se conforment pas à ces attentes, il sera probablement plus difficile pour elle d'accéder aux informations et aux services dont elle a besoin.

Les adolescents font face à des difficultés particulières. Bien que de nombreux éléments montrent que beaucoup d'adolescents non mariés sont sexuellement actifs (Starrs *et al.*, 2018), les normes sociales peuvent entraver voire interdire complètement les discussions sur la santé sexuelle et reproductive ou la sexualité. Outre les obstacles juridiques, les difficultés

Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 68 ont indiqué qu'une autorisation parentale était obligatoire pour les enfants de moins de 18 ans souhaitant accéder à des services de santé sexuelle et reproductive (figure 4.5 ; ONUSIDA, 2018). Dans certains pays, les prestataires de soins de santé sont légalement obligés de signaler tout rapport sexuel précoce ou toute autre activité illégale chez les adolescents (Delany-Moretlwe *et al.*, 2015).

Les lois qui interdisent les relations sexuelles entre adultes consentants du même sexe peuvent entraver les efforts déployés pour favoriser l'accès aux services visant à prévenir ou traiter les IST, notamment le VIH. En 2017, plus de 40 pays ont déclaré à l'ONUSIDA disposer de lois pénalisant spécifiquement les relations homosexuelles. Sur ces 40 pays, deux appliquent la peine de mort ; dans d'autres, ces faits sont passibles d'une peine de réclusion à perpétuité (ONUSIDA, 2018). Par conséquent, de nombreuses personnes ont peur de recourir aux services essentiels comme le dépistage du VIH.

Les lois sur l'accès à l'avortement forment un continuum allant de l'interdiction totale à l'absence de restriction. En 2017, 42 % des femmes en âge de procréer vivaient dans l'un des 125 pays où l'accès à l'avortement sans risques est très limité. Sur l'ensemble des avortements réalisés dans le monde, 55 % seulement sont pratiqués sans risques par un prestataire formé et selon une méthode recommandée (Singh *et al.*, 2018).

Les faits montrent que les restrictions juridiques n'ont pas d'effet significatif sur la fréquence des avortements : les pays qui disposent des lois les plus strictes en la matière affichent des taux d'avortement à peu près équivalents à ceux des pays où les lois sont les plus permissives. Toutefois, plus le cadre juridique est restrictif, plus la proportion d'avortements non médicalisés est élevée ; le taux d'avortements non médicalisés est inférieur à 1 % dans les pays les plus permissifs, mais s'élève à 31 % dans les pays où les lois sont les plus strictes (Singh *et al.*, 2018).

Mechai Viravaidya

Mechai Viravaidya a amorcé une vraie révolution en Thaïlande, animé par la conviction que chacun devrait savoir comment planifier sa famille et protéger sa santé.

Véritable expert en communication, Mechai Viravaidya transmet depuis les années 1960 des messages sur l'utilisation des préservatifs dans les écoles, les stations-service, les bureaux et les villages, mais aussi lors des concours d'élevages porcins, par l'intermédiaire des agents commerciaux d'Avon ou à l'occasion des cérémonies bouddhistes. Ces actions s'inscrivaient dans une dynamique visant à faire de la contraception un élément accepté et normal de la vie quotidienne.

« Prononcez le mot “préservatif”, faites en sorte qu'ils soient disponibles et parlez-en, dit Mechai Viravaidya. En fait, ce que nous enseignons, c'est le droit de choisir le nombre d'enfants que vous voulez avoir. »

Même si les préservatifs constituaient un point d'entrée tactile et parfois humoristique à l'éducation sexuelle, l'objectif de Mechai Viravaidya a toujours été de faire en sorte qu'un large éventail de contraceptifs soit aussi facilement accessible que « les légumes dans les villages ». En quelques dizaines d'années, la Thaïlande a bien progressé vers la réalisation de ces objectifs, et le nombre moyen d'enfants dans les familles thaïlandaises est passé de 7 à 1,6.

Au début des années 1990, alors que l'on prévoyait que la prévalence du VIH allait atteindre des sommets, Mechai Viravaidya a persuadé le gouvernement de multiplier par cinquante le budget alloué à la prévention et d'inciter des personnes de l'ensemble du service public, du secteur privé et des communautés à parler ouvertement de protection et de préservatifs. La Thaïlande est ainsi parvenue à prévenir près de trois millions d'infections à VIH, et Mechai Viravaidya a pris le surnom de « roi du préservatif ». Aujourd'hui, « mechai » est devenu un terme familier pour désigner les préservatifs en Thaïlande.

Mechai Viravaidya est toujours à la tête de la plus grande organisation non gouvernementale thaïlandaise, la Population and Community Development Association qui, depuis 1973, œuvre en faveur du développement rural et de la santé. L'association gère notamment les écoles Mechai Pattana, qui assurent, dans le respect des principes d'équité et de justice, une éducation de qualité — y compris une éducation complète à la sexualité — aux communautés marginalisées. L'égalité des sexes fait partie intégrante du programme d'enseignement. « Les femmes sont très, très importantes dans le processus de développement, affirme Mechai Viravaidya, qui ajoute, avec un geste théâtral typique : Quand on a deux bras aussi forts, pourquoi se contenter de n'en utiliser qu'un seul ? »

*« Prononcez le mot
“préservatif”, faites en sorte
qu'ils soient disponibles
et parlez-en. »*



AGENT DU CHANGEMENT

Lebogang Motsumi

Quand Lebogang Motsumi parle à d'autres jeunes du VIH et du sida, elle s'appuie sur sa propre expérience. En racontant son histoire, elle espère inciter d'autres jeunes femmes et filles à poursuivre leur scolarité, à rester en bonne santé et à faire des choix positifs.

Voici le type de messages audacieux qu'elle publie sur Facebook : « Bonjour, je m'appelle Lebogang Brenda Motsumi, alias African Queen. Je ne suis PAS le VIH, je VIS avec. Je ne suis pas le virus. C'est lui qui vit en moi. Je ne suis pas définie par le VIH, c'est moi qui le définis. »

Près de dix années se sont écoulées depuis que Lebogang Motsumi a appris qu'elle était séropositive. Elle n'avait que 17 ans quand elle a été infectée par son petit ami, un chanteur connu qui est décédé par la suite. Ce n'est que le jour où l'un de ses partenaires ultérieurs le lui a demandé que Lebogang Motsumi a effectué un test de dépistage. Quelques jours après avoir appris sa séropositivité, elle a fait une tentative de suicide. Un mois après, elle a découvert qu'elle était enceinte et a commencé à prendre un traitement pour protéger son enfant.

Elle a également entamé un parcours remarquable sur les réseaux sociaux, où elle est devenue une source d'inspiration, une militante de la lutte contre le VIH et un mentor, en particulier pour les jeunes. « Le VIH m'a aidée à donner un sens à ma vie. J'ai pris conscience que je pouvais me servir de ma séropositivité pour faire passer un message, et utiliser ma souffrance pour donner à d'autres personnes les moyens d'agir. »

L'Union africaine lui a décerné le titre d'héroïne de la jeunesse ; elle siège par ailleurs aux conseils consultatifs de la jeunesse de l'Union africaine et de l'UNFPA. Elle mobilise également les populations en tant qu'ambassadrice de Zazi, une campagne qui encourage les jeunes femmes et filles sud-africaines à « connaître leur force ».

« Nous trouverons un remède contre le VIH, déclare Lebogang Motsumi. En attendant, l'éducation et l'autonomisation des personnes qui vivent avec le VIH sont notre antidote tout comme la prévention, pour celles et ceux qui sont séronégatifs. »

*« Je ne suis pas définie par le VIH,
c'est moi qui le définis. »*



d'accès peuvent provenir d'une éducation à la sexualité insuffisante dans les écoles, ou des attitudes et des croyances des prestataires vis-à-vis de la pertinence des interventions au regard de l'âge ou du statut marital de la personne.

Les minorités ethniques, les populations autochtones, les travailleurs du sexe, les personnes handicapées, les femmes et les filles les plus pauvres, ainsi que les membres de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexe (LGBTI) sont la cible d'une marginalisation et d'une stigmatisation susceptibles de constituer un obstacle majeur aux services de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'à l'exercice de leurs droits et de leurs choix. Les filles et les jeunes femmes handicapées, par exemple, sont

souvent privées du droit de décider par elles-mêmes de leur santé sexuelle et reproductive, ce qui augmente les risques de violence sexuelle, de grossesse non désirée et d'IST. On peut estimer qu'elles n'ont pas besoin d'informations sur leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Par conséquent, elles n'ont pas beaucoup de connaissances à ce sujet ; leurs choix n'en sont que plus limités et leur marginalisation, accentuée. Par exemple, une étude menée en Éthiopie a révélé que 35 % des jeunes handicapées seulement utilisaient un contraceptif lors de leur premier rapport sexuel, et que 63 % d'entre elles avaient eu une grossesse non désirée (UNFPA, 2018a).

La stigmatisation peut empêcher les individus de recourir aux services dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit. Par exemple, les femmes non

mariées peuvent hésiter à demander à bénéficier de soins de santé sexuelle et reproductive, notamment des services tels que la contraception et l'avortement médicalisé. À cause d'une telle stigmatisation, les besoins en matière de planification familiale moderne des femmes célibataires sexuellement actives sont bien moins satisfaits que ceux des femmes mariées (Singh *et al.*, 2018).

La stigmatisation a une incidence non seulement sur les choix et les décisions des personnes ayant besoin d'informations et de services, mais aussi sur les actions des prestataires de santé. Dans les pays où l'avortement est légal, par exemple, des préjugés persistants liés à cette pratique peuvent dissuader des prestataires de conseiller ou de proposer un avortement. Une étude récente a ainsi révélé que certains

L'accès des jeunes handicapés aux services

L'organisation Women Enabled International a contribué à élaborer des recommandations afin d'aider les gouvernements, les prestataires de services et les autres parties prenantes à répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes handicapés. Ces recommandations comprennent des actions visant à garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services, ainsi que la mise en place de services visant à prévenir les effets de la violence sexiste ou à y remédier :

- Élaborer des protocoles et des directives tenant compte du handicap pour les consultations de suivi avec les prestataires de santé et la gestion des effets secondaires des médicaments ou des traitements, et des directives d'orientation lorsqu'une assistance supplémentaire est nécessaire.
- Créer des documents d'information accessibles et adaptés aux jeunes de tout âge et atteints de différents handicaps, qui traitent des différents types de contraceptifs et des services de santé sexuelle et reproductive disponibles ; envisager de subventionner ces services pour aider les jeunes handicapés disposant de faibles revenus.
- Mettre au point des campagnes de sensibilisation et des supports éducatifs autour de la sexualité, des contraceptifs et de la disponibilité des services, destinés aux aidants et aux membres de la famille de jeunes handicapés.
- Veiller à ce que les informations sur les contraceptifs, les produits et les services soient accessibles aux jeunes handicapés, hommes et femmes. Faire en sorte que les hommes et les garçons reçoivent également des informations qui les aident à comprendre les droits des jeunes femmes et des adolescentes quant à l'utilisation des contraceptifs.

La santé sexuelle et reproductive et la mise en place d'une couverture sanitaire universelle

Pendant des décennies, la santé sexuelle et reproductive en général et la planification familiale en particulier ont été écartées des sommets mondiaux qui se sont penchés sur la question des soins de santé primaires.

En 1978, par exemple, les représentants des gouvernements se sont réunis au Kazakhstan à l'occasion de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Cette conférence a donné lieu à la Déclaration d'Alma-Ata, qui a reconnu que les soins de santé primaires étaient le moyen clé qui permettrait à tous, partout dans le monde, de jouir d'une bonne santé. Toutefois, certains gouvernements ont estimé que les objectifs fixés dans la déclaration étaient trop généraux, et donc impossibles à atteindre.

Un an plus tard, lors d'un rassemblement d'experts de la santé et des politiques, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de mettre l'accent sur des interventions simples, mais à fort impact, en matière de soins de santé primaires, qui promettaient de sauver des vies dans les pays en développement. Ces interventions, portant sur la surveillance de la croissance des enfants, la réhydratation orale, l'allaitement au sein et la vaccination (GOBI), n'incluaient toujours pas les questions fondamentales liées à la santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires. Néanmoins, la communauté mondiale de la santé a fini par admettre l'importance d'autres interventions essentielles relatives aux soins primaires, et a convenu que la planification familiale devait être une priorité, au même titre que l'éducation des filles et l'alimentation complémentaire.

L'ajout de la planification familiale au programme mondial de santé primaire a préfiguré les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui cherchaient notamment à réduire le taux mondial de mortalité maternelle de 75 % entre 2000 et 2015. En 2005, cinq années après le lancement des OMD, l'ONU a accepté d'ajouter une autre cible : l'accès universel à la santé reproductive.

Les cibles relatives à la santé étaient disséminées dans quatre des huit OMD. Mais depuis 2015, avec le nouveau Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) et des 17 ODD qui l'accompagnent, toutes les cibles liées à la santé, y compris celles liées à la santé sexuelle et reproductive, font partie d'un seul et même objectif. Le fait de réunir toutes les cibles liées à la santé sous un même objectif a permis de renforcer l'idée d'un continuum

de soins qui inclut la sexualité et la procréation : prévention des grossesses non désirées, grossesse, accouchement, soins postnatals, petite enfance, enfance et principaux facteurs liés à l'eau et à l'assainissement.

Dans le cadre de cet objectif 3 — permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge d'ici à 2030 —, la cible 3.7 consiste à assurer l'accès de tous à des services et soins de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux.



La figure 4.6, qui illustre la couverture des interventions dans le secteur de la santé sur l'ensemble du continuum de soins dans les pays les plus pauvres où les besoins sont les plus grands, révèle que des progrès inégaux ont été accomplis dans certains domaines de la santé sexuelle et reproductive. Bien qu'elle reste

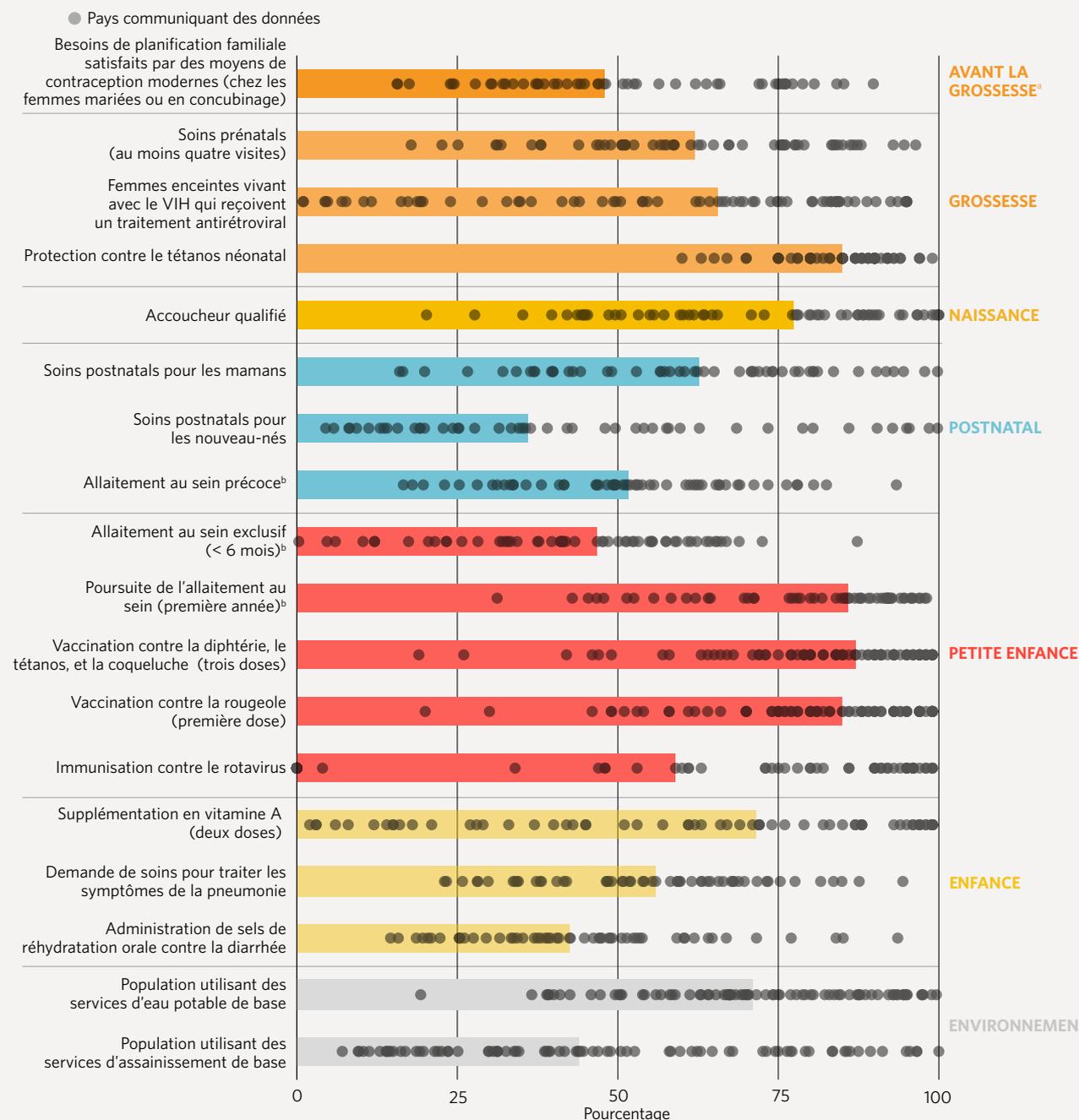
insuffisante, la couverture est meilleure en ce qui concerne l'accouchement et la vaccination programmable (UNICEF et OMS, 2017). La période qui précède la grossesse et celle qui suit un accouchement récent, qui sont des moments propices pour prendre une décision quant à d'éventuelles futures grossesses, restent négligées.

En octobre 2018, 40 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, les délégués qui ont participé à la dernière Conférence internationale sur les soins de santé primaires ont finalement reconnu le rôle central de la santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires. La déclaration formulée à l'issue de cette conférence affirme que les soins de santé primaires « fourniront un ensemble complet de services et de soins, notamment, mais non seulement, [...] des soins et des services qui promeuvent, protègent et améliorent la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la santé mentale, sexuelle et reproductive ».

La cible des ODD en faveur d'une couverture sanitaire universelle considère la planification familiale comme un indicateur clé, au même titre que les soins prénatals et obstétricaux et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces dernières années, la santé sexuelle et reproductive a été systématiquement intégrée aux indicateurs lors de l'élaboration des politiques de santé mondiales.

FIGURE 4.6 Lacunes majeures au niveau de la couverture des interventions

Couverture nationale médiane des interventions sur l'ensemble du continuum de soins parmi les pays, à partir des données disponibles de 2012 issues de l'initiative Countdown to 2030, laquelle suit les progrès réalisés dans 81 pays qui concentrent plus de 90 % des décès d'enfants de moins de 5 ans et 95 % des décès maternels du monde.



a Se rapporte à la prévention et à la planification des grossesses ; inclut la période précédant la première grossesse ainsi que les intervalles entre les grossesses, mais aussi la prise de décisions quant au fait de tomber enceinte ou non.

b Les indicateurs portant sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants servent d'indicateurs indirects de la couverture des programmes, pour lesquels des mesures ne sont pas disponibles.

Remarque : inclut uniquement les interventions pertinentes pour tous les pays de l'initiative Countdown. Les indicateurs liés au paludisme suivis par l'initiative Countdown ne sont pas présentés.

Source : taux de vaccination, Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; accès de la population à des services d'assainissement et d'eau potable de base, Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement ; traitement antirétroviral pour les femmes enceintes séropositives, base de données mondiale de l'UNICEF, juillet 2017, à partir d'estimations de 2017 issues du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; tous les autres indicateurs, base de données mondiale de l'UNICEF, juillet 2017, à partir des enquêtes démographiques et de santé, des enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales.



© UNFPA

prestataires avaient une attitude négative à l'égard de l'avortement dans la plupart des pays d'Asie du Sud-Est et d'Afrique subsaharienne ; des prestataires ont également indiqué qu'ils étaient stigmatisés par leur famille, leur communauté, leurs collègues et les décideurs lorsqu'ils pratiquaient des avortements (Rehnström Loi *et al.*, 2015).

Une éducation à la sexualité insuffisante

Le manque de connaissances des individus peut entraver l'accès aux services. Une mauvaise compréhension de la sexualité, du corps humain et de son

développement, des droits, de la dimension de genre et des rapports de force dans les relations, ou les idées fausses sur ces sujets peuvent faire obstacle à l'exercice des droits et à la liberté de choix des personnes.

L'éducation complète à la sexualité est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, affectifs, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité –,

de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie (UNESCO, 2018).

La mise en place, dès l'école primaire, d'une éducation complète à la sexualité adaptée à l'âge des enfants, présente de nombreux avantages ; cela aide notamment les enfants à reconnaître et à signaler les comportements inappropriés, tels que la maltraitance à leur égard, et favorise l'adoption d'attitudes saines vis-à-vis leur propre corps et de leurs relations. L'éducation complète à

la sexualité doit également être accessible aux enfants qui ne sont pas scolarisés.

Les données recueillies confirment que l'éducation à la sexualité n'encourage pas l'activité sexuelle, mais peut au contraire la retarder ; elle favorise également des comportements sexuels plus sûrs. Une analyse réalisée par l'UNESCO dans le cadre de l'élaboration de principes directeurs sur l'éducation complète à la sexualité a révélé que les programmes d'éducation à la sexualité organisés en milieu scolaire contribuaient au recul de l'âge du premier rapport sexuel, à des rapports sexuels moins fréquents, à une diminution du nombre de partenaires sexuels, à une réduction des comportements à risque et à une

utilisation accrue du préservatif et d'autres formes de contraception (UNESCO, 2018). Comme tous les programmes scolaires, l'éducation complète à la sexualité doit être dispensée en conformité avec les lois et les politiques nationales (UNFPA, 2016a).

Près de 80 % des 48 pays observés lors d'une récente étude ont mis en place des politiques et des stratégies qui appuient l'éducation complète à la sexualité (UNESCO, 2015a).

Vers un accès pour tous

Garantir l'accès aux informations et aux services est une priorité pour la communauté internationale. Au fil du temps, les décideurs, les praticiens et les militants ont

contribué à répondre à des questions importantes : « À quoi accède-t-on ? », « Qui y accède ? » et « Que signifie vraiment le terme « accès » en pratique ? ».

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire que chacun, partout, devrait avoir accès à des informations et à des services de qualité pour répondre à l'ensemble de ses besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, tout au long de sa vie. S'il est indéniable que des progrès remarquables ont été accomplis en vue d'atteindre cet objectif, sa réalisation complète reste inaccessible pour de nombreuses personnes en raison d'un manque de connaissances, de ressources ou de volonté politique, ou d'inégalités profondes entre les sexes.

ÉLÉMENTS CLÉS DU CHAPITRE

- Pour garantir le respect des droits et des choix de chacun, toutes les personnes ont besoin et méritent d'avoir accès à un ensemble complet d'informations et de services liés à la santé sexuelle et reproductive.
- Alors que les premiers programmes mettaient l'accent sur une plus grande *disponibilité* des contraceptifs pour les femmes du monde entier, le concept d'accès a évolué au fil du temps. Les militants, les praticiens et les décideurs ont contribué à répondre à des questions importantes : « À quoi accède-t-on ? », « Qui y accède ? » et « Que signifie vraiment le terme « accès » en pratique ? » À mesure que notre compréhension des obstacles à l'accessibilité s'améliore et que de nouveaux défis apparaissent, il devient nécessaire de soulever ces questions.
- Cette évolution du concept d'accès met en exergue les nombreux obstacles qui empêchent les personnes de bénéficier des informations et des services qui garantiraient leur santé, leur bien-être, et leurs droits et leurs choix dans leur vie sexuelle et reproductive.
- Même si des progrès importants ont été accomplis afin d'accroître l'accès aux services et aux informations qui permettent de garantir l'ensemble des droits et la santé en matière de sexualité et de procréation, ces avancées ont été variables et des inégalités subsistent. Les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive sont étroitement liées aux inégalités de revenus, à la qualité et à la couverture des systèmes de santé, aux lois et aux politiques, aux normes sociales et culturelles, ainsi qu'à l'accès à l'éducation à la sexualité.



UN OBSTACLE À L'ORIGINE DE TOUS LES AUTRES

Dans les années 1960, la révolution sexuelle, en grande partie favorisée par l'introduction de méthodes contraceptives fiables et sûres, était déjà bien avancée dans les pays riches. Au même moment, les nations en développement connaissaient des bouleversements socio-économiques qui ont radicalement transformé leurs sociétés.

Une évolution de la perception des rôles et des obligations imposés aux hommes et aux femmes a notamment été observée.

Dans le même temps, des féministes du monde entier, au rang desquelles Ela Bhatt, Sonia Montaña et Gloria Steinem, s'insurgeaient contre l'inégalité des sexes et ses répercussions sur la sexualité, sur l'inégalité au sein du foyer, sur les droits en matière de reproduction et sur la violence sexuelle. Aujourd'hui encore, cette vision plus globale de l'inégalité des sexes joue un rôle primordial dans les débats sur les droits en matière de reproduction.

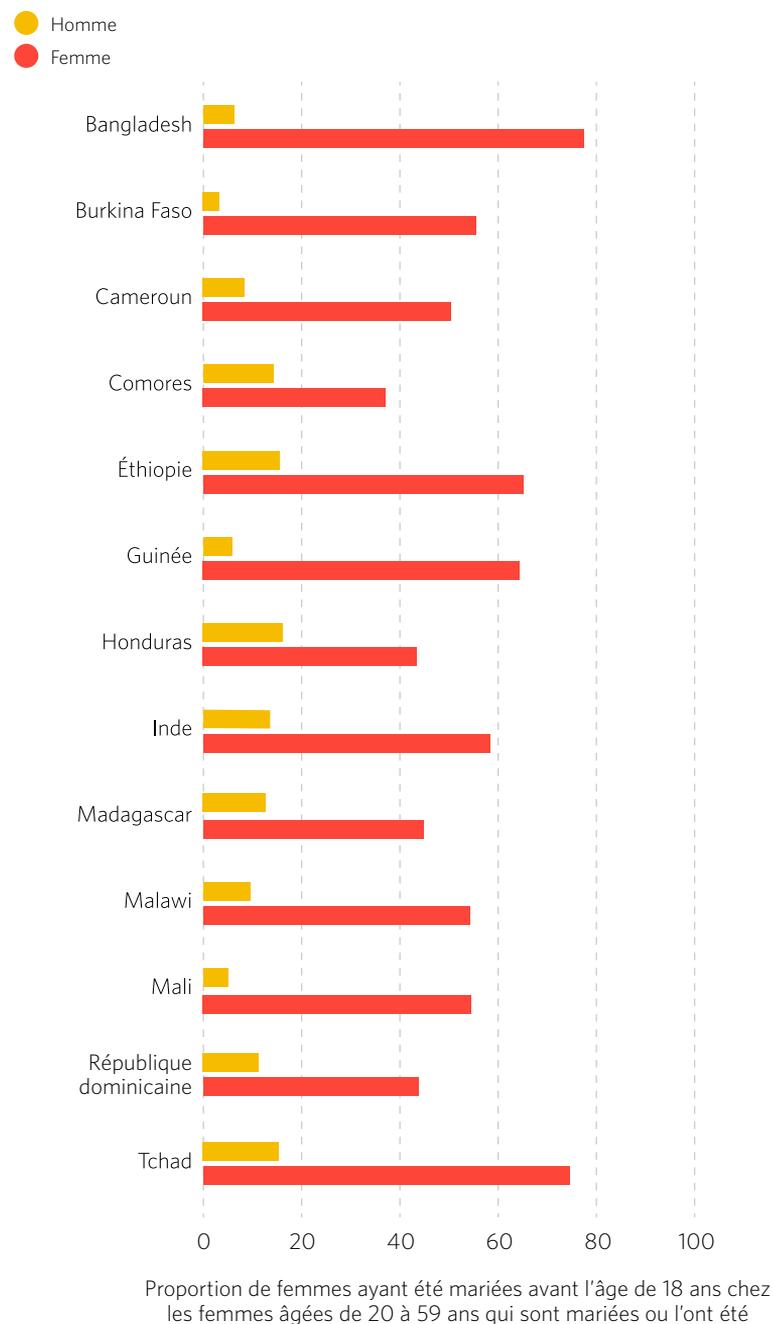
Parmi les obstacles qui compromettent le respect et l'exercice des droits fondamentaux, et notamment les droits en matière de reproduction, ceux liés au genre sont particulièrement tenaces.

Le genre renvoie aux attentes et aux normes sociales qui définissent les comportements, les rôles et les caractéristiques jugés acceptables de la part des hommes et des femmes. Le genre est acquis, internalisé et renforcé par les interactions sociales et influence de ce fait profondément tous les domaines de l'existence.

Bien que les représentations du genre varient selon le contexte, dans

presque toutes les sociétés les femmes (et les autres personnes dont l'identité de genre est non conforme) sont considérées comme inférieures aux hommes, si bien que la masculinité et la féminité sont associées à des degrés de pouvoir et d'autorité différents. Il en résulte, dans presque toutes les sociétés, une déresponsabilisation systématique des femmes et des personnes dont l'identité de genre est non conforme, qui peinent à exercer leur autonomie et leur libre arbitre dans presque tous les aspects de leur vie. Les normes de genre exercent une influence particulièrement forte dans le domaine de la reproduction.

FIGURE 5.1 Le mariage des enfants touche principalement les filles



Source : MacQuarrie et Edmeades, 2015.

Le genre influence les droits en matière de reproduction et vice versa

L'inégalité des sexes restreint la capacité des femmes à faire librement des choix aussi foncièrement importants que le moment des rapports sexuels, les partenaires intimes, le recours à la contraception ou aux soins de santé, la recherche d'emploi et le moment de celle-ci, ou la poursuite d'études supérieures. Les normes et les attentes inéquitables entre les sexes amplifient les effets négatifs des autres phénomènes faisant obstacle à l'exercice des droits et du libre arbitre. C'est le cas du mariage des enfants, qui touche beaucoup plus les filles que les garçons. Une fois mariée, la jeune fille a moins de chances de poursuivre ou d'achever sa scolarité, de sortir seule de chez elle, et de connaître son corps et ses droits. Elle est aussi plus exposée à la violence sexiste (figure 5.1). La restriction de sa mobilité, de sa scolarité et de ses connaissances renforce et perpétue à son tour l'inégalité des sexes.

Gagner le pouvoir de choisir

Globalement, les femmes n'ont jamais été mieux à même de maîtriser leur vie reproductive qu'à notre époque, ce qui influe profondément sur les individus et les sociétés. Pour les femmes en particulier, la possibilité de choisir le nombre et le moment des naissances les a libérées d'une existence dominée par la maternité et l'éducation des enfants, et a contribué à faire reculer l'inégalité des sexes.

À mesure que les choix en matière de reproduction ont pris de l'ampleur à travers le monde,

la fécondité a amorcé une baisse dans la plupart des régions. Cette baisse de la fécondité a amélioré non seulement la condition des femmes, notamment leur état de santé et celui de leurs enfants, leur niveau d'études et leur participation à l'emploi rémunéré, mais également la façon dont les femmes et les filles elles-mêmes sont perçues et valorisées au sein de la société et de leur foyer (Stoebenau *et al.*, 2013). Dans de nombreuses régions, cette avancée s'inscrit dans un cercle d'autonomisation vertueux : la démocratisation des méthodes fiables de maîtrise de la fécondité a fait progresser les droits des femmes dans d'autres domaines, ce qui a contribué à renforcer encore plus leur capacité à exercer pleinement leurs droits en matière de reproduction.

Le droit des femmes et des hommes de choisir librement le nombre, le moment et l'espacement des naissances est désormais presque universellement reconnu. À terme, la quasi-totalité des 4,3 milliards de personnes en âge de procréer que compte le monde aujourd'hui n'auront pas pu accéder aux services de santé sexuelle et reproductive au moins une fois dans leur vie (Starrs *et al.*, 2018). Or, cet accès dépend en grande partie des normes de genre prédominantes.

Pouvoir, expression et choix

Dans toutes les sociétés, la reproduction revêt une grande importance sociale et sa signification culturelle est très forte. Elle joue un rôle essentiel, car elle marque la transition entre les différents stades de la vie et est un élément

constitutif du statut social et de l'identité. Par conséquent, les comportements en matière de reproduction, notamment la composition de la famille et les comportements sexuels, sont régis par des normes, en particulier des normes de genre, qui influencent et cimentent les systèmes social, juridique et économique.

Les sociétés patriarcales se distinguent généralement par des normes sexuelles bien ancrées et omniprésentes (Heise *et al.*, à paraître), qui glorifient les prouesses sexuelles des hommes, tandis que les femmes sont honorées pour leur pureté et leur chasteté. Ces normes

et attitudes inéquitables entre les sexes sont souvent utilisées pour justifier de manière rationnelle le contrôle exercé sur la vie sexuelle et reproductive des femmes. Ce désir de préserver la pureté sexuelle des femmes est à l'origine d'un certain nombre de pratiques néfastes, telles que le mariage des enfants et les MGF, et est souvent invoqué par les hommes pour justifier la violence sexiste.

Les pratiques néfastes découlant des normes de genre inéquitables compromettent encore davantage l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et restreignent les droits et les choix des femmes dans tous les domaines de leur vie.



Une réalisatrice, éditrice et future maman vérifie sa pellicule au siège des Nations Unies. On peut apercevoir le symbole de l'Année internationale de la femme dans le fond et sur une enceinte, sur la droite. New York, 1974. © Photo des N.U./M. Faust

Violence sexiste : La violence à l'égard des femmes et des filles constitue une atteinte aux droits fondamentaux et un problème de santé publique dans tous les pays. Une femme sur trois dans le monde subira des violences physiques ou sexuelles au moins une fois dans sa vie (García-Moreno *et al.*, 2013). L'existence, voire la seule menace, de la violence fait que la santé sexuelle et reproductive des femmes est laissée à l'arbitrage des hommes, si bien que les femmes sont plus exposées au risque d'IST et de grossesse non désirée.

Mariage des enfants : Six cent cinquante millions de femmes en vie aujourd'hui auraient été mariées durant l'enfance. Le mariage des enfants prive les filles de leur pouvoir d'agir et de leur autonomie au sein du foyer et dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, diminue leurs chances de scolarisation, réduit leurs perspectives d'avenir et nuit à leur plein épanouissement. Les filles mariées sont moins susceptibles que les femmes adultes de recevoir des soins obstétricaux adaptés, ce qui, associé au fait que beaucoup d'entre elles ne sont pas physiquement prêtes à avoir un enfant, met en danger leur santé et celle de leur bébé. À cause du peu d'autonomie dont elles disposent s'agissant de la reproduction et de leur faible liberté de mouvement, les filles mariées sont moins à même de faire librement des choix en matière de santé reproductive et de consulter des prestataires de santé.

Le diktat de la fécondité et la préférence pour les garçons :

La reproduction est perçue comme l'un des fondements des idéaux sociaux de la masculinité comme de la féminité. Leur vie conjugale à peine entamée, les hommes et les femmes sont sommés de prouver leur fertilité et subissent une pression sociale considérable. On observe les mêmes tendances dans les régions où la préférence est donnée aux garçons, préférence qui reflète d'ailleurs des perceptions profondément ancrées et inéquitables de la valeur intrinsèque des hommes et des femmes. Dans ces régions, les femmes subissent une énorme pression quant au sexe de l'enfant à naître et peuvent faire l'objet de violences, être stigmatisées, voire répudiées si elles accouchent d'une fille. Dans ces conditions, les femmes jouissent d'un pouvoir, d'une capacité d'expression et d'un choix restreints, et ont de ce fait très peu d'autonomie.

Inégalité des sexes dans le droit et la pratique : La législation et les politiques sont souvent le reflet des valeurs sociétales sur le genre et peuvent entraver l'autonomie décisionnelle en matière de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, les prestataires de santé peuvent avoir l'interdiction de distribuer des contraceptifs aux filles ou aux femmes non mariées ; dans d'autres cas, la criminalisation des relations entre personnes du même sexe peut dissuader les membres de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transsexuelle et intersexuée (LGBTI) de consulter un professionnel de santé sexuelle et reproductive.

Une question de relations

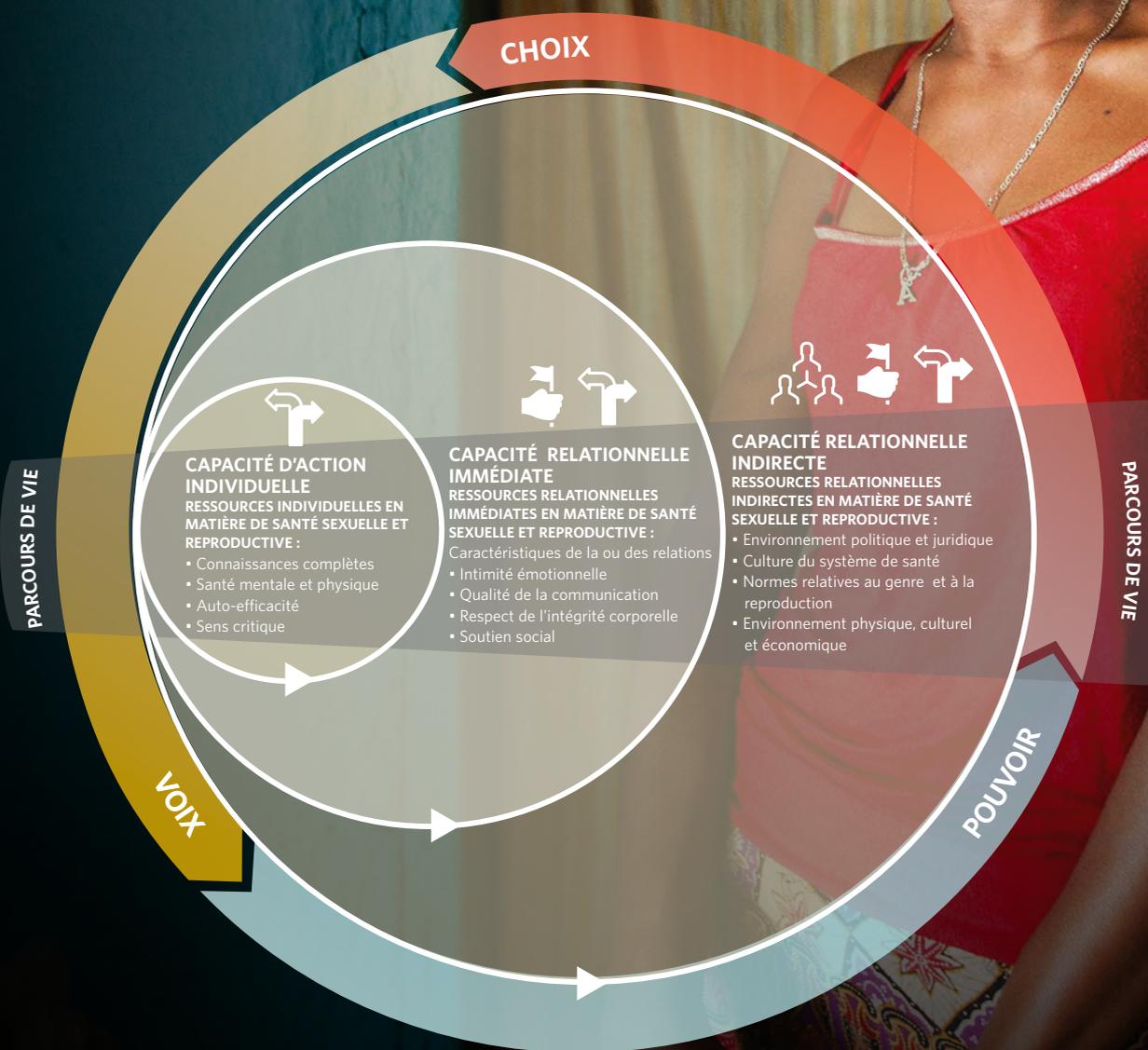
Les choix en matière de sexualité et de procréation et le rôle du genre dans la prise de ces décisions sont essentiellement relationnels, au sens où ils impliquent des interactions avec d'autres personnes – les partenaires sexuels ou amoureux, mais aussi les membres de la famille élargie, les membres de la communauté, ou les institutions (cliniques, hôpitaux, etc.). C'est dans le cadre de ces relations que se manifeste le pouvoir d'agir des individus (figure 5.2).

Trois grands aspects relationnels liés au genre entrent en jeu dans la prise de décisions en matière de sexualité et de procréation : le *pouvoir* de la personne, son *expression*, c'est-à-dire sa capacité à exprimer et défendre ses besoins et ses désirs, et la latitude dont elle dispose pour faire un *choix*. Pris ensemble, le pouvoir, l'expression et le choix déterminent le pouvoir d'agir d'une personne au sein d'une relation, que ce soit vis-à-vis d'une autre personne, d'une institution ou d'un organisme. Par exemple, une femme peut avoir un pouvoir d'agir considérable dans sa relation avec son mari, mais beaucoup plus faible dans sa relation avec son ou sa prestataire de santé, voire avec sa belle-mère.

Le pouvoir d'agir au sein d'une relation n'est pas le même à tous les niveaux. Par exemple, au niveau individuel, le pouvoir d'agir dépend des connaissances de la personne sur sa santé et sur ses droits en matière de sexualité et de procréation, qui lui permettent de mieux faire valoir ses points de vue et de faire des choix éclairés.

FIGURE 5.2

Le pouvoir d'agir dépend des relations avec les individus, les communautés et les institutions



Source : Edmeades et al., 2018



© Michele Crowe

Mais le pouvoir d'agir dépend aussi du respect physique que lui témoigne son ou sa partenaire et de la liberté de dialogue du couple au sujet de la contraception. Dans les relations plus éloignées, c'est-à-dire avec des institutions telles que le système de santé, voire l'économie, le pouvoir d'agir dépend de la satisfaction des besoins individuels. Les normes de genre jouent un rôle primordial dans toutes ces relations. Elles peuvent renforcer – ou affaiblir – le pouvoir d'agir dans tous les aspects de la vie, en particulier dans la prise de décisions en matière de sexualité et de procréation.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive et l'exercice des droits en matière de reproduction, il

convient non seulement d'anticiper les besoins des *femmes*, mais également de prendre en compte le fait que les décisions en matière de santé sexuelle et reproductive sont influencées par le *genre* et par la façon dont celui-ci se manifeste dans les relations, y compris avec les systèmes de soins de santé. La compréhension de ces dynamiques peut aider les prestataires de santé à mieux répondre aux besoins particuliers de chaque client.

L'évolution du genre dans la planification familiale

Sous l'impulsion des décideurs et des donateurs, soucieux de freiner la croissance démographique à la fin des années 1960, les premiers programmes de planification familiale visaient surtout à faire baisser la fécondité, et non pas à

permettre aux femmes d'exercer leur droit de choisir le moment et l'espace des grossesses.

C'est pourquoi les programmes mis en œuvre dans les années 1960 et 1970 s'occupaient surtout de distribuer des contraceptifs aux femmes, sans vraiment prêter attention aux besoins ni aux désirs des utilisateurs, hommes ou femmes, ni au contexte social ou aux problématiques de genre qui entouraient les décisions en matière de reproduction.

Ces programmes étaient, au mieux, indifférents à la question du genre, tandis que d'autres ont été jusqu'à favoriser la perpétuation des inégalités des sexes au nom de la démocratisation de la contraception et de la baisse de la fécondité.

Le fait que les femmes, et plus particulièrement les femmes mariées, aient été les premières cibles de la planification familiale a conforté la norme de genre voulant que la femme soit avant tout une épouse et une mère.

Les programmes incarnaient généralement la société patriarcale dans laquelle ils étaient mis en œuvre et ne se montraient guère attentifs aux dynamiques de genre entourant la prise de décisions en matière de reproduction ou le bien-être général des femmes. Les programmes ciblant les hommes étaient très peu nombreux et cherchaient uniquement à promouvoir l'usage du préservatif.

Au moment de la Conférence mondiale sur la population de 1974, les gouvernements, les féministes et d'autres groupes ont commencé à remettre en cause les ambitions essentiellement démographiques du mouvement international

Gita Sen

le réseau féministe « Femmes pour un nouveau mode de développement » (DAWN), qui rassemble des intellectuels et des défenseurs de l'égalité des sexes, et déploie des outils de recherche et d'activisme à même de faire progresser l'égalité de traitement des hommes et des femmes.

« Nous devons faire en sorte que le développement bénéficie aux femmes et aux filles, affirme-t-elle. Et lutter pour défendre les droits fondamentaux des femmes par tous les moyens possibles. »

Gita Sen a été l'une des figures de proue du mouvement de la société civile qui a définitivement changé le regard sur la population et le développement à l'occasion de la CIPD, en 1994. Jusqu'alors, la plupart des participants aux conférences sur la population, chargés de définir les cibles démographiques, étaient des hommes. Des termes tels que « sexe » et « reproduction » n'y étaient presque jamais entendus. Mais l'« irrésistible force du mouvement des femmes », comme l'appelle Gita Sen, s'est imposée au moment de la CIPD. Des milliers de militants des deux hémisphères y ont participé, si bien que la santé et les droits des femmes en matière de sexualité et de procréation sont devenus la priorité absolue.

« Vingt-cinq ans plus tard, les droits fondamentaux sont beaucoup plus menacés. Le contrecoup a été très rude pour les femmes et les féministes, estime Gita Sen. Cependant, le fait que le programme de la CIPD se poursuive aujourd'hui nous conforte dans l'assurance de notre réussite. »

Depuis longtemps, Gita Sen défend l'idée selon laquelle le véritable changement n'advient que lorsque les femmes se mobiliseront pour démanteler les structures de pouvoir en place et faire changer les modèles de développement. Il convient notamment de réorienter les économies, afin qu'elles ne dépendent plus du travail domestique non rémunéré effectué par les femmes ni de leur concentration dans les pires emplois faiblement rémunérés. Cet objectif va bien au-delà du partage équitable d'un gâteau « empoisonné ».

Quand on l'interroge sur son long combat pour l'égalité des sexes, Gita Sen finit par répondre : « Je pense que le fait de vivre une vie de femme a été mon moteur. Même enfant, j'étais consciente de l'inégalité des sexes et du contrôle exercé sur la façon d'être et de se conduire des filles. Ce n'était pas la même chose pour les garçons. Plus tard, lorsque j'ai compris comment fonctionnaient les structures de pouvoir et d'inégalité à l'échelle des sociétés et des économies — eh bien, il n'était plus question de revenir en arrière. »

Depuis 35 ans, l'économiste indienne Gita Sen remue ciel et terre pour que la pensée féministe prenne son rôle légitime au cœur des engagements nationaux et internationaux en faveur de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. Gita Sen dirige

« Nous devons faire en sorte que le développement bénéficie aux femmes et aux filles et lutter pour défendre les droits fondamentaux des femmes par tous les moyens possibles. »





© Photo des N.U./Milton Grant

pour la planification familiale. La révélation des atteintes aux droits fondamentaux et aux droits en matière de reproduction, la non-participation des personnes directement concernées par la planification familiale, et la négligence des grandes problématiques du développement socio-économique dans certains programmes de planification familiale ont fait naître dans les pays en développement un fort sentiment de scepticisme quant aux intentions du mouvement international pour la planification familiale. Les pays en développement ont donc convenu d'adopter une approche du développement plus globale incluant l'autonomisation des femmes, afin que celles-ci puissent décider elles-mêmes du nombre, du moment et de l'espacement des naissances.

Cette démarche a pris de l'ampleur dans les années qui ont suivi. La

Décennie des Nations Unies pour la femme (1976-1985) coïncidait globalement avec l'organisation par les Nations Unies de trois conférences mondiales sur les femmes (en 1975, 1980 et 1985), la création du Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et la signature de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Les réseaux créés à ces occasions ont jeté les bases d'une puissante alliance féministe, qui a influencé les stratégies du mouvement pour la planification familiale au cours des deux décennies suivantes.

Les droits en matière de reproduction ont fait un grand bond en avant durant la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), en 1994. Les questions du libre arbitre et de

la prise en compte du genre dans l'exercice des droits en matière de reproduction ont dominé l'événement.

En 2010, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) a vu le jour, afin de contribuer à la réalisation de l'objectif mondial en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes. En 2012, le *Rapport sur le développement dans le monde*, publié chaque année par la Banque mondiale, portait spécifiquement sur l'inégalité des sexes. L'organisation affirmait que la question du genre était au cœur du développement et que l'égalité des sexes constituait une valeur intrinsèque plutôt qu'un outil au service de la croissance économique ou d'autres ambitions (Banque mondiale, 2012). Enfin, en 2015, les Nations Unies ont entériné

Genre et vulnérabilité : adolescents, minorités sexuelles et personnes handicapées

Les effets des normes sexospécifiques sont davantage ressentis par certains groupes, soit que le contrôle de leur sexualité et de leur comportement reproductif est jugé particulièrement important, soit que leur comportement n'est pas conforme aux attentes sociales prédominantes. Ces répercussions sur la santé et sur les droits en matière de sexualité et de procréation peuvent être profondes, avec de sérieuses conséquences sur la santé.

Adolescents

À l'adolescence, la pression de la socialisation de genre, c'est-à-dire lorsque les filles et les garçons apprennent à se comporter d'une façon socialement acceptable pour leur sexe, est particulièrement forte (John *et al.*, 2017). Cependant, cette période de la vie se caractérise également par un niveau de pouvoir, d'expression et de choix particulièrement faible, ce qui pose des problèmes spécifiques en matière d'accès aux services (Patton *et al.*, 2016), notamment chez les filles.

Les adolescents ont des besoins particuliers en matière de santé sexuelle et reproductive. Ils ne sont pas toujours bien informés des questions de santé ni des moyens d'accéder aux soins, ce qui les empêche de se prémunir contre les grossesses et les IST. La proscription sociale des rapports sexuels chez les adolescents, en particulier s'ils ne sont pas mariés, ne fait qu'accroître le coût social et la stigmatisation en cas de recours aux services de santé et la crainte du non-respect de la confidentialité durant la prestation. Elle se double d'une restriction juridique de l'accès aux services. Enfin, de nombreuses adolescentes sont mariées durant l'enfance, ce qui constitue une violation fondamentale de leurs droits. Le mouvement de la planification familiale a longtemps négligé leur sort — bien plus que celui des adolescentes en tant que groupe — en dépit de leurs besoins criants et du fait qu'elles sont concernées par la finalité globale du mouvement.

Les femmes et les jeunes handicapés sont confrontés à de multiples formes de discrimination, notamment la discrimination sexiste.

Personnes handicapées

Les femmes et les jeunes handicapés sont confrontés à de multiples formes de discrimination, notamment la discrimination sexiste. Bien qu'elles soient rares, les données ventilées par handicap, par sexe et par âge sont indispensables pour appréhender la situation des personnes handicapées et adapter les politiques publiques. Les données recueillies à travers le monde sur la violence sexuelle et sexiste, et sur la santé et les droits en matière

de sexualité et de procréation des femmes et des jeunes handicapés, révèlent que leurs droits sont gravement menacés. Les jeunes handicapés âgés de moins de 18 ans sont presque quatre fois plus exposés au risque de maltraitance que leurs pairs non handicapés. Les jeunes handicapés mentaux, en particulier les filles, sont les plus menacés.

Les filles et les jeunes femmes handicapées sont plus susceptibles de subir des violences que les garçons et les jeunes hommes handicapés ou que les filles et les jeunes femmes non handicapées.

Minorités sexuelles

Les membres de la communauté LGBTI ont plus de difficultés à accéder aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive. Dans la plupart des sociétés, où les normes sexuelles imposent un comportement hétérosexuel axé sur la reproduction, ces personnes sont constamment l'objet d'attitudes stigmatisantes et discriminatoires, risquent d'être condamnées pour leurs pratiques sexuelles et sont extrêmement touchées par la violence sexuelle (Starrs *et al.*, 2018). Par conséquent, elles refusent souvent de dévoiler leur orientation ou leurs activités sexuelles aux professionnels de santé et ne reçoivent donc pas les soins de qualité dont elles auraient pourtant besoin. Les membres de la communauté LGBTI continuent d'être tenus à l'écart de la planification familiale, une marginalisation qui reflète le préjudice dont ils font l'objet et la perception selon laquelle la reproduction et les questions reproductives ne les concernent pas.

le Programme 2030 et ses 17 ODD, dont l'une des cibles vise à « assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation ». Les ODD sont assortis de plusieurs indicateurs

de mesure des progrès relatifs au genre.

L'objectif 5 est de parvenir à l'égalité

des sexes et

à l'autonomisation des femmes et des filles, notamment en intégrant les recommandations du programme d'action de la CIPD dans les plans, les politiques et les programmes nationaux.



Remettre en cause le statu quo en favorisant les programmes égalitaires

Les programmes de santé sexuelle et reproductive tenant compte de l'influence du genre sur le pouvoir d'agir dans les relations humaines doivent être mieux à même d'aider les femmes et les hommes à exercer leurs droits en matière de reproduction (Edmeades *et al.*, 2018).

D'immenses progrès ont été accomplis en ce qui concerne le respect des droits en matière de reproduction depuis 1969. Cependant, la réalisation des progrès futurs passera par la remise en cause directe des liens entre genre et reproduction et des normes sociales patriarcales qui les resserrent. Les programmes de planification familiale, par exemple, peuvent contribuer au changement en revisitant la notion de genre, de façon

à promouvoir l'égalité et à donner aux individus une plus grande liberté de choix en matière de sexualité et de procréation. Un certain nombre d'approches prometteuses ont été élaborées ; elles sont de bon augure pour la réalisation de ces objectifs.

Afin d'atteindre une égalité totale, il convient de mobiliser les hommes au même titre que les femmes et de les intégrer pleinement dans cette démarche, de sorte que les hommes et les femmes puissent prendre en main leur santé et appuyer l'autonomie des femmes (Hook *et al.*, 2018).

Le programme *Mobilizing Men*, qui a contribué au recul de la violence à l'égard des femmes en Inde, au Kenya et en Ouganda, a notamment adopté cette approche (Greig et Jerker, 2012).

Le programme *MenCare*, mis au point par Promundo et Sonke Gender Justice, en est un autre exemple. Il vise à remettre en cause les normes traditionnelles relatives aux tâches domestiques, en encourageant les hommes à assumer des rôles traditionnellement considérés comme féminins et en leur donnant les moyens d'y parvenir, en vue d'améliorer le bien-être, l'égalité des sexes et la santé en général. Dans la même veine, l'École des maris, fondée au Niger, encourage les maris à parler de leur santé sexuelle et reproductive et de celle de leur femme. Cette initiative a obtenu d'excellents résultats.

Bien que la participation des hommes au processus d'évolution des relations hommes-femmes soit essentielle à la promotion des droits en matière de reproduction sur le long terme, il est tout aussi important de poursuivre l'autonomisation des

femmes et des filles afin qu'elles atteignent leur plein potentiel. Parmi les changements intervenus au cours des vingt dernières années dans ce domaine, la hausse impressionnante de la scolarisation des filles et de leur maintien dans le système scolaire contribuera sans doute le plus efficacement à l'évolution des normes de genre. La scolarisation et l'apprentissage peuvent s'avérer particulièrement déterminants pour les filles : elles prennent conscience de leur place au sein de la société et de ce qui la définit ; elles acquièrent des compétences et des connaissances leur permettant d'exprimer leur point de vue et de défendre leurs intérêts au sein de leurs relations ; et elles sont à l'abri des pratiques néfastes, telles que le mariage des enfants. D'autres programmes efficaces, tels que *Abriendo Oportunidades*, mis en œuvre au Guatemala par le Conseil de population, aident les filles à réussir leur passage à l'âge adulte et leur ouvrent des perspectives qui peuvent littéralement changer leur vie.

L'éducation complète à la sexualité permet également de faire évoluer les normes de genre : les personnes reçoivent des informations adaptées à leur âge sur la sexualité et la procréation, mais également sur le genre et le pouvoir dans les relations. L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et l'UNFPA financent des programmes d'éducation complète à la sexualité au sein d'établissements scolaires et d'organisations communautaires dans des dizaines de pays en développement (Haberland, 2015). Les garçons et les filles qui

Lise-Marie Dejean

« J'ai grandi dans un environnement où la vie des femmes était toujours mise de côté, se souvient Lise-Marie Dejean. Les femmes étaient constamment rappelées à l'ordre par les hommes et avaient tendance à croire que leur corps ne leur appartenait pas. »

Elle poursuit d'un ton animé : « Il nous a fallu déconstruire les mythes et les mentalités, et aider les femmes à prendre soin de leur corps et de leur santé. »

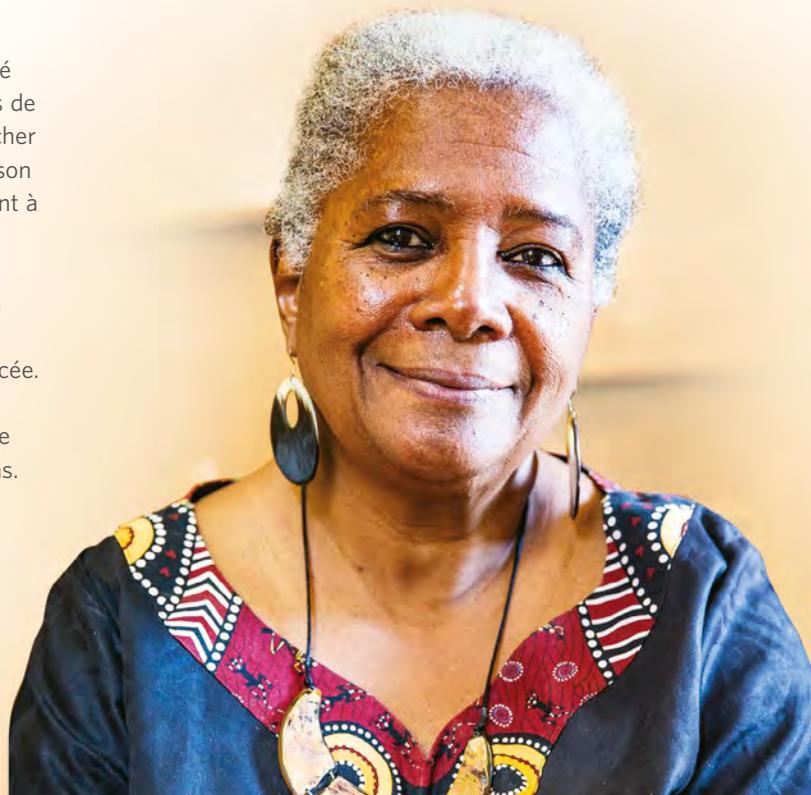
Lise-Marie Dejean, 75 ans, est très connue en Haïti pour son engagement en faveur des droits des femmes. Elle est née peu de temps après la création, en 1934, de la première organisation féministe du pays, qui a milité pour le droit des femmes à l'éducation et à la participation politique, notamment le droit de vote. Elle se rappelle les réunions de femmes auxquelles elle assistait en compagnie de sa mère. Mais ce n'est qu'une fois son diplôme de médecine en poche qu'elle a découvert l'ampleur de la mortalité maternelle en Haïti et a véritablement pris la mesure de la discrimination sexiste et de l'absence de droits en matière de reproduction dans le pays.

Lise-Marie Dejean a alors décidé de mettre ses compétences médicales au service des communautés les plus démunies et reculées d'Haïti, prenant le temps de voir les patients un à un et de former des sages-femmes afin d'élargir l'offre de soins médicaux. Elle a ensuite pris la direction de Solidarite Fanm Ayisyèn (SOFA), une grande organisation de femmes haïtiennes, et a contribué à la mise en place de cliniques pour femmes dans les bidonvilles surpeuplés. Son inlassable travail de plaidoyer a favorisé la dépénalisation de l'avortement. Lise-Marie Dejean rappelle que les avortements clandestins et non médicalisés sont à l'origine d'environ un tiers des décès maternels. « C'est un combat pour la vie des femmes », précise-t-elle.

« C'est une belle avancée. Le fait qu'une personne soit psychologiquement prête à se défendre en tant qu'être humain constitue une grande victoire. Cette personne ne se perdra pas. Elle ne permettra à personne de la piétiner. »

La CIPD de 1994 a constitué un véritable tournant pour les femmes haïtiennes. Elle a notamment débouché sur la création du premier ministère à la Condition féminine et aux Droits des femmes, dirigé par Lise-Marie Dejean. Celle-ci a reçu des menaces de mort, et des manifestations ont eu lieu pour empêcher la mise en place du ministère. Aujourd'hui encore, son existence est régulièrement mise en cause, obligeant à une vigilance constante.

Lise-Marie Dejean reste inébranlable. « Les femmes commencent à se percevoir comme des personnes ayant des droits, déclare-t-elle. C'est une belle avancée. Le fait qu'une personne soit psychologiquement prête à se défendre en tant qu'être humain constitue une grande victoire. Cette personne ne se perdra pas. Elle ne permettra à personne de la piétiner. »



AGENT DU CHANGEMENT

Sivananthi Thanenthiran

la plupart acquis dans les années 1960 et que les femmes et leur corps avaient reçu suffisamment d'attention. Elle choisit plutôt de participer à des initiatives pionnières lancées en Malaisie, son pays natal, telles que la Women's Candidacy Initiative, qui soutenait les candidates politiques engagées en faveur des droits des femmes.

Mais en 2006, alors qu'elle rédigeait un livre sur la santé reproductive en Asie, elle fut scandalisée par ce qu'elle découvrit en consultant les statistiques et les habitants.

« Je n'en revenais pas que ces combats fussent encore si vifs et si présents. Il fallait que je fasse quelque chose. »

Sivananthi Thanenthiran a rejoint les militantes du Centre de ressources et de recherche pour les femmes de la région Asie-Pacifique (*Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, ARROW*), dont elle est devenue la directrice exécutive. Ce centre milite dans 17 pays pour la défense et la protection de la santé et des droits des femmes en matière de sexualité et de procréation, afin qu'elles aient les mêmes droits que les autres citoyens dans tous les domaines de la vie.

Que ce soit sur les réseaux sociaux ou dans les grands débats politiques internationaux, Sivananthi Thanenthiran est devenue une référence, traquant la moindre faille quant aux droits en matière de sexualité et de procréation et faisant le rapprochement avec les facteurs aggravants, tels que la pauvreté et le changement climatique. Dans un monde morcelé et marqué par de profondes inégalités, elle est parvenue à mobiliser les populations et les décideurs, afin de lutter contre ce qu'elle appelle la « liquidation » des droits sociaux, minés par la lutte engagée pour l'appropriation des ressources, entre autres économiques, de plus en plus rares.

Sivananthi Thanenthiran est fière des jeunes féministes qui ont pris la relève du mouvement, y compris au sein du centre ARROW. Elles ont hérité d'un monde où l'égalité des sexes est plus reconnue que jamais.

Mais le combat est loin d'être fini, prévient-elle. Son issue dépend pour beaucoup de notre courage et de notre capacité à rester unies. « On n'obtient rien sans se battre. Nous devons nous faire entendre et aller résolument de l'avant. »

« On n'obtient rien sans se battre. Nous devons nous faire entendre et aller résolument de l'avant. »



apprennent à échanger librement sur la sexualité peuvent ensuite construire des relations dans lesquelles les deux partenaires expriment leurs désirs et leurs préférences, de manière ouverte et respectueuse, ce qui a des effets positifs sur la vie relationnelle des femmes comme des hommes ainsi que sur la reproduction.

Afin d'atteindre l'objectif global de l'autonomisation pour tous, la communauté de la santé sexuelle et reproductive devra renouveler son engagement et intégrer davantage le rôle du genre et l'influence des rôles et des attentes sexospécifiques sur les interactions sociales dans les programmes de santé sexuelle et reproductive. C'est uniquement

en éliminant ces causes profondes qu'elle pourra déclarer que l'humanité est vraiment libérée de ce que Goldberg (2009) décrivait comme l'« union tyrannique de la culture et de la biologie », une libération qui reste l'un des plus grands desseins de l'histoire humaine.

ÉLÉMENTS CLÉS DU CHAPITRE

- Parmi les obstacles qui compromettent le respect et l'exercice des droits fondamentaux, et notamment les droits en matière de reproduction, ceux liés au genre sont particulièrement tenaces.
- Le genre renvoie aux attentes et aux normes sociales qui définissent les comportements, les rôles et les caractéristiques jugés acceptables de la part des hommes et des femmes. Le genre est acquis, internalisé et renforcé par les interactions sociales et influence de ce fait profondément tous les domaines de l'existence.
- L'inégalité des sexes restreint la capacité des femmes à faire librement des choix aussi foncièrement importants que le moment des rapports sexuels, les partenaires intimes, le recours à la contraception ou aux soins de santé, la recherche d'emploi et le moment de celle-ci, ou la poursuite d'études supérieures.
- Les normes de genre limitent les droits en matière de reproduction des hommes, incités par la société à prouver leur fertilité, à adopter des comportements à risque et à avoir beaucoup d'enfants.
- Les normes et les attentes inéquitables entre les sexes amplifient les effets négatifs des autres phénomènes faisant obstacle à l'exercice des droits et du libre arbitre.
- Les choix en matière de sexualité et de procréation et le rôle du genre dans la prise de ces décisions sont essentiellement relationnels, au sens où ils impliquent des interactions avec d'autres personnes — les partenaires sexuels ou amoureux, mais aussi les membres de la famille élargie, les membres de la communauté, ou les institutions (cliniques, hôpitaux, etc.).
- Les droits en matière de reproduction ne peuvent pas être pleinement appliqués sans une plus grande égalité des sexes.
- Les programmes de santé sexuelle et reproductive qui tiennent compte de l'influence du genre sur le pouvoir d'agir dans les relations et cherchent à promouvoir l'égalité des sexes sont mieux à même d'aider les femmes et les hommes à exercer leurs droits en matière de reproduction.



QUAND LES SERVICES S'EFFONDRENT

Depuis le milieu des années 1990, les États, les organisations d'aide et les institutions internationales interviennent davantage auprès des femmes et des adolescentes dont les choix sont restreints à cause des guerres et des catastrophes naturelles.

Cette question prioritaire fait désormais l'objet d'un consensus international plus large, en raison de la multiplication des conflits prolongés et de l'intensification des catastrophes climatiques depuis le début des années 2000. Les États se sont successivement engagés à résoudre les problèmes de santé reproductive et de violence sexiste survenant en situation de crise, et les intervenants ont perfectionné leur maîtrise des pratiques vitales.

Des difficultés multiples

Les besoins humanitaires ont atteint un niveau historique. À l'échelle mondiale, près de 136 millions de personnes ont eu besoin d'aide humanitaire en 2018 et 91 millions ont reçu une aide en 2017 (Bureau de la coordination des affaires humanitaires [OCHA], 2018).

Le nombre de réfugiés, de migrants et de déplacés augmente régulièrement ces dernières années, principalement à cause des conflits de longue durée – qui sont à la fois un facteur et une conséquence de la fragilité des pays –, des tempêtes mortelles liées au dérèglement climatique et de phénomènes imprévisibles, tels que les séismes.

L'insécurité, la perte du logement et la perturbation des services d'eau, d'alimentation, d'assainissement et de santé plongent les populations sinistrées dans des situations extrêmement difficiles. Beaucoup sont contraintes de fuir et traversent d'autres épreuves au cours de leur voyage. D'autres se morfondent dans des camps de réfugiés, parfois pendant des décennies.

Dans les pays en situation d'urgence, plus de 500 femmes et filles meurent chaque jour durant la grossesse et l'accouchement, en raison de la pénurie

d'accoucheurs qualifiés, de l'absence de procédures obstétricales d'urgence et de la pratique d'avortements non médicalisés (UNFPA 2018b).

L'insécurité et le déplacement augmentent le risque de viol, d'exploitation et d'acquisition du VIH, notamment chez les femmes, les adolescents, les personnes handicapées et les personnes se définissant comme lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles ou intersexuées.

Bien que les motifs et l'ampleur du déplacement varient considérablement entre les pays et à l'intérieur de leurs frontières, ce sont toujours les États les plus défavorisés qui en pâtissent le plus et le plus longtemps. Selon l'Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC), la pauvreté, l'inégalité, l'instabilité politique, la fragilité des États, le stress hydrique, l'insécurité alimentaire, le changement climatique,



la dégradation de l'environnement, le développement non durable et la mauvaise qualité de l'urbanisme se conjuguent différemment selon les pays, renforçant l'exposition et la vulnérabilité des populations. Les auteurs trouvent notamment une forte corrélation entre le faible niveau de développement humain et le risque de déplacement dû à une catastrophe (IDMC, 2018).

Les données centralisées par les organismes des Nations Unies, la Commission européenne, les États, et les ONG révèlent que le risque de crise humanitaire et de catastrophe susceptibles d'excéder la capacité d'intervention nationale est élevé dans au moins 12 pays (figure 6.1 ; CPI et Commission européenne, 2019).

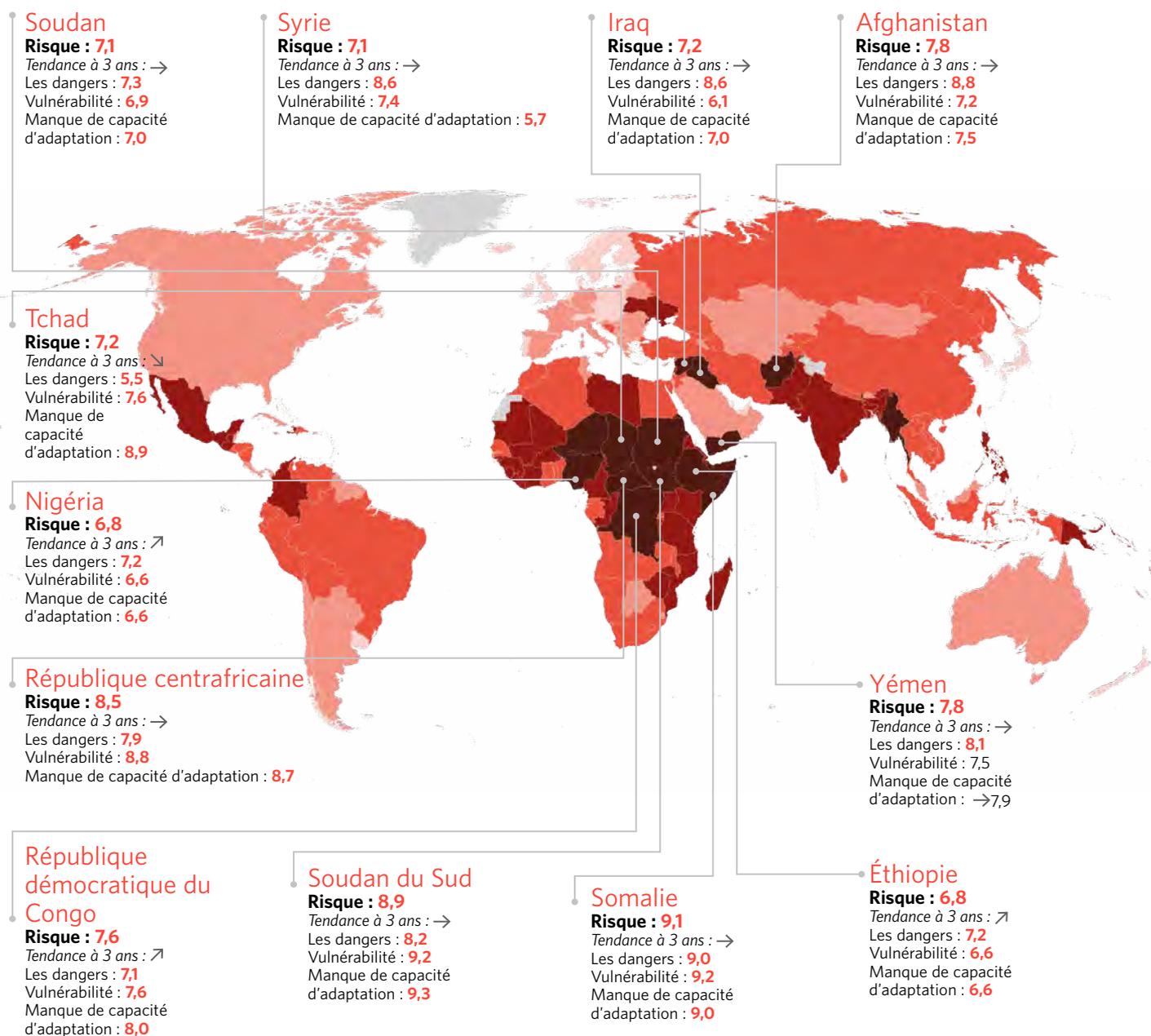
Crises prolongées : la nouvelle norme

Les guerres touchent systématiquement la population civile et ont souvent entraîné des exodes. En 1969, au moment de la création de l'UNFPA, la guerre du Biafra plongeait le pays dans une famine et une crise humanitaire sans précédent. En 1994, l'année de la CIPD, le conflit en ex-Yougoslavie et la guerre civile au Rwanda ont fait des centaines de milliers de morts parmi les civils.

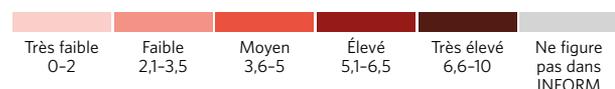
Aujourd'hui, les crises prolongées sont devenues la nouvelle norme selon *l'Aperçu de la situation humanitaire mondiale 2018* publié par l'OCHA (OCHA, 2018). Les déplacements à long terme dus à des conflits sans issue ont provoqué une hausse sans précédent du nombre de personnes déplacées, de réfugiés et de migrants ces dernières années, suscitant un besoin d'aide grandissant et des difficultés croissantes pour les acteurs humanitaires.

FIGURE 6.1 Les crises humanitaires et les catastrophes risquent d'excéder la capacité d'intervention des pays

L'indice mondial de gestion des risques INFORM 2019 comporte trois dimensions : dangers et exposition, vulnérabilité et manque de capacité d'adaptation. La carte ci-dessous présente les 12 pays où le niveau de risque global est le plus élevé. La légende s'appuie sur la base de données de l'Indice mondial de gestion des risques INFORM 2019.



INDICE DE GESTION DES RISQUES INFORM



↗ Risque croissant → Stable ↘ Risque décroissant

En République arabe syrienne, la guerre civile a entraîné le déplacement de plus de la moitié de la population en huit ans.

Fin 2017, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) recensait 2,6 millions de réfugiés originaires d'Afghanistan, 2,4 millions du Soudan du Sud, et près d'un million de Somalie (HCR, 2018).

Au Yémen, qui fait actuellement face à la pire crise humanitaire de la planète, l'économie, les services sociaux et les moyens de subsistance ont été balayés par le conflit. Quatre Yéménites sur cinq, soit 22 millions de personnes, sont dans le besoin, dont beaucoup au bord de la famine (OCHA, 2018).

En 2017, les conflits armés, le terrorisme et la violence communautaire ou politique ont entraîné le déplacement de près de 12 millions de personnes dans le

monde, contre 6,9 millions en 2016. Les catastrophes climatiques ont fait 18 millions de déplacés (IDMC, 2018). Début 2018, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) dénombrait 40,3 millions de personnes déplacées à cause des conflits et 22,5 millions de réfugiés, un record (OIM, 2017).

En 2018, sur les 21 situations de crise humanitaire où intervenait l'UNFPA, 19 résultaient principalement d'un conflit. La plupart durent depuis au moins cinq ans et trois (en République démocratique du Congo, en Somalie et au Soudan), depuis plus de 18 ans (OCHA, 2018). Le nombre de personnes déplacées de force a augmenté de plus de 50 % au cours de la dernière décennie.

En 2017, 655 500 Rohingyas ont fui les purges ethniques au Myanmar et se sont réfugiés au Bangladesh.

La même année, 2,9 millions de Syriens, 2,2 millions de Congolais et 1,4 million d'Iraqiens ont été déplacés en raison d'un conflit (IDMC, 2018).

Il arrive que les effets des conflits prolongés, internes ou externes, perdurent après la cessation des hostilités. En 2017, la Colombie comptait le plus grand nombre de déplacés (7,7 millions de personnes) malgré la signature du traité de paix en 2016.

Les conflits à grande échelle provoquent généralement l'effritement de l'autorité et l'effondrement de l'économie, nécessitant une aide humanitaire de grande ampleur que rend plus difficile encore la menace sécuritaire. Les populations réfugiées dans des zones instables risquent d'être à nouveau touchées par la violence et le déplacement, chaque



épisode érodant un peu plus leur capacité de résilience (IDMC, 2018).

Les personnes qui fuient la violence sont plus susceptibles de rester dans leur pays que de s'exiler. De nombreuses personnes déplacées depuis longtemps s'installent dans les communautés d'accueil, souvent dans les villes, ce qui entraîne la saturation des services et complique la tâche des organismes de secours.

Catastrophes climatiques

Les évacuations dues aux inondations, aux tempêtes, aux sécheresses et aux incendies sont plus massives que lors d'un conflit, cependant la plupart sont de courte durée. Depuis 2008, les phénomènes climatiques, essentiellement des typhons et des ouragans, entraînent en moyenne 25 millions de déplacements par an (figure 6.2).

Les petits pays et les États insulaires sont exposés à un risque croissant d'effondrement socio-économique en raison des catastrophes naturelles (OIM, 2017).

On s'attend à une hausse de la pauvreté et de l'austérité – et, par conséquent, des déplacements – dans certaines régions du globe à mesure que le changement climatique s'intensifie. Les peuples autochtones et les communautés locales, notamment ceux des régions les moins avancées, dépendent de l'agriculture et des ressources côtières et sont à ce titre particulièrement vulnérables.

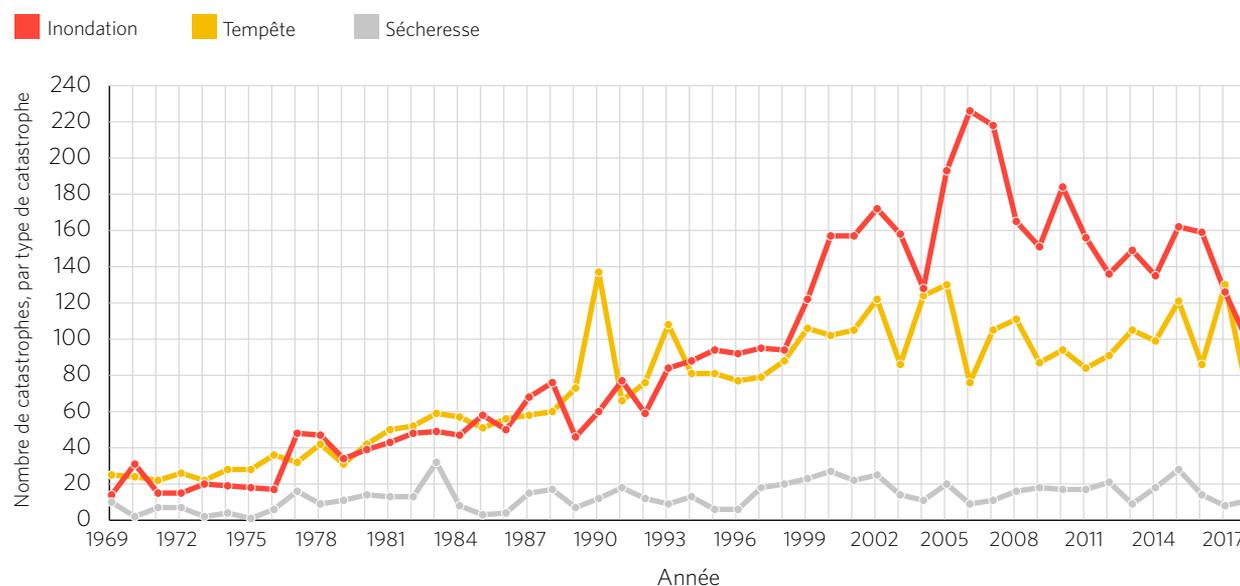
Le changement climatique est également considéré comme un facteur de risque de maladies infectieuses (Ebola et Zika, entre autres), compte tenu de la propagation des vecteurs de maladie et de la concurrence que se livrent les humains et les animaux

pour l'appropriation des habitats et des ressources en déclin (Deese et Klain, 2017). Les épidémies survenues en Afrique de l'Ouest, et plus récemment en République démocratique du Congo, ont dévasté les communautés déjà affaiblies par les conflits.

Des millions de déplacés

Les déplacements dus aux conflits et à la pauvreté ont contribué à la montée en flèche des migrations internes et internationales ces dernières années. Bien que les réfugiés et les personnes déplacées représentent un pourcentage relativement modeste de l'ensemble des migrants, ils se trouvent souvent dans une situation d'extrême vulnérabilité et la plupart d'entre eux ont besoin d'aide et de protection (OIM, 2017).

FIGURE 6.2 Catastrophes par type, 1969-2017



Source : EM-DAT : base de données Emergency Events Database - Université catholique de Louvain (UCL) — CRED, D. Guha-Sapir — www.emdat.be, Bruxelles, Belgique

La situation des migrants ayant fui les conflits au Moyen-Orient et en Afrique est particulièrement dramatique. Des milliers d'entre eux sont morts en mer Méditerranée en tentant de rejoindre l'Europe. Depuis la fermeture des voies de transit en Europe, les migrants ont recours à des passeurs, et beaucoup sont menacés d'exploitation ou de traite des êtres humains (OIM, 2017).

Les femmes et les adolescents, une population à risque

Les crises humanitaires – qu'elles résultent d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle – provoquent toujours l'effondrement des systèmes et, par conséquent, l'accroissement des multiples besoins en matière de protection et de services. Dans leur hâte de nourrir et de mettre à l'abri au plus vite les populations sinistrées, les secours ne prennent pas toujours en compte la vulnérabilité ni les graves dangers auxquels sont exposées les femmes et les filles en situation de crise.

Vivre une catastrophe naturelle ou fuir la violence peut s'avérer traumatisant pour les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge. Les traumatismes et la malnutrition peuvent mettre en péril la grossesse, et de nombreuses femmes connaissent une fausse couche ou un accouchement prématuré en situation d'urgence. L'absence des conditions d'hygiène les plus élémentaires durant l'accouchement augmente le risque d'infection mortelle chez la mère et le bébé (UNFPA, 2004). Les complications survenant au moment de l'accouchement en l'absence d'un

accoucheur qualifié ou de soins obstétricaux d'urgence entraînent souvent la mort ou de graves lésions, telles que la fistule obstétricale.

À Cox's Bazar, au Bangladesh, dans le camp de réfugiés le plus densément peuplé du monde, une mère rohingya sur cinq seulement accouche dans un centre de santé, alors qu'il existe plusieurs dispensaires où exercent des dizaines de sages-femmes qualifiées. Certaines femmes seraient confinées dans leur maison de fortune par leur mari ; d'autres, victimes de viol, auraient peur de la stigmatisation et de la discrimination dont elles pourraient faire l'objet au sein de leur communauté (UNFPA Bangladesh, 2018).

La perturbation des services de planification familiale menace également des vies. Les femmes sexuellement actives n'ayant pas accès à la contraception en raison de la pénurie des services ou de restrictions juridiques sont exposées au risque de grossesse non désirée et d'IST, notamment le VIH. Beaucoup de femmes enceintes ont recours à l'avortement non médicalisé, qui est l'une des principales causes de mortalité et de complications médicales chez les mères. Même lorsqu'ils sont légalement autorisés, les services d'avortement médicalisé sont souvent absents ou réduits au minimum en situation de crise, et les services de soins vitaux après un avortement sont la plupart du temps indisponibles.

Les conditions de déplacement et l'éclatement des familles exposent les femmes et les filles au risque de viol et d'agression, en particulier les adolescentes, les handicapées, et les membres des minorités ethniques et sexuelles. Selon une étude récente,

au moins une femme réfugiée ou déplacée sur cinq subit des violences sexuelles dans les situations de crise humanitaire complexes, bien que celles-ci soient rarement signalées (Vu *et al.*, 2017). Traumatisées physiquement et psychologiquement, les survivantes risquent également de se retrouver enceintes contre leur gré et de contracter des IST, notamment le VIH.

Les personnes handicapées sont particulièrement exposées à la violence sexuelle et risquent d'avoir plus de difficultés à obtenir de l'aide en cas d'agression. Les hommes et les garçons ne sont pas à l'abri des risques. De plus, les normes qui dissuadent les femmes et les filles de signaler une agression peuvent s'avérer encore plus réhibitoires dans leur cas (Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2018).

La peur des agressions sexuelles, de l'exploitation ou de la maltraitance entrave la mobilité de nombreuses femmes réfugiées et déplacées. Certaines familles en grande détresse espèrent protéger leurs filles contre la violence en les mariant.

Élaborer des interventions fondées sur les droits et les choix

Les acteurs humanitaires n'ont pas toujours accordé autant d'attention aux besoins et aux vulnérabilités des femmes qu'au besoin de logement et de nourriture.

Il faudra attendre les années 1990 pour que les droits et les besoins des femmes et des filles touchées par les crises soient pris en compte de façon plus systématique (Chynoweth, 2015).

AGENT DU CHANGEMENT

Nadine Alhraki

et son mari ont fui le pays comme 5 millions de leurs compatriotes. Ils ont trouvé refuge dans l'immense camp de Za'atari, en Jordanie.

Trois jours après son arrivée, bien qu'elle soit elle-même bouleversée, Nadine Alhraki s'est engagée comme bénévole auprès de Questscope, une organisation humanitaire œuvrant auprès des jeunes. Elle a reçu une formation sur l'éducation et l'accompagnement des jeunes et des adolescents en matière de santé reproductive. « Ces questions sont importantes pour tout le monde, que l'on soit réfugié ou non, affirme Nadine Alhraki. Nous savons que les jeunes de notre communauté ne sont pas correctement informés et qu'ils ne bénéficient pas des services dont ils ont besoin. »

Nadine Alhraki anime des séances éducatives au centre d'accueil de Questscope, par exemple sur la maternité sans risque, à destination des jeunes hommes et femmes âgés de 18 à 24 ans, et sur les étapes de la puberté, à destination des jeunes de moins de 18 ans. L'atmosphère conviviale contribue à susciter des échanges animés sur des questions pratiques, par exemple ce qu'une fille doit faire quand elle a ses premières règles. C'est souvent la première fois que les jeunes résidents du camp entendent parler de santé reproductive.

« Lorsque les gens se rendent compte qu'ils étaient mal informés, reçoivent les bonnes informations et prennent conscience de ce en quoi cela peut changer leur vie, c'est une véritable révolution », poursuit Nadine Alhraki.

Les participants apprennent à remettre en cause les stéréotypes, y compris ceux liés au genre, et à formuler et mettre en pratique leurs idées. Nadine Alhraki se souvient notamment du jour où les jeunes ont distribué aux parents des porte-bébé, en leur expliquant que les maris pouvaient aider leur femme à s'occuper des enfants.

« Lorsque les gens se rendent compte qu'ils étaient mal informés, reçoivent les bonnes informations et prennent conscience de ce en quoi cela peut changer leur vie, c'est une véritable révolution. »

Désormais enceinte de son premier enfant, Nadine Alhraki est bien décidée à poursuivre son action auprès des jeunes du camp de Za'atari. Cependant, son plus grand rêve est que son enfant ne grandisse pas en tant que réfugié. Et qu'il ou elle accède sans problème à des services de santé de qualité, reçoive une bonne éducation et soit parfaitement informé(e) sur la santé reproductive.

Elle ajoute en riant : « Bien sûr, j'enseignerai à mon enfant tout ce que je sais, maintenant que je suis une experte ! »



Le premier *Manuel des situations d'urgence*, publié en 1982 par le HCR, stipulait que les soins de santé primaires prodigués aux communautés déplacées devaient inclure la prise en charge de la mère et de l'enfant, notamment la planification familiale. Dans la pratique, cependant, les services de contraception étaient généralement absents (Wulf, 1994).

En 1991, le HCR a publié les *Lignes directrices pour la protection des femmes réfugiées*, qui explicitent les questions de protection dans le cadre des instruments normatifs internationaux, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Outre la « [protection] contre le retour forcé dans leur pays d'origine, contre les attaques armées et autres formes de violence, contre la détention injustifiée et indûment prolongée ; [...] un statut juridique qui leur confère des droits économiques et sociaux appropriés ; le minimum nécessaire [...] en matière d'alimentation, d'abri, de vêtements et de soins médicaux », le HCR indique que « les femmes, adolescentes et fillettes réfugiées ont besoin d'une protection spéciale du fait de leur sexe : elles doivent, par exemple, être protégées contre les manipulations, les violences et l'exploitation sexuelles et physiques, ainsi que contre la discrimination sexuelle en ce qui concerne la distribution des biens et des services » (HCR, 1991).

En 1994, la Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés a publié un rapport influent, intitulé *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities* (Femmes réfugiées et soins de santé reproductive : revoir les

priorités). On a pu ainsi repérer des lacunes importantes touchant la prise en charge des femmes, notamment en ce qui concerne l'éducation à la sexualité, la planification familiale, la prévention du VIH et l'éducation en la matière, les protections hygiéniques, et les services d'aide aux survivantes d'agression sexuelle, de viol et de prostitution forcée (Wulf, 1994).

La CIPD a fait date, car elle a favorisé la prise de conscience du pouvoir d'agir des femmes en matière de sexualité et de procréation à l'échelle mondiale. Les recommandations du Programme d'action de la CIPD relatives à la protection de la santé et des droits en matière de reproduction englobent les personnes déplacées, les réfugiés et les migrants touchés par la dégradation de l'environnement, les catastrophes naturelles et les conflits internes. Les États sont appelés à « étudier les causes profondes des migrations, surtout celles liées à la pauvreté ». Les États sont également appelés à protéger les personnes qui « en raison du caractère involontaire de ces mouvements [...] se trouvent fréquemment dans des situations particulièrement vulnérables, en particulier les femmes, qui peuvent être exposées aux viols et aux agressions sexuelles dans les situations de conflit armé ». Par ailleurs, indique le programme, « des mesures devraient être prises pour veiller à ce que les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays bénéficient [...] de services de santé de base, y compris de services de santé en matière de reproduction et de planification familiale » et les réfugiés devraient recevoir « des services de santé, y compris la planification familiale » (Nations Unies, 2014a).

L'examen quinquennal des progrès de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD (1999) approfondit la question de la protection et de la santé sexuelle et reproductive des réfugiés et des personnes déplacées (Nations Unies, 1999).

Définir des normes en matière de soins de santé reproductive

En 1995, une quarantaine d'organisations de secours intergouvernementales, gouvernementales et non gouvernementales ont créé le Groupe de travail interinstitutions sur la santé reproductive en situations de réfugiés, depuis rebaptisé « Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise ». Cette coalition, dirigée conjointement par l'UNFPA et le HCR, a élaboré des directives d'intervention aux différents stades d'une crise, sur la maternité sans risque, la violence sexuelle et sexiste, les maladies sexuellement transmissibles (notamment le VIH) et la planification familiale. Ces directives sont détaillées dans le *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (HCR, 1999).

Ce manuel s'articulait autour du principe suivant : « Des services de santé reproductive doivent être disponibles dans toutes les situations et tenir compte des besoins des populations réfugiées et de leurs demandes, en particulier des femmes. Ces services doivent également respecter les diverses croyances religieuses, les convictions morales ainsi que les références culturelles des réfugiés, tout en appliquant, pour ce qui est des droits de l'homme,



Bien que les réfugiés et les personnes déplacées représentent un pourcentage relativement modeste de l'ensemble des migrants, ils se trouvent souvent dans une **situation d'extrême vulnérabilité** et la plupart d'entre eux ont besoin d'aide et de protection.

© UNFPA/N. Batev

les normes internationalement reconnues. »

Au fil des années, le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise s'est imposé comme l'un des principaux artisans de la prise en compte des questions de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise, et l'un des premiers fournisseurs de normes techniques sur la prestation de services, et de données à l'intention des décideurs. La coalition compte désormais 20 organismes siégeant au comité directeur et plus de 2 000 membres issus de 450 organismes.

Les services de base en situation de crise

Dans son manuel de terrain, le groupe de travail définit le « dispositif minimum d'urgence (DMU) », un outil influent regroupant les

activités principales de prévention de la mortalité et de la morbidité. Le DMU s'applique à toutes les situations d'urgence et doit être mis en œuvre par du personnel qualifié dès le début de la crise.

Le DMU s'organise autour des objectifs suivants : i) désigner une organisation chef de file chargée de coordonner les activités de santé reproductive et d'appuyer l'action des partenaires ; ii) prévenir la violence sexuelle, et prodiguer des soins médicaux et un soutien psychosocial aux survivants ; iii) réduire la transmission du VIH, en veillant à la sécurité des transfusions sanguines et en distribuant gratuitement des préservatifs ; iv) prévenir la mortalité maternelle et néonatale, en mettant en place des services d'urgence et des services d'orientation à temps complet et en distribuant des kits

d'accouchement hygiénique ; v) prévenir les grossesses non prévues en s'appuyant sur diverses méthodes de contraception et de sensibilisation ; vi) mettre en place des services complets de santé sexuelle et reproductive le plus rapidement possible.

Le plaidoyer mené par les partenaires du groupe de travail a permis de généraliser le recours au DMU. Le dispositif figure désormais dans les documents suivants : le manuel Sphère, qui contient des principes appliqués par de nombreux acteurs humanitaires ; les critères de survie du Fonds central des Nations Unies pour les interventions d'urgence, qui visent à déterminer les actions rapides à mettre en œuvre en priorité en cas de catastrophe ; et les directives en matière de santé du Comité permanent interorganisations (CPI), qui assure la coordination

des programmes de secours des organismes des Nations Unies et des ONG (CPI, 2009).

Dans la version révisée du manuel de terrain (2018), la prévention des grossesses non prévues – en s'appuyant sur des méthodes contraceptives à effet court ou prolongé, et sur la communication d'informations et de conseils – est considérée comme un critère de survie distinct, et non comme une composante de la santé maternelle. La maîtrise de la fécondité est également reconnue comme un atout indispensable pour l'éducation, la protection, l'acquisition de compétences pratiques et la subsistance des femmes et des filles. L'avortement médicalisé – lorsqu'il est légalement autorisé – est inclus comme une priorité distincte. Le manuel contient également des directives sur la transition entre l'aide d'urgence et les services complets de santé sexuelle et reproductive, et un chapitre consacré à la logistique. Il met aussi davantage l'accent sur la question de la violence sexiste.

Fait important, la version de 2018 rappelle que la prestation de services complets de santé sexuelle et reproductive auprès des populations touchées par les crises constitue un impératif du point de vue des droits fondamentaux, lequel coïncide avec les obligations et les directives internationales de protection des droits édictées par de multiples organes politiques.

Les Nations Unies ont adopté le Programme d'action pour l'humanité à l'occasion du Sommet mondial sur l'action humanitaire organisé à Istanbul en 2016. L'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et

aux droits en matière de reproduction figure au nombre des principaux engagements pris en faveur de l'égalité, de même que la mise en place d'une approche mondiale coordonnée de prévention et de prise en charge de la violence sexiste dans les contextes de crise. Les États signataires ont multiplié les engagements à mettre en œuvre et à financer des activités dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Lutter contre la violence sexuelle

Parallèlement à l'attention croissante portée à la santé sexuelle et reproductive des femmes en situation d'urgence, les acteurs humanitaires se concentrent davantage sur la violence sexuelle et ses répercussions, en particulier durant un conflit. L'horreur suscitée par le recours massif au viol comme arme de guerre en ex-Yougoslavie, au Rwanda, en Sierra Leone et au Libéria dans les années 1990, et en République démocratique du Congo après 1998, a poussé la communauté internationale à agir.

La Déclaration et le Programme d'action de Beijing, adoptés en 1995 lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, appellent les États à prendre des mesures pour tenir compte du « lien étroit qui existe entre les atteintes massives aux droits de l'homme, notamment sous la forme de génocide, de nettoyage ethnique, de viols systématiques [des femmes] en temps de guerre, d'exodes de réfugiés et d'autres déplacements de populations, et le fait que les femmes réfugiées, déplacées et rapatriées peuvent être victimes de formes particulières de

violations des droits de l'homme » (Nations Unies, 1995a).

Le Statut de Rome (1998) portant création de la Cour pénale internationale (CPI) définit les viols et les violences sexuelles commis dans le cadre d'une attaque systématique lancée contre toute population civile comme des crimes contre l'humanité et des crimes de guerre (CPI, 1998).

En 2000, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté la résolution 1325, demandant aux États membres de faire en sorte que les femmes participent davantage à la prévention des conflits et à la promotion de la paix et de la sécurité. Le Conseil demande également « à toutes les parties à un conflit armé de prendre des mesures particulières pour protéger les femmes et les petites filles contre les actes de violence sexiste, en particulier le viol et les autres formes de sévices sexuels ».

Dans la résolution 1820 adoptée en 2008, le Conseil de sécurité stipule que « les femmes et les filles sont particulièrement victimes de la violence sexuelle utilisée notamment comme arme de guerre pour humilier, dominer, intimider, disperser ou réinstaller de force les membres civils d'une communauté ou d'un groupe ethnique ». La violence sexuelle est considérée comme une menace pour la sécurité et un obstacle au rétablissement de la paix. Une attention particulière doit par conséquent être accordée aux effets de la violence sexuelle dans le cadre de la reconstruction et du relèvement. Le Conseil de sécurité a développé ces thématiques dans des résolutions ultérieures.

Dans le même temps, les organismes de secours ont accordé

une priorité croissante à la prévention de la violence sexuelle et à la satisfaction des besoins des survivants, l'un des principaux objectifs du DMU. La violence sexiste, telle qu'elle est définie dans la version révisée du manuel du Groupe de travail interinstitutions, englobe le viol, l'exploitation/les abus sexuels, la prostitution forcée, la traite, le mariage précoce et forcé, les MGF, les crimes d'honneur, la violence domestique, la violence exercée par un partenaire intime, les pratiques néfastes fondées sur l'orientation ou l'identité sexuelle, et la maltraitance des personnes âgées. Cette version du manuel contient également des orientations relatives à la création d'espaces sécurisés au sein des établissements de santé, où les survivants reçoivent des soins médicaux adaptés et sont éventuellement redirigés vers

des services d'accompagnement psychosocial et juridique.

Pactes mondiaux sur les migrants et les réfugiés

Le premier Sommet sur les réfugiés et les migrants s'est tenu sous les auspices de l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2016. L'objectif était d'élaborer une feuille de route visant à rehausser la responsabilité et la fluidité du dispositif de prise en charge des migrants.

Dans la Déclaration de New York, l'Assemblée réaffirme que le Programme 2030 s'engage à « ne laisser personne de côté », notamment les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants. Les États membres se sont engagés à réserver « un accueil axé sur l'individu, prévenant, humain, digne, respectueux de la problématique hommes-femmes et

prompt à toutes les personnes qui arrivent dans nos pays », à protéger les droits fondamentaux de ces personnes et à renforcer la diplomatie préventive. Ils se sont également engagés à « [tenir] compte de la problématique hommes-femmes » dans les politiques relatives à la migration, à « [lutter] contre la violence sexuelle et sexiste » et à « [faciliter] l'accès [des populations touchées par les crises] aux services de soins de santé sexuelle et procréative » (Nations Unies, 2016).

Le sommet a donné le coup d'envoi des négociations de deux accords plus complets : le Pacte mondial sur les réfugiés, approuvé par l'Assemblée générale lors de sa session de 2018, et le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, adopté en décembre 2018 lors d'une conférence intergouvernementale tenue à Marrakech, au Maroc.

© SOPA Images/Getty Images





© UNFPA Myanmar/B. Manser

Ces deux pactes contiennent des engagements pour la lutte contre la violence sexiste. En revanche, aucun ne fait explicitement mention des soins de santé sexuelle et reproductive (Nations Unies, 2018 et 2018a).

Interventions d'urgence de l'UNFPA

Conformément au mandat qui lui est confié dans le Programme d'action de la CIPD, l'UNFPA se concentre sur la santé et les droits des femmes et des filles en matière de sexualité et de procréation, même en temps de crise et d'urgence.

L'UNFPA s'est mobilisé pour intégrer systématiquement la santé reproductive dans les opérations de sauvetage des programmes d'aide internationale, et a contribué de près à l'élaboration des normes qui encadrent aujourd'hui les interventions de santé reproductive et de lutte contre la violence sexiste dans de nombreux contextes. L'organisation a aidé les pays en reconstruction à intégrer une offre de soins de santé reproductive dans leur nouveau système de santé. Elle accompagne également les pays dans leur préparation aux crises.

En concertation avec les pouvoirs publics et les organisations de la société civile locales, l'UNFPA aide les pays à renforcer leur système de santé en amont des crises et tout au long des situations d'urgence prolongées, en constituant des stocks de fournitures de première nécessité, en améliorant la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et en formant les équipes nationales au stockage, au transport et à l'utilisation des produits de santé reproductive.

Après le séisme qui a frappé le Népal en 2015, les intervenants ont pu acheminer rapidement les fournitures médicales prépositionnées dans des lieux stratégiques. Des fournitures destinées aux îles du Pacifique vulnérables face aux catastrophes ont été entreposées dans les Îles Fidji et en Australie, prêtes à être acheminées en cas de besoin (UNFPA, 2018c). Au Soudan du Sud, où peu d'établissements de santé sont fonctionnels, des trousseaux médicolégales pour les cas de viol et des produits de santé reproductive sont entreposés sur cinq sites d'approvisionnement (UNFPA, 2018c).

L'UNFPA est le premier distributeur mondial de fournitures et de matériel de santé reproductive emballés, prêts pour distribution, et adaptés à des situations et des besoins divers. Par exemple, les kits de planification familiale contiennent des préservatifs, des contraceptifs oraux et injectables, et des dispositifs intra-utérins. Les trousseaux de santé maternelle et néonatale contiennent du matériel et des produits médicaux indispensables pour réaliser un accouchement médicalisé et prodiguer des soins obstétricaux d'urgence complets. D'autres kits permettent de soigner les IST, de prendre en charge les fausses couches et d'effectuer des transfusions sanguines.

En situation de crise, l'UNFPA prend en charge en priorité les besoins des adolescentes en matière de sexualité, de procréation et de protection. En 2009, l'UNFPA et Save the Children ont publié un guide pratique sur la prise en charge des adolescentes dans le cadre du DMU (UNFPA, 2009).

Dans le cadre de ses interventions humanitaires, l'UNFPA met en place des espaces réservés aux filles, où elles peuvent acquérir des compétences pratiques, s'informer sur leur santé et être redirigées vers les services dont elles ont besoin. L'organisation seconde également les cliniques mobiles et les équipes de sensibilisation qui en ont besoin dans la prestation de services et la distribution de fournitures, notamment de contraceptifs. Les adolescents sont consultés et participent à la distribution des kits de dignité, à la collecte des données et à la communication entre pairs (UNFPA, 2016).

L'UNFPA assure également souvent la coordination de la prévention de

la violence sexiste, de l'atténuation des risques et des interventions en situation de crise humanitaire. Les agents de santé apprennent à réaliser des prestations vitales de qualité, notamment à soigner les personnes ayant subi un viol, de manière prévenante et confidentielle. Les centres de santé et les cliniques mobiles sont approvisionnés en produits médicaux, notamment en contraceptifs d'urgence et en traitements prophylactiques post-exposition au VIH.

Renforcer la résilience

La protection des femmes et des filles et de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de procréation en situation de crise est désormais une priorité acquise partout dans le monde. Cependant,

l'atteinte de cet objectif dépend de la réussite du Programme 2030. Les sociétés doivent devenir plus résilientes afin d'être en mesure de prévenir, d'affronter et de surmonter la violence et les catastrophes. Pour cela, elles ont besoin de ressources plus abondantes, d'outils plus perfectionnés et d'une collaboration internationale plus poussée, afin de résorber les multiples carences à l'origine de la croissance exponentielle des besoins humanitaires. La montée des inégalités, les conflits prolongés, le changement climatique et les divers phénomènes démographiques (croissance démographique, migration, urbanisation et vieillissement) rendent cette tâche encore plus difficile.

Bien au-delà des besoins d'intervention, des investissements massifs et des engagements plus

forts en faveur du développement durable, de la consolidation de la paix, de la lutte contre le changement climatique et de la réduction des risques de catastrophe sont également nécessaires.

Comme le fait observer un groupe d'experts sur le financement humanitaire dans un rapport au Secrétaire général des Nations Unies datant de 2016 : « La meilleure façon de gérer les besoins humanitaires croissants est de s'attaquer à leurs causes profondes [...]. Car le développement est le meilleur vecteur de résilience [...]. Le peu d'aide publique au développement (APD) dont nous disposons à l'échelle mondiale devrait aller là où les besoins sont les plus pressants – dans les situations de fragilité. » (Nations Unies, 2016a)

ÉLÉMENTS CLÉS DU CHAPITRE

- Les crises humanitaires — qu'elles résultent d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle — provoquent toujours l'effondrement des systèmes et, par conséquent, l'accroissement des multiples besoins en matière de protection et de services. Dans leur hâte de nourrir et de mettre à l'abri au plus vite les populations sinistrées, les secours ne prennent pas toujours en compte la vulnérabilité ni les graves dangers auxquels sont exposées les femmes et les filles en situation de crise.
- Vivre une catastrophe naturelle ou fuir la violence peut s'avérer traumatisant pour les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge. Les traumatismes et la malnutrition peuvent mettre en péril la grossesse, et de nombreuses femmes connaissent une fausse couche ou un accouchement prématuré en situation d'urgence.
- Dans les pays en situation d'urgence, plus de 500 femmes et filles meurent chaque jour durant la grossesse et l'accouchement, en raison de la pénurie d'accoucheurs qualifiés, de l'absence de procédures obstétricales d'urgence, et de la pratique d'avortements non médicalisés.
- Depuis le milieu des années 1990, les États, les organisations d'aide et les institutions internationales interviennent davantage auprès des femmes et des adolescentes dont les choix sont restreints à cause des guerres et des catastrophes naturelles.
- La CIPD a fait date, car elle a favorisé la prise de conscience du pouvoir d'agir des femmes en matière de sexualité et de procréation à l'échelle mondiale. Les recommandations du Programme d'action de la CIPD relatives à la protection de la santé et des droits en matière de reproduction englobent les personnes déplacées, les réfugiés et les migrants touchés par la dégradation de l'environnement, les catastrophes naturelles et les conflits internes.

RIGHTS

meaning that a person needs



DES INSTITUTIONS ET DES FINANCEMENTS POUR GARANTIR LES DROITS ET LE LIBRE ARBITRE

En 1969, rares étaient les pays dotés de politiques démographiques ou d'institutions pour les mettre en œuvre (Nizamuddin, 2002). Cependant, cette idée a fait son chemin. L'un après l'autre, les pays se sont penchés sur les interactions en jeu entre les dynamiques démographiques et le développement, et ont commencé à les prendre en compte.

Le nombre de pays dotés de politiques de réduction de la fécondité est passé de 40 en 1976 à 54 en 1986, puis à 82 en 1996 (Nations Unies, 2015a).

Certains pays ont confié la direction de leur programme ciblé de distribution de contraceptifs au ministère de la Santé. D'autres ont préféré créer des comités sur la planification familiale ou des commissions sur la population indépendants, afin d'ouvrir rapidement des services avec les

apports des donateurs. Enfin, dans beaucoup d'autres pays, l'État et les organisations de la société civile ont assuré conjointement la distribution des contraceptifs, en particulier auprès des populations mal desservies.

Les institutions ont dû progressivement s'adapter afin de répondre aux besoins croissants, de diversifier les services de santé sexuelle et reproductive et de permettre aux femmes d'exercer leurs droits en matière de reproduction.

Des obstacles précoces

Certains programmes de planification familiale étaient placés sous la tutelle du ministère de la Santé et concentraient la quasi-totalité de leurs services dans les cliniques et les hôpitaux urbains. Les zones isolées n'étaient pas toujours desservies en raison de la précarité des infrastructures. Même les établissements urbains manquaient de ressources et de personnel qualifié, si bien que de larges pans de la



population nationale avaient peu, voire pas du tout, accès aux services de contraception de qualité.

Par ailleurs, vu que les donateurs occidentaux assumaient une grande part des coûts de distribution des contraceptifs, les services reflétaient souvent leurs préférences et n'étaient donc pas toujours adaptés aux besoins des femmes. Certains donateurs finançaient la construction de cliniques, d'autres des programmes de distribution sans aucun lien avec les infrastructures du ministère de la Santé, et d'autres encore des projets de recherche et de démonstration (Robinson et Ross, 2007).

La coordination des premiers programmes démographiques s'est avérée très problématique. La mise en œuvre était répartie entre plusieurs institutions nationales : le ministère de la Santé gérait la prestation des services cliniques ; le bureau central de la statistique s'occupait des recensements et des enquêtes ; le ministère de l'Éducation élaborait le programme d'enseignement des établissements scolaires et des centres de formation ; le ministère de l'Information gérait les campagnes d'éducation publique ; et le ministère de la Planification ou des Finances veillait à l'octroi des budgets. Dans certains pays, les unités de planification démographique ou les commissions nationales sur la population prêtaient main-forte aux institutions, mais les capacités étaient souvent insuffisantes. Ce morcellement administratif des programmes rendait plus difficiles la prestation des services et la communication des informations dont les femmes avaient besoin pour exercer leurs droits en matière de reproduction.

En outre, les premiers programmes de planification familiale disposaient

de très peu de données pour déterminer le contenu des programmes ou évaluer l'incidence des initiatives. Dans les années 1970, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a contribué à la mise en place de nombreux bureaux centraux de la statistique. Depuis, la portée et la qualité des données épidémiologiques et comportementales sur la santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement se sont considérablement améliorées.

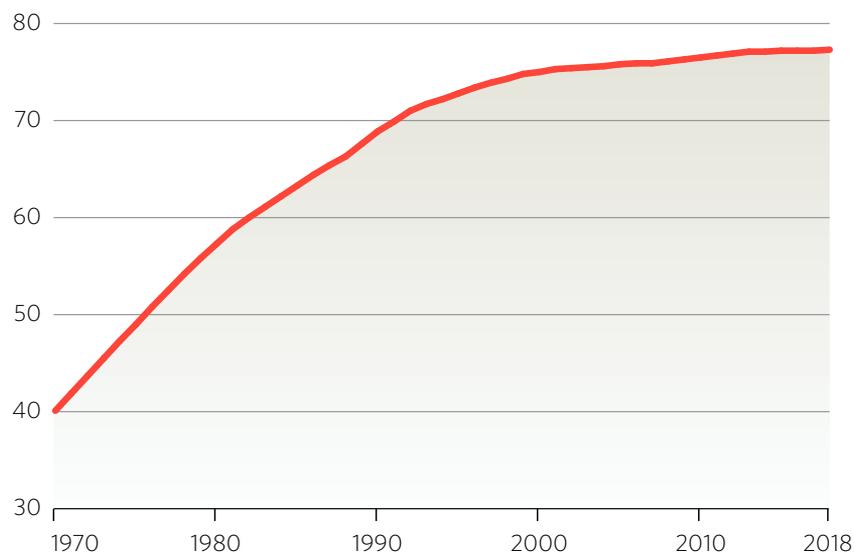
Toutefois, la collecte et l'analyse des données concernant certains phénomènes, résultats et morbidités laissent toujours à désirer : c'est le cas notamment de l'avortement, de la violence interpersonnelle, des IST, de la fistule obstétricale, de l'incontinence, des rapports sexuels douloureux et des dysfonctionnements sexuels.

Des avancées progressives

Les programmes de planification familiale se sont élargis, d'abord lentement dans les années 1970, puis plus rapidement au cours des décennies suivantes. En 1970, par exemple, environ 40 % des besoins de planification familiale étaient satisfaits en utilisant une méthode contraceptive moderne dans les régions en développement (figure 7.1). Ce pourcentage est passé à 57 % en 1980, 69 % en 1990, 75 % en 2000, et avoisine désormais 77 % (Nations Unies, 2018b).

Cette progression reflète le « niveau d'effort » croissant des gouvernements en faveur de leurs programmes de planification familiale. En 1972, des chercheurs ont mis au point une échelle de mesure de l'effort des programmes, utilisée depuis régulièrement dans la plupart

FIGURE 7.1 Besoins de planification familiale satisfaits en utilisant des méthodes contraceptives modernes : pourcentage de femmes mariées ou en concubinage, 1970-2018



des pays en développement. Cet indice de l'effort du programme de planification familiale s'appuie sur un questionnaire comportant 30 points de mesure de l'effort dans quatre catégories : politiques publiques, services, évaluation, et accès aux méthodes contraceptives. Ce questionnaire est rempli par des observateurs indépendants et expérimentés. Le score final et les résultats de ces efforts (recours à la contraception, changement du taux de fécondité, etc.) sont évalués séparément.

Les premiers scores, obtenus en 1972 dans 23 pays, étaient plutôt bien répartis sur la courbe d'effort. En 1989, cependant, de nombreux pays avaient progressé, et l'écart entre les pays de la catégorie inférieure et ceux des catégories intermédiaire

Le nombre de pays dotés de politiques de réduction de la fécondité est passé de 40, **en 1976** à 54 en 1986, puis à 82 en 1996.

et supérieure commençait à se réduire (Robinson et Ross, 2007). Toutefois, ces avancées en matière de planification familiale ne sont qu'un seul élément du tableau, et les politiques démographiques se sont mises à intégrer progressivement de nouvelles thématiques.



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

Politiques démographiques : aller au-delà de la baisse de la fécondité

Le consensus mémorable recueilli en 1994 lors de la CIPD a donné de l'élan à la création et au renouvellement des institutions. Petit à petit, les États ont intégré dans leurs politiques et leurs stratégies démographiques, principalement axées sur la planification familiale et la réduction de la fécondité, les nouvelles priorités en matière de santé sexuelle et reproductive et d'autonomisation des femmes.

Ainsi, en 2015, 76 % des gouvernements avaient pris au moins une mesure politique de réduction de la mortalité néonatale ou

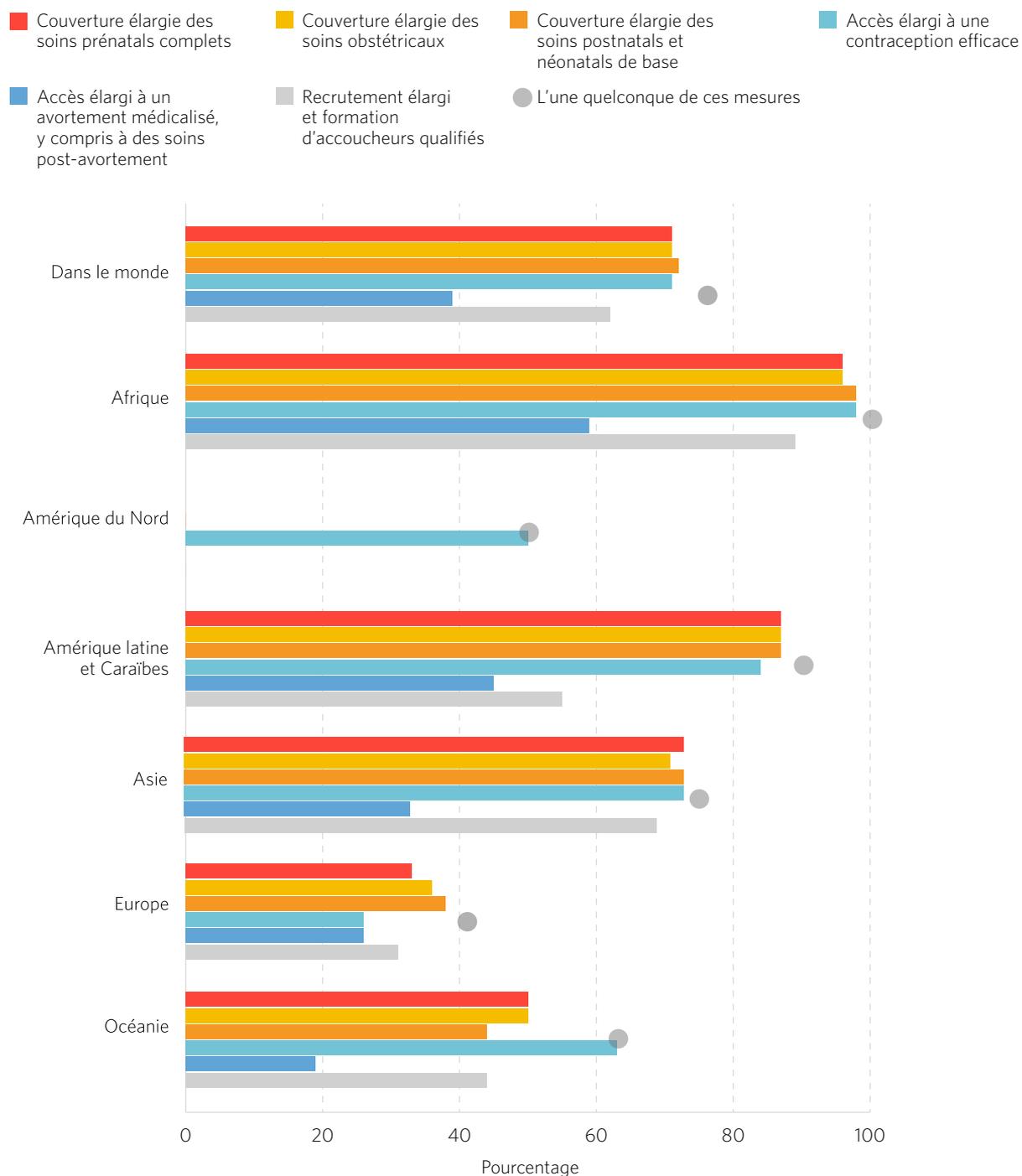
maternelle au cours des cinq années précédentes, et plus de 70 % avaient amélioré la couverture des soins postnatals et néonataux de base, des soins prénatals complets ou des soins obstétricaux (Nations Unies, 2017a). De plus, à l'échelle mondiale, 62 % des gouvernements avaient adopté une politique de recrutement et de formation des accoucheurs qualifiés, et 39 % avaient élargi l'accès à l'avortement médicalisé, y compris aux soins après un avortement (figure 7.2).

Dans le questionnaire d'une enquête mondiale sur l'avancement de la mise en application des recommandations du Programme d'action de la CIPD, il était demandé aux gouvernements

d'indiquer s'ils avaient « mis en place des entités institutionnelles chargées des questions relatives à l'interaction entre population et développement durable ». Les résultats obtenus laissent entendre que depuis les années 1990, les gouvernements ont relativement mieux progressé dans les domaines de l'égalité des sexes, de la prise en charge des adolescents et des jeunes, de la population et du développement durable, que sur d'autres thèmes de la CIPD, tels que l'éducation et la migration (Nations Unies, 2014).

Les nouvelles institutions font d'autant mieux progresser les droits et les choix qu'elles intègrent tous les besoins et perspectives

FIGURE 7.2 Pourcentage de gouvernements ayant adopté des politiques de réduction de la mortalité néonatale ou maternelle au cours des cinq années précédentes, par région, 2015



Source : Nations Unies, 2017a
 N.B. : graphique basé sur 190 pays disposant de données

des potentiels usagers. Comme le souligne le Programme d'action, les personnes directement concernées, en particulier celles qui sont habituellement exclues pour cause de discrimination, de coercition ou de violence, doivent participer à l'élaboration des lois, des politiques et des pratiques. Cela favorise leur autonomisation, en particulier pour les femmes et les filles, et leur donne la possibilité d'user davantage de leurs droits.

La valeur montante des partenariats

Tout au long des années 1970 et 1980, les partenariats dans le domaine de la population et du développement se sont multipliés, diversifiés, et ont beaucoup contribué à l'avancement des objectifs en matière de population et de développement (Weerakoon, 2002).

Le Programme d'action prend acte de cette évolution, notant qu'il n'est pas rare que des gouvernements et des organisations multilatérales travaillent en étroite association avec des ONG nationales et internationales, ainsi que des entreprises du secteur privé (Nations Unies, 2014a).

Les objectifs larges et ambitieux du Programme d'action sont dus en grande partie à la mobilisation de la société civile. Il n'est donc pas surprenant que, depuis 1994, un large éventail d'organisations de la société civile et d'autres acteurs non gouvernementaux cherche à influencer davantage les politiques publiques et les cadres de responsabilité mondiaux, régionaux et nationaux dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (Nations Unies, 2014). Ce mouve-

ment s'inscrit dans un contexte de décentralisation croissante de l'autorité et du leadership des gouvernements, et, partant, de valorisation de la participation et des partenariats au sein des autorités nationales et locales, de la société civile et des acteurs non étatiques.

La vague de décentralisation survenue à la fin des années 1980 et au début des années 1990 a été l'occasion, pour la société civile, de participer à la planification, à la prise de décisions, au suivi et à l'évaluation des services de santé sexuelle et reproductive à l'échelle locale. Mais la décentralisation a également brouillé les liens entre les institutions et entre les institutions et les autorités sanitaires des districts, et entraîné des problèmes au niveau des flux d'approvisionnement en produits et de la distribution des équipements et des fournitures (Maceira, 2005).

La décentralisation a favorisé la participation des bénéficiaires ciblés par le Programme d'action au cours des deux dernières décennies : de grands réseaux de la société civile et des ONG ont été formellement reconnus et intégrés dans les activités de planification et de mise en œuvre (Nations Unies, 2014).

Par exemple, la Coalition pour la fourniture de produits de santé reproductive regroupe des organisations de la société civile, des organisations multilatérales et bilatérales, des fondations privées, et des représentants du gouvernement et du secteur privé, afin que l'ensemble de la population des pays à revenu faible et intermédiaire puisse obtenir et utiliser des

contraceptifs et d'autres produits de santé reproductive abordables et de qualité. De son côté, l'initiative Family Planning 2020 implique la société civile dans l'élaboration de ses stratégies, en vue d'atteindre l'objectif qu'elle s'est fixé, à savoir fournir à 120 millions de femmes et de filles supplémentaires des pays les plus pauvres du monde des informations sur la planification familiale volontaire, des contraceptifs et des services, et ce, d'ici à 2020.

Le secteur privé s'investit lui aussi davantage dans la planification et dans la mise en œuvre des programmes. Le Programme d'action reconnaît le rôle primordial que pourrait assumer le secteur privé à but lucratif. Les États et les ONG sont appelés à collaborer plus étroitement avec les sociétés privées dans le cadre des programmes de population et de développement, et plus particulièrement dans des domaines tels que la production et la distribution de contraceptifs de qualité et la prestation de services accompagnés d'informations et de conseils adaptés (Nations Unies, 2014a). D'après une enquête de terrain mondiale datant de 1998, le secteur privé avait commencé à s'investir davantage dans les activités des centres de santé et dans la mise en œuvre de programmes de marketing social, et ce, dans de nombreux pays (Weerakoon, 2002).

Compte tenu de la diversification des partenariats et des acteurs dans les domaines de la population et du développement, les pays bénéficiaires ont été priés de renforcer leurs mécanismes de coordination, dans le but d'améliorer la performance et l'efficacité de la coopération.

AGENT DU CHANGEMENT

Michelle Bachelet

Michelle Bachelet a défendu l'égalité des sexes et les droits en matière de sexualité et de procréation, et supervisé l'évolution des droits des femmes et des filles dans la législation chilienne.

Michelle Bachelet a été la première femme à accéder à la présidence du Chili en 2006. Fidèle à sa promesse de campagne, elle a rapidement instauré la parité au sein du gouvernement chilien. Elle a profité de ses liens de longue date avec le mouvement des femmes chiliennes pour faire entrer des féministes au gouvernement, qui l'ont aidée à mener à bien les grandes réformes relatives aux droits en matière de reproduction.

Elle a notamment réussi à étendre les mesures de protection des survivants de violence domestique, à éliminer la discrimination sur le lieu de travail, à rendre le système de retraite plus juste pour les femmes et à faciliter la garde d'enfants pour les mères à faible revenu. Lorsque son projet de loi pour l'élargissement de l'accès à la contraception d'urgence s'est heurté à l'opposition d'une coalition de conservateurs, Michelle Bachelet a fait appel au soutien du grand public pour accélérer l'examen et l'approbation du texte. En 2017, alors que son second mandat touchait à sa fin, Michelle Bachelet a remporté une autre victoire lorsque le Parlement chilien a dépénalisé l'avortement, 28 ans après son interdiction.

« J'étais bien décidée à mettre en place les réformes sociales, économiques et politiques que je croyais nécessaires pour améliorer l'existence de mes concitoyens, déclare Mme Bachelet. Nous avons eu le courage de mettre le Chili en mouvement et, ainsi, nous avons vu le Chili évoluer. »

En 2018, devenue Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Michelle Bachelet a promis de s'appuyer sur sa longue expérience pour défendre les droits fondamentaux de tous. « Ceux qui défendent les droits fondamentaux et les victimes comptent sur la présence et l'appui de la Haute-Commissaire, affirme Michelle Bachelet. Je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour accomplir cette mission. »

Les femmes et les filles sont les premières concernées. « La construction d'un monde plus équitable et plus juste, où les droits des femmes et des filles sont reconnus et respectés, n'est pas seulement un défi, conclut Michelle Bachelet, première Directrice exécutive d'ONU Femmes. C'est une nécessité et une obligation. »

« J'étais bien décidée à mettre en place les réformes sociales, économiques et politiques que je croyais nécessaires pour améliorer l'existence de mes concitoyens. »





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

Le Programme d'action mentionne également la nécessité de clarifier les responsabilités attribuées aux partenaires de développement, en fonction de l'avantage comparatif et des priorités de développement nationales, et invite la communauté internationale à aider les gouvernements bénéficiaires dans leur démarche d'amélioration de la coordination (Nations Unies, 2014a). Sans pour autant perdre de vue leurs priorités nationales, les pays donateurs ont appuyé le renforcement de la collaboration et de l'harmonisation au sein de l'ONU et des processus nationaux, dans le cadre de la réforme de l'ONU et de la création de nouveaux réseaux.

Les défis de l'estimation et du suivi des financements

L'estimation des besoins de financement et le suivi des flux financiers consacrés à la santé sexuelle et reproductive sont absolument essentiels pour faire réellement progresser les droits et les choix des personnes dans le besoin. Cette démarche favorise la transparence et la collecte de données permettant aux donateurs de coordonner leurs efforts, aux planificateurs, de repérer les priorités et les lacunes, et aux équipes de plaidoyer, de responsabiliser les donateurs et les gouvernements.

Cependant, l'estimation et le contrôle des financements dans le domaine de la population ont toujours été un exercice périlleux. Dans les années 1960 et 1970, le financement de la santé sexuelle et reproductive était réparti entre plusieurs budgets. Par exemple, la santé de la mère et de l'enfant et le traitement des IST étaient financés par le budget général de la santé, tandis que le budget relatif à la « population » soutenait essentiellement les services de contraception et, dans une moindre mesure, la collecte et l'analyse des données tirées des enquêtes démographiques.

Enkhjargal Davaasuren

si sévèrement réprimée que de nombreuses femmes préféreraient garder le silence, même dans les cas les plus graves. Cependant, la violence domestique et le viol conjugal ont été dépénalisés au lendemain de la transition démocratique de 1990.

Pour Enkhjargal Davaasuren, cela a toujours été inadmissible. Quand elle était jeune, sa mère, qui militait dans un syndicat, organisait souvent des réunions chez elle durant lesquelles les femmes s'organisaient pour défendre leurs droits au travail, mais s'entraidaient aussi pour faire cesser la violence domestique. Enkhjargal Davaasuren a étudié le droit, une autre façon pour elle de défendre les droits des femmes.

Elle n'était encore qu'une jeune avocate lorsqu'elle a fondé le Centre national contre la violence et lancé une campagne pour l'interdiction de la violence domestique. Vingt années durant, elle et son équipe de militants engagés ont talonné les dirigeants politiques afin qu'ils passent à l'acte. Leur obstination a payé puisque le Parlement mongol a finalement interdit la violence domestique en 2016, une première depuis la transition démocratique du pays. Cette nouvelle loi offre sécurité et protection aux femmes qui subissent des violences domestiques — une sur trois en Mongolie.

Enkhjargal Davaasuren a reçu des menaces de mort et a été accusée « d'importer des idées de l'étranger » dans sa quête de changement. Mais elle n'a jamais cédé. Le Centre national contre la violence parraine une équipe d'avocats qui prennent en charge gratuitement les survivantes de violence et a créé des refuges où les femmes et les filles reçoivent aide et protection. Une prise de conscience s'est opérée chez les Mongols. Les femmes sont désormais plus nombreuses à demander de l'aide, et certains cas très médiatisés ont suscité un sentiment d'indignation palpable dans le pays.

« Nous poursuivrons sans relâche nos efforts de plaidoyer, affirme Enkhjargal Davaasuren. Dans une société patriarcale et dominée par les hommes comme la Mongolie, les femmes n'ont pas conscience de leur pouvoir. »

Son conseil ? « Soyez fortes, mais surtout, soyez fortes collectivement. Les femmes doivent s'unir pour faire changer la société. Les défis sont systémiques, les solutions sont collectives. »

En Mongolie, la violence domestique n'était jamais évoquée auparavant. À l'époque communiste, elle était

« Dans une société patriarcale et dominée par les hommes comme la Mongolie, les femmes n'ont pas conscience de leur pouvoir. »





Dans plusieurs études, les dépenses consacrées à la santé et à la population étaient souvent regroupées dans le budget « du secteur de la santé », et les données rétrospectives sur le financement d'interventions spécifiques étaient rarement analysées.

Le suivi entrepris dans les années 1970 a permis de dégager certaines tendances, notamment la hausse du financement des donateurs consacré aux activités en matière de santé et de population. En effet,

les décaissements des organismes multilatéraux et bilatéraux en faveur de la santé sont passés de presque 900 millions de dollars (en dollars de 1990) en 1972, à 2,7 milliards en 1980 et 3,9 milliards en 1990. La part de ces fonds consacrée aux « activités relatives à la population » a augmenté petit à petit au cours des années 1970 et 1980. L'aide à la population a atteint 936 millions de dollars en 1990, soit presque 20 % de l'aide extérieure totale octroyée au secteur de la santé. Elle a été

financée à 60 % par les donateurs bilatéraux, à 22 % par les organismes des Nations Unies, à 13 % par les banques de développement et à 5 % par des sources privées (Michaud et Murray, 1994).

En 1994, les systèmes d'estimation et de suivi du financement des services de santé sexuelle et reproductive étaient déjà beaucoup plus sophistiqués. Le Programme d'action contenait lui aussi une estimation des coûts de mise en œuvre des recommandations



© Brian Sokol/Panos Pictures

principales dans les domaines de la planification familiale, de la santé reproductive, du traitement et de la prévention des IST, notamment le VIH, et de la recherche fondamentale. La communauté internationale avait convenu d'une enveloppe budgétaire prévisionnelle de 17 milliards de dollars d'ici à 2000, de 18,5 milliards d'ici à 2005, de 20,5 milliards d'ici à 2010 et de 21,7 milliards d'ici à 2015. Les gouvernements ont décidé que les deux tiers de ce montant

seraient mobilisés par les pays en développement eux-mêmes, le financement du dernier tiers revenant à la communauté internationale.

Hausse des besoins, hausse des coûts

Un certain nombre d'organisations et d'initiatives ont commencé à surveiller les coûts et l'aide octroyée par les donateurs dans le domaine de la santé reproductive, maternelle, néonatale et de l'enfant. Ainsi, l'initiative Family Planning 2020 assure le suivi du financement de la planification familiale à l'échelle mondiale, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, celui des promesses de financement faites au titre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, et l'Institut Guttmacher, celui des déficits de financement et de décaissement pour un ensemble de services de santé reproductive.

Ces dispositifs d'estimation et de suivi font l'objet d'un bilan contrasté depuis 1994. D'un côté, le nombre de donateurs n'a cessé d'augmenter et leurs activités sont davantage influencées par la société civile et le secteur privé, qui jouent un rôle de plus en plus actif (Nations Unies, 2014).

D'un autre côté, au niveau mondial, les ressources des donateurs destinées à la santé sexuelle et reproductive restent insuffisantes au regard des besoins et sont actuellement en baisse. L'APD octroyée aux pays en développement par les pays développés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive a rapidement augmenté après la CIPD de 1994 et a atteint son pic en 2011, soit à peine plus de 5 dollars par femme en âge de procréer

dans le monde en développement. Ce chiffre était tombé à 4,40 dollars en 2016. Si l'on prend en compte la totalité des financements étrangers, y compris l'APD et les dons privés, l'aide à la santé sexuelle et reproductive s'élevait à 6,22 dollars par femme en âge de procréer en 2016. Quoique substantiel, ce montant plus élevé reste insuffisant par rapport aux besoins.

La place centrale du financement intérieur

De toute évidence, les activités relatives à la population sont majoritairement financées par les gouvernements, les ONG nationales et le secteur privé des pays en développement, même si ces budgets sont difficilement quantifiables (UNFPA, 2014a).

Dans de nombreux pays en développement, les objectifs et les budgets nationaux sont désormais mieux alignés avec les objectifs du Programme d'action, grâce aux efforts des gouvernements en ce sens. Cependant, les crises financières qui sévissent dans les pays en développement et en transition risquent de freiner cet élan. En outre, l'opposition aux programmes de population pour des motifs religieux ou culturels a parasité la mobilisation des ressources en plusieurs endroits (Cohen et Abrams, 2002).

De nombreux pays, en particulier les moins avancés, ne disposent pas des ressources nécessaires pour satisfaire les besoins de santé sexuelle et reproductive de leurs citoyens. La plupart des pays en développement doivent compter sur les donateurs pour financer et pérenniser leurs programmes

démographiques (UNFPA, 2014a). Or, les subventions des donateurs peuvent changer d'une année sur l'autre, exposant les programmes nationaux de santé sexuelle et reproductive à des coupes budgétaires imprévues susceptibles de menacer leur stabilité. La planification des activités et des budgets à long terme est, par conséquent, plus difficile pour les pays en développement.

Rappelons également que les consommateurs privés assument une grande partie des coûts de santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement, ce qui compromet sérieusement l'accès des usagers les plus pauvres et marginalisés aux services essentiels. Par exemple, les femmes ont plus de mal à obtenir l'argent dont elles ont besoin pour assurer leur santé sexuelle et reproductive lorsque les hommes contrôlent le revenu du ménage (Starrs *et al.*, 2018). Les lourdes dépenses à la charge des ménages compliquent également la tâche des programmes de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenu dans le monde en développement (Nations Unies, 2014).

Des approches de financement innovantes ont été mises en place pour aider et inciter les gouvernements des pays en développement à investir en priorité et durablement dans des domaines négligés, tels que la santé et la nutrition. Le Mécanisme de financement mondial en est un exemple. Lancé en 2015, il incite les États à aligner leurs dépenses nationales avec les cibles de santé et de nutrition des ODD. De

même, la Fondation Bill et Melinda Gates octroie des fonds aux gouvernements qui se sont engagés à atteindre l'objectif de réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, fixé par l'initiative Family Planning 2020, et qui sont en train d'élaborer et de mettre en œuvre des plans nationaux pour élargir l'accès aux services de planification familiale.

L'efficacité de l'aide de plus en plus scrutée

L'efficacité de l'aide a reçu une attention accrue à compter du lancement des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2000, en partie grâce aux gouvernements des pays en développement, qui ont exprimé leur frustration à l'égard du caractère inéquitable des partenariats pour l'aide et de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient de planifier, coordonner et diriger eux-mêmes le développement sur leur propre territoire.

Dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (2001), les États membres de l'Union africaine se sont engagés à consacrer au moins 15 % de leur budget national à la santé et ont appelé les pays donateurs à accroître leurs financements en conséquence. Les instruments issus du Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement en 2005, le Programme d'action d'Accra en 2008 et le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement en 2011) ont renforcé les engagements pris en faveur de l'efficacité de l'aide, en

mettant l'accent sur le renforcement des capacités et sur l'appropriation et l'exécution nationales (Nations Unies, 2014).

La mise en place de structures de coordination des donateurs, et la meilleure prise en compte du leadership des pays en développement et de la responsabilité mutuelle dans le cadre de ces collaborations, témoignent de l'attention croissante accordée à l'efficacité de l'aide (Nations Unies, 2014). Une étude conjointe de l'OMS et de l'UNFPA consacrée aux effets de l'évolution de l'aide sur la santé sexuelle et reproductive révèle un intérêt croissant pour les approches sectorielles, les stratégies de réduction de la pauvreté, et la définition de stratégies visant à atteindre les OMD. Les auteurs notent également qu'il reste difficile d'obtenir des financements réguliers et prévisibles en faveur de la santé sexuelle et reproductive (OMS et UNFPA, 2011).

Améliorer la couverture sanitaire universelle

Le lancement des ODD en 2015 a eu le mérite de recentrer davantage les priorités sur la couverture sanitaire universelle, qui forme le volet central de l'ODD 3. La couverture sanitaire universelle incarne plusieurs principes, notamment la qualité de la prestation des services de santé et l'égalité d'accès aux services de santé sans risque de gêne financière.

Le concept de couverture sanitaire universelle, qu'incarne le principe de « ne laisser personne de côté » du Programme 2030, favorise également la « réalisation progressive ». Cela signifie qu'il faut réduire les inégalités

AGENT DU CHANGEMENT

Chea Chantum

de la CIPD au cœur des politiques nationales progressistes relatives à la population, au vieillissement et à diverses autres questions.

Sous sa houlette, le Cambodge a multiplié les investissements en faveur de la planification familiale. Alors que le pays était encore en plein conflit il y a seulement quelques décennies, il a enregistré une baisse impressionnante de son taux de fécondité, désormais comparable à celui de pays beaucoup plus avancés, et une amélioration de la santé maternelle.

« Nous avons insisté sur le droit d'avoir des enfants, tout en exhortant les couples à penser à leur bien-être et à celui de leur famille, explique Chea Chantum. L'éducation et la sensibilisation permettent d'accomplir tant de choses. »

Le Cambodge s'apprête à intégrer l'éducation complète à la sexualité au programme d'enseignement national de la cinquième à la douzième année, grâce aux appels répétés de Chea Chantum à respecter les droits des adolescents et des jeunes en matière de sexualité et de procréation. De même, Chea Chantum a activement contribué à la création d'un fonds national de financement de la santé permettant aux citoyens pauvres de bénéficier de soins médicaux gratuits dans tout le pays.

Chea Chantum a travaillé près de 30 ans dans la fonction publique. Il a débuté sa carrière comme policier, avant de décrocher des diplômes en développement rural et en administration publique. C'est en passant du temps en milieu rural qu'il a découvert les liens complexes entre population et développement.

« Au début, je ne saisisais pas l'importance de la population, se souvient-il. À présent, je sais que la population est le moteur du développement. Cela me pousse à faire tout mon possible pour comprendre ce dont les gens ont besoin pour vivre mieux. »

« Il ne suffit pas de fournir quelques services, souligne-t-il. Nous devons inclure toutes les personnes dans notre démarche de développement. Sans elles, rien n'est possible. Seule la population permet à notre pays de poursuivre sa marche en avant. »

« Nous avons insisté sur le droit d'avoir des enfants, tout en exhortant les couples à penser à leur bien-être et à celui de leur famille. »

© Le Secrétariat général pour la population et le développement, ministère de la Planification, Cambodge



dès le début de la réforme du système de santé, afin que les usagers moins favorisés soient pris en charge aussi bien, voire mieux, que les usagers plus avantagés, et que chaque pays est capable de progresser, quelle que soit sa situation de départ (Starrs *et al.*, 2018).

La couverture de santé universelle prévoit plusieurs élargissements successifs de l'offre de soins, et une hausse de la part des coûts assumée par des financements communs

ou des régimes d'assurance, afin de réduire les dépenses des usagers. Cette approche tient spécialement compte des nombreux liens intersectoriels entre les ODD, sachant que les objectifs en matière de santé ont de plus grandes chances d'être atteints si les multiples déterminants sociaux et environnementaux de la santé s'améliorent également (Stenberg *et al.*, 2017). La mise en place de dispositifs de financement

innovants, tels que des programmes de coupons, des transferts conditionnels d'argent, des régimes d'assurance sociale et des systèmes de suivi axé sur la performance, a permis d'améliorer la santé sexuelle et reproductive (USAID, 2014). Ces innovations peuvent être efficacement adaptées à d'autres contextes (Starrs *et al.*, 2018).

Afin de faire progresser ces objectifs et d'accélérer la réalisation du Programme 2030, 11 institutions

© Mark Tuschman



multilatérales spécialisées dans la santé ont lancé le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous. Ce processus collectif vise à accélérer les progrès dans les pays, tout en renforçant la prise de décisions au niveau national, en favorisant des interventions équitables

et fondées sur les droits qui ne laissent personne de côté, et en facilitant l'apprentissage mutuel entre les pays et les institutions. L'OMS assure la coordination de cette initiative. Le Plan d'action finalisé sera présenté à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies, en septembre 2019 (OMS, 2018a).

Ces initiatives mettent en place les conditions pour que les institutions puissent disposer des outils et des financements pérennes dont elles ont besoin pour améliorer l'accès des femmes à des informations et des services de qualité leur permettant d'exercer leurs droits en matière de reproduction.

ÉLÉMENTS CLÉS DU CHAPITRE

- Les politiques et les programmes des gouvernements et des autres prestataires de santé sexuelle et reproductive ont évolué à mesure que les connaissances dans ce domaine se sont améliorées. Les institutions doivent s'adapter en permanence, afin de pouvoir faire face à la hausse des besoins, de diversifier leur offre de soins de santé sexuelle et reproductive, et d'améliorer les droits et les choix de tous, partout dans le monde.
- Les objectifs ambitieux de la CIPD et des ODD sont le fruit de la mobilisation des autorités nationales et locales, de la société civile et du secteur privé. Les partenariats noués entre ces acteurs sont, et seront, indispensables à la réalisation de ces objectifs.
- L'estimation des besoins de financement et le suivi des flux financiers consacrés à la santé sexuelle et reproductive sont absolument essentiels pour faire progresser les droits et les choix des personnes dans le besoin. Au niveau mondial, les ressources des donateurs destinées à la santé sexuelle et reproductive restent insuffisantes au regard des besoins et sont actuellement en baisse. Dans de nombreux pays en développement, les objectifs et les budgets nationaux sont désormais mieux alignés avec les objectifs du Programme d'action de la CIPD, grâce à l'effort des gouvernements, cependant les crises financières actuelles risquent de briser cet élan.
- La couverture sanitaire universelle forme le volet central de l'ODD 3. Elle incarne plusieurs principes, notamment la qualité de la prestation des services de santé et l'égalité d'accès aux services de santé sans risque de gêne financière. Les nouvelles initiatives de promotion de la couverture sanitaire universelle sont l'occasion de renforcer les institutions, en leur fournissant les outils et les financements pérennes dont elles ont besoin pour améliorer l'accès de tous à des informations et des services de qualité qui leur permettent d'exercer leurs droits et de faire des choix.



DES DROITS ET DES CHOIX **POUR TOUS** – **SI CE N'EST PAS MAINTENANT, ALORS QUAND ?**

Une femme qui a 60 ans aujourd'hui est née à une époque où les droits et les choix en matière de sexualité et de procréation étaient plus restreints. Il était souvent difficile de se procurer un moyen de contraception et le risque de mourir en couches était relativement élevé. Lorsque cette femme avait 10 ans, les premiers changements étaient survenus et certains progrès étaient déjà acquis.

Elle a partiellement bénéficié de ces changements, mais ils ont surtout profité à la génération suivante, c'est-à-dire aux femmes qui avaient 10 ans au moment de la CIPD. Mais même pour elles, les progrès sont encore insuffisants. Ces femmes désormais trentenaires ont certes plus de droits et de choix, cependant toutes les promesses n'ont pas été tenues.

Pouvons-nous mieux faire pour les filles qui ont 10 ans aujourd'hui ? À la lumière de l'Histoire, la réponse est oui, si nous mettons les humains

en premier et ne laissons personne de côté.

Au cours du demi-siècle précédent, la mobilisation active des gouvernements, de la société civile et des organisations internationales a fait remarquablement progresser la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation. En 1994, dans un élan visionnaire, la communauté internationale s'est engagée en faveur de ces droits et de ces choix et a reconnu collectivement pour la première

fois le lien essentiel entre autonomisation des femmes et développement. Vingt-cinq ans plus tard, la vision et les aspirations humaines de la CIPD n'ont rien perdu de leur importance et sont désormais incarnées dans les 17 ODD du Programme 2030.

Toutefois, certains problèmes anciens persistent et de nouveaux obstacles se profilent. L'UNFPA et ses nombreux partenaires ont pris la mesure de la tâche qui nous attend et ont lancé un appel pour atteindre



© UNFPA/R. Anis

de l'égalité des sexes et des droits en matière de reproduction.

Les avantages obtenus restent néanmoins précaires, dans un monde souvent instable et en proie à de nombreux conflits. Si certaines personnes parviennent à se détacher du peloton, beaucoup sont laissées complètement de côté. Les épidémies, les conflits et le changement climatique fragilisent les progrès et compromettent les droits et les choix. Dans certains pays, le déclin démographique a donné lieu à des politiques de relance de la natalité, tandis qu'ailleurs, la croissance démographique suscite à nouveau des inquiétudes. D'autres phénomènes démographiques tels que la migration, qui sont d'ailleurs souvent le reflet des profondes inégalités et des crises, ont exacerbé les comportements intolérants. De nombreux pays dont la situation a pourtant globalement progressé sont encore profondément touchés par une pauvreté insoluble. Le conservatisme et le fondamentalisme pourraient s'opposer aux progrès et annuler ce qui a été réalisé.

Faire de l'être humain une priorité

Afin de tirer le meilleur parti des acquis, de surmonter les obstacles et d'améliorer leurs perspectives d'avenir, y compris selon les termes du Programme 2030, tous les pays doivent commencer par mettre en œuvre les engagements pris lors de la CIPD. Il convient notamment d'accorder la priorité à l'être humain en reconnaissant sa santé et ses choix en matière de sexualité et de procréation, ainsi que le droit au développement des générations actuelles et futures.

« trois zéros » d'ici à 2030 : zéro besoin non satisfait en matière de contraception, zéro décès maternel évitable, et zéro violence ou pratique néfaste à l'égard des femmes et des filles.

Une fille qui a 10 ans aujourd'hui mérite de vivre dans un monde où chaque personne peut exercer tous ses droits et mener la vie qu'elle souhaite.

Une vision transformatrice : s'appuyer sur le passé pour façonner l'avenir

Dans les années 1960, la croissance démographique était considérée comme une inquiétante bombe à

retardement qu'il fallait neutraliser au plus vite à coups de programmes de planification familiale agressifs, voire coercitifs. En 1994, le droit des personnes de disposer de leur corps et de leur vie sexuelle et reproductive avait commencé à rassembler l'opinion. Les personnes qui exercent ce droit font souvent des choix positifs pour elles-mêmes, qui favorisent également le bien-être social, économique, et même environnemental. Aujourd'hui, le Programme 2030 reconnaît que le développement durable dépend de la mise en œuvre de services de santé de qualité, notamment de santé sexuelle et reproductive, et du respect

Les États peuvent s'engager explicitement en faveur de ces droits en supprimant de leur législation les dispositions à caractère discriminatoire, par exemple les difficultés d'accès aux services et à la contraception rencontrées par les jeunes, les personnes non mariées, les migrants, les personnes ayant une orientation et une identité sexuelles différentes, etc. La mise en œuvre de politiques réfléchies sur la population et le développement centrées sur les personnes qui ont le moins de choix et sont les moins à même d'exercer leurs droits est une façon d'honorer ces engagements.

Il convient également de prendre en compte le nœud d'interactions entre le développement durable et les dynamiques démographiques, en intégrant les questions démographiques dans les grands plans et investissements de développement et dans l'approche de développement intégrée désormais incarnée par le Programme 2030. L'éventail des facteurs ayant une incidence sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, notamment l'éducation, l'emploi, le logement et la sécurité alimentaire, doit être pris en compte.

Les pays préoccupés par le déclin démographique peuvent prendre des mesures, afin que l'ensemble de leur population puisse facilement accéder aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive. Il leur faut peut-être aussi rendre leurs politiques natalistes plus attrayantes, en instaurant par exemple un congé parental payé pour les hommes et les femmes, des abattements fiscaux pour les familles, des horaires de travail aménagés et des logements abordables. Les pays dont

la part de population nouvellement arrivée sur le marché de l'emploi est importante peuvent doper leur productivité et mettre davantage à profit leurs dividendes démographiques potentiels en offrant aux jeunes des services de santé essentiels complets et de qualité, une bonne éducation et des perspectives d'emploi décent.

La santé sexuelle et reproductive doit sortir de son rôle souvent périphérique dans les politiques de santé nationales et occuper une place centrale, à la hauteur de son influence sur la santé et le bien-être en général et de son importance

pour les individus et les couples. Il conviendrait, entre autres, de se rapprocher davantage de la définition des soins de santé primaires adoptée dans la Déclaration d'Astana, qui intègre les services de prévention et de traitement et les soins de santé sexuelle, reproductive et mentale (OMS et UNICEF, 2018). Établir un « bilan » de la santé sexuelle et reproductive à l'échelle nationale permettrait de vérifier si les lois, les politiques publiques, les budgets, les services, les campagnes de sensibilisation, etc., correspondent à cette définition.

© UNFPA/Live Images



Des droits et des choix tout au long de la vie

Les grands changements démographiques survenus ces dernières années, notamment entre les différents groupes d'âge, ont amené à considérer plus favorablement l'approche du cycle de vie dans la planification et l'élaboration de politiques. Les prestataires de services publics et autres doivent prendre en charge les usagers dès la naissance, et les suivre aux différents stades de leur vie jusqu'à la vieillesse.

Cette approche favorise le respect des droits tout au long de la vie et l'optimisation des investissements à fort impact. Les enfants et les jeunes sont en bonne santé et reçoivent l'éducation dont ils ont besoin pour intégrer le monde du travail une fois adultes. Les adultes exercent un emploi décent et

accèdent aux services de planification familiale dont ils ont besoin pour contribuer de manière productive à l'économie, s'occuper des personnes à leur charge et préparer leur vieillesse. Les personnes âgées reçoivent une pension, conservent leur qualité de vie et restent actives au sein de leur famille et de leur communauté. L'approche du cycle de vie aide à résorber les inégalités liées à l'âge et à équilibrer la répartition des ressources nécessaires entre les générations actuelles et futures.

Toutes les personnes, quel que soit leur âge, doivent être couvertes par un régime de sécurité sociale comprenant un ensemble de prestations minimales garanties, afin de vivre dans la dignité, d'assurer leur bien-être et d'être libres de faire des choix, conformément

à leurs droits. Les gouvernements doivent s'adapter à l'évolution rapide du marché du travail, qui met en péril la stabilité et la qualité des emplois, par exemple en instaurant une offre continue de prestations essentielles de santé et de sécurité sociale et en favorisant l'apprentissage tout au long de la vie.

Un programme inachevé : l'accès à des services de qualité

La nature des services de santé sexuelle et reproductive n'a cessé d'évoluer en 50 ans. Alors qu'ils étaient au départ presque exclusivement axés sur la contraception, ils se sont diversifiés après l'appel de la CIPD en faveur de l'accès universel à une offre



complète de prestations de soins de santé sexuelle et reproductive. La couverture sanitaire universelle est devenue l'un des axes prioritaires de l'ODD 3 sur la bonne santé et le bien-être de tous.

Une offre de services universelle

Les besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive se concentrent essentiellement au sein des populations marginalisées, notamment les minorités ethniques, les jeunes, les personnes non mariées, les membres de la communauté LGBTI, les personnes handicapées, et les personnes pauvres des zones rurales et urbaines. Non seulement les besoins de contraception non satisfaits sont plus prononcés chez les femmes pauvres, mais elles affichent également un taux de mortalité maternelle nettement plus élevé.

La mauvaise qualité des soins, l'insuffisance des établissements et des fournitures de santé, les lois discriminatoires et l'attitude condescendante des prestataires font partie des obstacles qui empêchent toujours les femmes et les filles d'accéder aux services. Bien que la reconnaissance et la pleine réalisation des droits des groupes traditionnellement exclus soient une entreprise difficile et onéreuse, elles sont indispensables pour parachever le Programme d'action de la CIPD et le Programme 2030. Non seulement les services doivent être physiquement présents auprès de ces populations, mais ils doivent aussi être adaptés à leurs besoins, confidentiels et prodigués sans aucun jugement ou aucune coercition.

Les systèmes de santé devraient tous définir et déployer une offre universelle de soins essentiels de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité, au niveau des soins de santé primaires et des unités d'orientation des patients. La CIPD inclut dans cette offre les services de planification familiale, les soins liés à la grossesse, aux IST, à la stérilité et à l'avortement médicalisé (lorsqu'il est légalement autorisé) et les orientations en cas de cancer de l'appareil reproducteur. En règle générale, les services intégrés sont mieux à même de répondre aux divers besoins, par exemple en conseillant les usagers sur la prise de contraception avant et après l'accouchement.

Les programmes de santé de la mère et de l'enfant peu efficaces doivent s'améliorer et être étayés par des programmes de nutrition, de sécurité alimentaire et d'autonomisation des femmes. L'UNFPA a ainsi constitué un Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, afin d'aider les pays affichant un taux de mortalité maternelle particulièrement élevé à mettre en place des interventions éprouvées, par exemple des formations à l'intention des sages-femmes et une offre complète de soins de santé sexuelle et reproductive dans les établissements prodiguant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

De plus, les acteurs doivent s'associer davantage pour éliminer les tabous et la désinformation sur la menstruation et renforcer la capacité de gestion de l'hygiène menstruelle des structures et les services, compte tenu de ses effets sur la vie des femmes et des filles (interruption de la scolarité, pathologies non soignées, etc.).

De nombreux pays peuvent faire encore bien davantage pour reconnaître les droits et les choix de tous et supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux services des personnes ayant une orientation et une identité sexuelles différentes, en commençant par former et sensibiliser les agents de santé afin de mettre un terme aux attitudes discriminatoires et de répondre aux besoins particuliers de ce groupe d'usagers.

Mailler les services pour mettre fin à la violence

Il reste encore beaucoup à faire pour prévenir et combattre la violence sexiste, une violation des droits omniprésente à travers le monde. Les refuges sont encore peu nombreux, voire absents, en dépit des efforts des organisations de femmes. Il est possible de mettre en place ou de développer des offres de services intégrés permettant aux femmes d'accéder facilement aux services de santé, d'aide juridique, de soutien psychosocial, d'aide à l'emploi, etc., dont elles ont besoin pour être en sécurité et prendre un nouveau départ. Il conviendrait de faire connaître davantage et de reproduire les programmes de formation éprouvés à l'intention des forces de police et des services judiciaires, afin que ces derniers acquièrent les compétences nécessaires pour gérer les cas de violence sexiste.

Il est également possible de renforcer les liens entre les services de santé reproductive, les initiatives destinées à prévenir et à combattre la violence sexiste et les programmes d'autonomisation économique des femmes. Il peut simplement s'agir



© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

de mettre en place des systèmes de dépistage et d'orientation de sorte que, lorsqu'une femme sollicite des services de planification familiale, par exemple, des processus permettent de déceler ses autres besoins et d'identifier les éventuels risques auxquels elle est exposée, et de l'orienter vers des ressources complémentaires adaptées.

La responsabilité commence avec les usagers

Le manque de qualité des services ne tient pas uniquement au déficit de ressources, mais également pour beaucoup au manque de responsabilité et de réactivité vis-à-vis des usagers. Le renforcement des systèmes d'information sanitaire, de même que l'enregistrement et l'analyse systématiques des décès maternels, permettrait de détecter

les carences du système de soins, de donner aux pays les moyens de suivre les progrès accomplis et de vérifier que les plus laissés pour compte ont pris en charge en priorité. On observe heureusement une hausse de l'adoption de normes minimales et de procédures de recours. En cas de privatisation des soins de santé, il convient d'inclure ces normes dans la réglementation et, pour les prestataires privés, de respecter la santé et les droits de tous les usagers en matière de sexualité et de procréation.

La participation des groupes de femmes et des autres représentants des usagers à la prise de décisions relatives aux politiques et aux services constitue un excellent moyen d'améliorer la qualité des soins. On pourrait notamment généraliser les enquêtes de suivi rapides par

SMS demandant aux usagers de donner leur avis sur la qualité des soins reçus, des informations qui pourraient ensuite servir à évaluer la performance des prestataires de santé. Ce type d'approche a le mérite d'accroître à la fois la qualité et l'utilisation des services.

Prendre en compte les adolescents

Les adolescents, en tant que groupe, ont toujours difficilement accès aux services de santé sexuelle et reproductive, en raison des normes juridiques et des coutumes traditionnelles qui perdurent en dépit des engagements pris au titre du Programme d'action de la CIPD. Si Internet regorge d'informations, fiables ou non, il a également fait naître de nouvelles menaces, telles que le cyberharcèlement et la

traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

Les adolescents ont le droit d'être informés et autonomisés afin de pouvoir faire des choix et de se protéger. Plusieurs mesures sont envisageables, par exemple l'éducation complète à la sexualité, adaptée à l'âge et intégrée dans le programme d'enseignement, qui doit être dispensée aux élèves des deux sexes, mais également aux jeunes non scolarisés. Ces programmes n'ont pas qu'une visée informative. Pour être vraiment efficaces, ils doivent également aider les jeunes à améliorer leur estime de soi, à mieux comprendre les droits fondamentaux et les normes de genre positives, et à développer leurs compétences en matière de prise de décisions et de communication (Starrs *et al.*, 2018).

Relever les défis en matière de fécondité

Pas moins de 180 millions de couples seraient touchés par la stérilité dans le monde, une situation qui peut générer une grande souffrance psychologique, de la violence au sein du couple et une stigmatisation sociale (Starrs *et al.*, 2018). La stérilité s'explique notamment par l'évolution du modèle professionnel et familial, qui conduit de plus en plus de femmes à repousser l'arrivée du premier enfant à un âge où il est plus difficile de tomber enceinte. La stérilité peut également être due à des problèmes de santé et au manque d'accès aux soins durant la première grossesse.

Les personnes disposant des finances nécessaires peuvent se tourner vers l'assistance médicale à la procréation (fécondation *in vitro*,

etc.). Toutefois, cette possibilité ne doit pas être uniquement réservée aux personnes en ayant les moyens, et ce, en vertu de la nature universelle des droits en matière de reproduction et du principe de couverture sanitaire universelle. Afin d'améliorer l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation, il est nécessaire d'adopter des règles éthiques et des normes médicales, de réduire les coûts prohibitifs, et d'élargir la capacité des pays à se procurer les technologies requises, alors qu'ils n'en sont pas tous au même stade de développement. Il faudrait également sensibiliser davantage les populations aux méthodes de prévention et de traitement de la stérilité et, dans certains pays, modifier les lois sur l'assistance médicale à la procréation, l'adoption et la gestation pour autrui, afin qu'elles reflètent les droits en matière de sexualité et de procréation.

Hausse de la charge du cancer de l'appareil reproducteur

La prévalence des cancers de l'appareil reproducteur est en hausse dans tous les pays, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où l'espérance de vie augmente. Le faible niveau d'activité physique dû à la sédentarité des emplois modernes constitue un autre facteur de risque. Les cancers de la prostate, du sein, du col de l'utérus et les autres formes de cancer de l'appareil reproducteur représentent une part importante de la charge du cancer (American Cancer Society, 2016). Le dépistage régulier doit être intégré dans les soins de santé primaire, que ce soit

en utilisant les techniques classiques ou les nouveaux procédés en cours d'étude (dépistage génétique, *etc.*) qui sont de plus en plus abordables. Conformément à l'approche fondée sur les droits, il conviendrait de réviser les droits de propriété intellectuelle et d'accélérer la mise en circulation des technologies au service du bien commun, afin de les rendre plus rapidement accessibles.

Le vaccin contre les infections à papillomavirus humain (HPV) à l'origine de la plupart des cancers du col de l'utérus est un outil de prévention efficace, désormais systématiquement administré aux filles âgées de 9 à 13 ans dans 55 pays. D'autres pays devraient leur enboîter le pas, d'autant qu'un nouveau vaccin plus abordable est désormais commercialisé.

Prendre en compte le vieillissement

La CIPD a fait observer que les besoins spécifiques des femmes et des hommes âgés en matière de santé sexuelle et reproductive étaient souvent insuffisamment pris en compte. De plus en plus de pays sont confrontés au vieillissement démographique. Les questions liées au fonctionnement sexuel, au risque de VIH et d'IST et au risque plus élevé de cancer de l'appareil reproducteur doivent par conséquent être abordées.

Accorder plus d'attention à la santé mentale

Bien que le Programme d'action de la CIPD stipule dans ses principes que « tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable

d'atteindre », la santé mentale ne reçoit pas autant d'intérêt ni de ressources que la santé physique. Pourtant, la santé mentale peut avoir de nombreuses répercussions sur les droits et les choix.

Par exemple, la dépression périnatale est encore très répandue dans le monde. Les grossesses non désirées peuvent provoquer des dépressions à long terme. Les besoins continuellement insatisfaits en matière de planification familiale, les effets secondaires des contraceptifs et les inégalités de pouvoir au sein du couple, notamment les réactions violentes du partenaire à l'annonce d'une grossesse non prévue, peuvent mettre en danger la santé mentale des femmes et des filles. Le suicide est devenu l'une des premières causes de mortalité chez les adolescentes.

Les services de santé reproductive doivent, à tout le moins, former les prestataires sur ces questions et mettre en place des dispositifs de dépistage et d'orientation pour déceler et prendre en charge ces souffrances psychologiques (OMS, 2009). Cette démarche doit être réalisée dans le respect des droits fondamentaux et de la dignité humaine, en s'efforçant d'atténuer la forte stigmatisation dont la santé mentale continue de faire l'objet.

Les principes fondamentaux de l'autonomisation et de l'égalité

La CIPD a mobilisé l'attention sur le droit fondamental des femmes à disposer de leur corps comme jamais auparavant. De ce droit dépendent de nombreux autres droits – droit

d'apprendre, de travailler, de se déplacer librement dans l'espace public et privé, d'avoir du temps libre. Depuis 1994, les femmes et les filles du monde entier ont investi les domaines de l'éducation et de l'emploi. Globalement, elles sont en meilleure santé et mieux équipées pour planifier leur famille.

Pour autant, les femmes sont moins payées que les hommes, effectuent la majorité des travaux domestiques non rémunérés et sont encore sous-représentées dans les instances décisionnelles, des conseils d'administration aux hémicycles des parlements. La violence sexiste reste impunie et les pratiques traditionnelles néfastes entraînent la mutilation et le mariage des filles.

Remettre en cause les normes de genre

Les normes de genre discriminatoires font partie des obstacles les plus tenaces auxquels sont confrontées les femmes et les filles dans tous les aspects de leur vie. Elles les relèguent au second plan et restreignent leurs droits et leurs choix. Toutes les femmes doivent pouvoir accéder à des informations et des services complets de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive. D'autres réalités pratiques entrent toutefois en jeu, comme l'autorisation du mari à laisser sa femme sortir de chez elle, la nature des messages diffusés par les médias de masse, les normes communautaires applicables en matière de sexualité et de fécondité, ou les discours tenus par les figures

d'autorité, notamment religieuses. Le terme « autonomisation » est utilisé de manière très large pour indiquer que les femmes ont le droit de choisir, alors qu'en réalité, de nombreux facteurs sont susceptibles de réduire leurs choix : leurs finances personnelles, leur statut au sein du foyer, et l'environnement social, économique et politique en général.

Les services de santé sexuelle et reproductive doivent s'adapter plus finement aux rôles sexospécifiques et aux normes de genre. La plupart des prestataires conservent une approche de subordination. En adoptant une attitude respectueuse, fondée sur la réciprocité et la bienveillance, ils aideraient leurs patients à repérer et à définir correctement leurs objectifs de santé sexuelle et reproductive, ainsi que les moyens d'y parvenir. Les prestataires de services doivent être spécialement formés pour éviter les normes et les comportements sexistes, dont beaucoup ne sont toujours pas remis en cause. Ils pourraient, par exemple, s'enquérir des attitudes discriminatoires auxquelles une femme peut être confrontée à sa sortie de l'établissement de santé et lui offrir un soutien, ou la diriger vers les services adaptés.

Les campagnes de sensibilisation sociale et de changement des comportements peuvent aider à faire évoluer les mentalités et favoriser l'adoption de normes positives. Des mesures doivent encore être prises pour mettre fin aux stéréotypes sexistes en milieu scolaire, notamment ceux qui incitent les garçons et les filles à

Lilianne Ploumen

Coopération pour le développement des Pays-Bas a appelé les femmes du monde entier à faire passer leur propre message : personne ne décide de ce qu'il advient du corps des femmes à l'exception des femmes elles-mêmes.

La politique de réduction du financement des services de santé reproductive imposée en 2017 par les États-Unis, n'a pas réduit Lilianne Ploumen au silence. Bien au contraire. L'ex-députée et ministre du Commerce extérieur et de la

Le mouvement SheDecides était né. D'abord sous forme de hashtag, puis d'une conférence et d'un appel de fonds qui ont permis de mobiliser 200 millions de dollars auprès de gouvernements, de fondations et d'œuvres de bienfaisance. Une plateforme de financement participatif a été créée. Plus de 50 000 personnes ont signé le manifeste du mouvement et se sont engagées à faire en sorte qu'« elle décide ». Les ministères de la France et de l'Afrique du Sud font partie des 40 ambassadeurs de haut niveau chargés de donner de l'élan au mouvement.

« Depuis des décennies, des organisations et des personnes courageuses et remarquables travaillent sans relâche pour que les filles et les femmes puissent disposer de leur corps et accéder à des soins de santé complets. Et tout à coup, le reste du monde s'y est intéressé, déclare Lilianne Ploumen. [Nous sommes en train] d'adopter une énergie nouvelle, un langage nouveau qui incite de plus en plus de gens, de tous horizons, à adhérer aux idées de SheDecides. »

Au total, Lilianne Ploumen estime qu'il faudra mobiliser au moins 600 millions de dollars par an pour compenser les pertes dues à la « règle du bâillon mondial » imposée par les États-Unis. Le gouvernement américain a en effet décidé de couper court au financement des organisations qui, avec leurs propres fonds, fournissent des conseils ou une orientation vers les services d'avortement, ou plaident en faveur de la dépénalisation de l'avortement ou développent les services d'avortement, même lorsque celui-ci est légalement autorisé.

Lilianne Ploumen a travaillé comme agent de sensibilisation communautaire à Rotterdam. Elle a également dirigé Mama Cash, un fonds de promotion et de défense des droits des femmes, et assuré la gestion des programmes internationaux de Cordaid, un grand organisme de secours et d'aide au développement. Elle a vu de ses propres yeux les normes, les valeurs, les lois, les codes et les coutumes qui empêchent les femmes de s'accomplir — partout dans le monde.

*« [Nous sommes en train]
d'adopter une énergie nouvelle,
un langage nouveau qui incite
de plus en plus de gens, de tous
horizons, à adhérer aux idées
de SheDecides. »*



s'orienter vers certaines filières plutôt que d'autres. Les médias doivent s'employer à atténuer les stéréotypes sexistes souvent omniprésents, à améliorer la visibilité des femmes, et à se faire l'écho de leurs opinions et de leurs perspectives. Enfin, il convient d'analyser et de reproduire les initiatives réussies menées conjointement avec les responsables religieux, dont certains exercent une grande influence sur les communautés et les ménages.

Éliminer toutes les pratiques néfastes

Certaines normes de genre particulièrement insidieuses mènent à des pratiques néfastes, telles que le mariage des enfants, le mariage forcé, les MGF, et la préférence pour les garçons. Ces normes doivent être éliminées, en commençant par adopter des dispositions juridiques claires et en veillant à les appliquer. Certaines communautés ont compris les ravages de ces pratiques et ont décidé de les abandonner, notamment dans le cadre d'un programme conjoint mené par l'UNFPA et l'UNICEF dans plusieurs pays affichant un taux élevé de MGF (UNFPA et UNICEF, 2018).

La promotion active des droits et du potentiel des filles, considérées avant tout comme un fardeau et comme une source de main-d'œuvre domestique, pourrait changer la donne. Les filles exercent leurs droits lorsqu'elles réussissent à achever leur scolarité – y compris grâce à des programmes ciblés de remise d'espèces – et à trouver un emploi décent. Leurs parents et leur communauté prennent alors

conscience de leurs aptitudes et de leur potentiel.

Mobiliser les hommes

La plupart des programmes de santé sexuelle et reproductive ciblent essentiellement les femmes et les filles, de façon tout à fait légitime puisque ce sont elles qui portent les enfants. Pourtant, elles sont encore loin d'user de leurs droits et de leur libre arbitre au même titre que les hommes et les garçons. Ces derniers doivent toutefois être davantage impliqués, afin qu'ils participent à la promotion de l'égalité des sexes, et que leurs droits et leurs besoins spécifiques soient reconnus.

Un nombre croissant d'interventions aident les hommes à s'investir dans le processus de reproduction, notamment des programmes d'accompagnement conjugal visant à favoriser la communication et la résolution des conflits au sein du couple, et des programmes d'éducation complète à la sexualité qui mettent l'accent sur l'autonomisation des femmes et sur les rôles et les obligations des hommes. D'autres initiatives impliquant les hommes s'attachent à redéfinir les normes masculines préjudiciables et à abolir les conditions favorisant la violence sexiste. Le congé de paternité, qui incite les hommes à s'occuper de leur enfant dès sa naissance, devrait être généralisé. L'implication des hommes avant et après l'accouchement est très positive puisqu'elle réduit le risque de dépression pré et périnatale et favorise le recours aux soins postnatals (Starrs *et al.*, 2018).

Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent,



dans de nombreux cas, traiter explicitement les hommes comme des clients, y compris dans le cadre de la planification familiale et de la prévention des IST. Il faudrait investir davantage dans les méthodes contraceptives masculines et dans les services spécialisés dans le traitement des dysfonctionnements sexuels et des cancers de l'appareil reproducteur masculin. Des modèles de prise en charge et d'accompagnement spécifiques doivent être élaborés là où les hommes évitent de consulter par peur de paraître faibles ou parce



© Pep Bonet/NOOR

qu'ils estiment que les cliniques sont principalement réservées aux femmes et aux enfants.

Égalisation des sexes

Le système économique ne profite pas à beaucoup trop de femmes et met en péril leurs droits et leurs choix en matière de sexualité et de procréation. Les femmes occupent notamment la majorité des emplois faiblement rémunérés et précaires et ont un moindre accès aux régimes de protection sociale. Les nouveaux modèles de croissance inclusive

doivent être axés sur l'égalité et sur l'« égalisation » des sexes, et notamment viser à résorber l'écart entre les sexes au niveau de l'emploi et à créer davantage d'activités professionnelles décentes pour les femmes et les hommes, de manière plus intensive pour les femmes cependant (Elson et Fontana, 2019).

Partout dans le monde, même dans les pays où l'égalité des sexes a beaucoup progressé, les femmes assument une plus grande part des charges domestiques non rémunérées, ce qui diminue injustement leur

temps de travail rémunéré et leur temps libre. Les femmes représentent 40 % de la population active mondiale, alors qu'elles effectuent entre deux et dix fois plus de travaux domestiques non rémunérés que les hommes (Starrs *et al.*, 2018). Pour beaucoup d'entre elles, avoir un enfant signifie quitter le monde du travail, rester sans activité plus longtemps qu'elles ne le souhaiteraient, ou simplement avoir du mal à joindre les deux bouts, ce qui risque de compromettre sérieusement leur situation économique et leur santé.



© Holly Pickett/Redux Pictures

L'accès à un logement décent, à des sources d'énergie propre, à des transports en commun sûrs, à l'eau potable, à l'assainissement, et aux services de santé, d'éducation et de garde d'enfants permet de réduire la charge de travail non rémunéré des femmes (Starrs *et al.*, 2018). Des données bien plus fiables sur le budget-temps sont nécessaires pour déterminer les investissements requis dans les services et les infrastructures favorisant l'égalité des sexes et pour prendre en charge en premier lieu les personnes les plus laissées pour compte. Il convient également de calculer les dépenses publiques en services et en infrastructures et de générer des retours sur investissement, par exemple sous forme d'emplois productifs et de recettes fiscales plus élevées (ONU Femmes, 2018). Enfin, il faut encourager les hommes à faire leur juste part.

Au-delà de la nécessité de faire respecter les droits des femmes, les pays sont de plus en plus nombreux à prendre conscience du fait que l'« égalisation » des sexes peut stimuler davantage la transition démographique et générer un dividende démographique au sein de la population féminine. Les femmes instruites et en bonne santé, qui usent de leurs droits et de leur libre arbitre en matière de reproduction, peuvent considérablement contribuer à la productivité et à la croissance économiques.

Assurer la continuité en temps de crise

Des conflits sans issue aux catastrophes climatiques, le monde d'aujourd'hui est en proie à des crises qui restreignent les droits et les choix. La CIPD appelle à protéger les personnes vulnérables ou contraintes de se déplacer,

notamment en leur fournissant des services de santé sexuelle et reproductive.

Si les situations de crise ne doivent pas mettre en suspens les droits et les choix, l'aide financière n'est jamais à la hauteur des besoins urgents. Pour une femme enceinte fuyant une catastrophe, la présence de personnel médical qualifié est aussi vitale pour elle et son enfant que de trouver de la nourriture et un abri.

Lorsqu'elle intervient en temps de crise, la communauté internationale doit veiller à toujours intégrer les droits et les choix en matière de reproduction dans ses interventions. Tous les acteurs humanitaires, qu'ils soient publics ou privés, gouvernementaux ou non gouvernementaux, doivent appliquer les normes minimales en matière de prestation de services, afin d'éliminer et de prendre en charge la violence sexuelle, de réduire la transmission

AGENT DU CHANGEMENT

Sheshkala Pandey

etvient de recevoir le Unsung Hero Award, un prix national décerné à des héros anonymes.

Sheshkala Pandey devait se marier en huitième année d'études. Au lieu de quoi, la jeune fille de 19 ans suit actuellement des cours à l'université, accompagne des filles dans le cadre d'un programme de mentorat,

Rien ne prédestinait Sheshkala Pandey à mener un jour cette vie. Dans sa communauté pauvre du sud du Népal, les filles sont généralement mariées le plus tôt possible, bien que l'âge minimum légal du mariage soit fixé à 18 ans. Pour beaucoup, le mariage signe la fin de leur scolarité et le début d'une vie de pauvreté et de déresponsabilisation.

Sheshkala Pandey était bien décidée à y échapper. Lorsqu'il a été question de la marier, elle a d'abord éclaté en sanglots. Puis elle a élaboré un plan d'activité, emprunté de l'argent à son frère, et monté une petite entreprise artisanale. La vente de ses produits sur les marchés lui a permis de payer ses frais de scolarité, une lourde dépense pour les familles qui finissent souvent par retirer leurs filles de l'école en vue de les marier.

Sheshkala Pandey ne s'est pas arrêtée là. Aujourd'hui, lorsqu'elle n'est pas en train d'étudier à l'université, elle enseigne dans un pensionnat local pour subvenir à ses besoins. Elle dirige également un groupe de 30 filles qui militent pour l'élimination des pratiques néfastes, telles que le mariage des enfants et les abus sexuels, et pour le maintien des filles dans le système scolaire. Lorsqu'elles apprennent qu'une fille va être mariée, elles interviennent pour empêcher que cela ne se produise. Il leur est même arrivé d'interrompre une cérémonie de mariage.

« J'invite [les filles] à avoir le courage de s'opposer à toutes sortes de violences imprévisibles à leur égard », explique Sheshkala Pandey. Pragmatique, elle ajoute : « Nous devons changer les mentalités, alors pourquoi se laisser impressionner par les obstacles qui se dressent sur notre chemin ? »

Grâce au courage et au leadership de Sheshkala Pandey, davantage de filles de sa communauté restent scolarisées. Les mères viennent lui demander des conseils pour que leurs filles deviennent comme elle. Sheshkala Pandey ouvre la voie à une nouvelle société, qui valorise et encourage les filles au lieu de s'en débarrasser par le mariage.

« Nous devons changer les mentalités, alors pourquoi se laisser impressionner par les obstacles qui se dressent sur notre chemin ? »



du VIH et de prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Des soins complets de santé sexuelle et reproductive doivent être dispensés dès que les conditions le permettent.

Ouvrir des perspectives

Bien qu'elles ne soient jamais souhaitables, les situations de crise sont l'occasion d'améliorer les droits et les choix – une occasion dont il faudrait profiter davantage, par exemple en créant des programmes qui permettraient aux participants de s'informer – peut-être pour la première fois – sur la santé sexuelle et reproductive, de remettre en cause les normes de genre ou de se mettre à l'abri de la violence sexiste. Même dans les situations mouvementées, les femmes et les filles

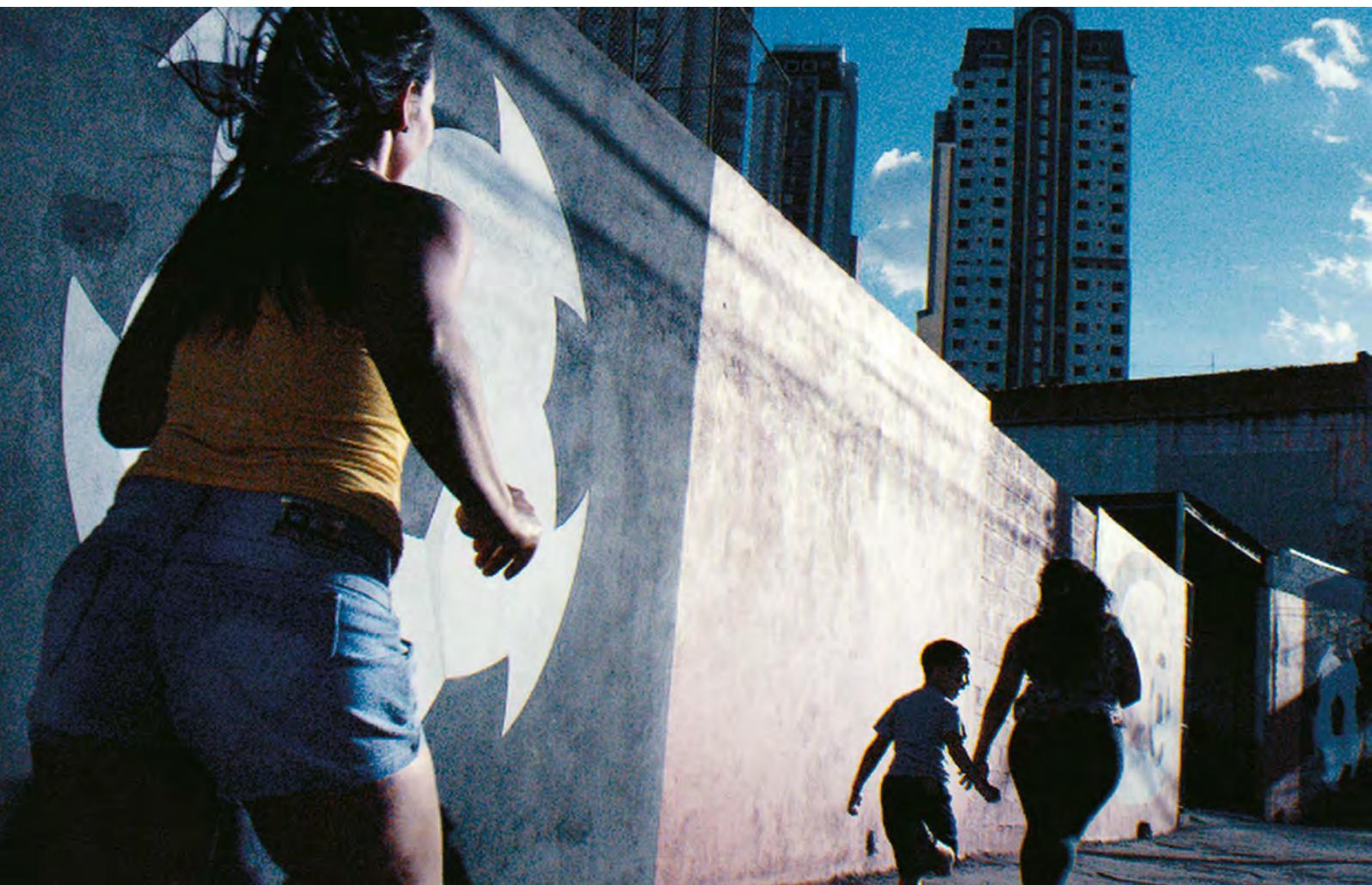
peuvent investir de nouveaux rôles, par exemple en suivant une formation professionnelle. Des mesures supplémentaires pourraient être prises pour stimuler l'investissement en faveur du soutien psychosocial et de la santé mentale, vu que la pénurie de services peut rapidement entraîner des comportements à risque (sexuels ou autres), des problèmes de santé et des violences sexistes, entre autres difficultés.

Se préparer

Toutes les crises ne sont pas évitables. La préparation aux crises consiste à élaborer des plans de gestion des catastrophes et d'atténuation des risques. Les stocks de fournitures prépositionnées en prévision des catastrophes doivent

systématiquement inclure des contraceptifs, des kits d'accouchement sûr et d'autres produits de santé reproductive de première nécessité. Les modèles de services intégrés permettent d'anticiper les effectifs et les mesures nécessaires pour assurer la continuité des services en cas d'urgence. Ces activités doivent être étayées par des mesures du financement du risque de catastrophe, insuffisant dans bon nombre de cas. La formation de conseils nationaux pour la gestion des risques chargés d'élaborer des directives est une approche prometteuse. Ces conseils sont composés de contrôleurs d'assurance, d'agences de gestion des catastrophes et des ministères concernés, y compris ceux relatifs à la santé et à l'égalité des sexes.

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos



Renforcer la résilience

La capacité de résilience et les moyens de protection constituent le meilleur bouclier contre les catastrophes. Les systèmes de santé performants et dotés de toute une gamme de services de santé sexuelle et reproductive permettent de réduire la vulnérabilité et de donner plus de choix aux usagers. Les régimes de sécurité sociale universels contribuent à préserver la santé, l'éducation et les revenus, trois facteurs essentiels à la résilience des groupes marginalisés. Ils peuvent conditionner la survie des populations et le degré de gravité des séquelles de la crise, aiguiller la prise de décisions (rester ou fuir) et faciliter la transition après le retrait de l'aide humanitaire extérieure.

Accélérer les efforts pour atteindre les objectifs du programme de la CIPD

Afin de parachever l'œuvre de la CIPD et d'avoir de réelles chances de concrétiser le Programme 2030 et d'atteindre les ODD et les trois zéros – zéro besoin non satisfait en matière de contraception, zéro décès maternel évitable, et zéro violence ou pratique néfaste à l'égard des femmes et des filles – la majorité des pays peuvent s'appuyer sur leurs récentes avancées. De nombreux pays disposent désormais des institutions et des politiques de base en matière de population et de santé reproductive, mais il leur faut à présent atteindre les personnes les plus laissées pour compte, améliorer la qualité des services, et s'adapter aux changements qui se profilent en matière de démographie et de développement. Ils vont devoir élaborer des stratégies fondées sur des données fiables (qui

font encore souvent défaut) et des fonds suffisants (qui sont en hausse, mais toujours incomplets).

Mettre en place des institutions adaptées

La question des droits et des choix ne va pas se résoudre au cas par cas. Les systèmes de santé doivent être renforcés dans leur globalité, afin que les usagers puissent accéder à tous les services de base dont ils ont besoin au cours de leur vie. Selon une étude récente publiée dans *The Lancet*, dans la plupart des pays, près des trois quarts des fonds supplémentaires nécessaires pour atteindre les cibles des ODD relatives à la santé devront être affectés au renforcement des systèmes de santé, par exemple à l'augmentation des infrastructures et des effectifs dans les professions de santé (Stenberg *et al.*, 2017). Bien que de nombreux pays en développement aient pris des mesures pour décentraliser leurs services publics, dont le secteur de la santé, il reste beaucoup à faire pour améliorer les capacités infranationales, afin que les structures soient correctement financées et adaptées aux besoins locaux.

L'élaboration d'un plan national de couverture sanitaire universelle tenant compte des interdépendances entre les ODD permettrait de connecter tous les facteurs qui influent sur la santé humaine en général, et sur la santé sexuelle et reproductive en particulier. Par exemple, les personnes ont besoin de vivre dans un environnement propre, qui favorise la bonne santé durant la grossesse et permet de réduire le risque de cancer de l'appareil reproducteur. L'exercice d'un emploi décent permet

aux femmes de planifier leur famille tout en améliorant leur revenu et leur autonomie. L'éducation donne aux jeunes les clés dont ils ont besoin pour faire des choix sains et éclairés. Comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays, les dispositifs nationaux de collaboration intersectorielle permettent de mieux comprendre les interactions et les interdépendances à l'œuvre entre ces différents facteurs.

Depuis la CIPD, l'implication massive de la société civile et des groupes non gouvernementaux dans l'élaboration et la planification des politiques, souvent avec l'appui de l'UNFPA, a renforcé la responsabilité en matière de droits et de choix. La participation continue d'évoluer, comme en témoigne la création de la Coalition pour la fourniture de produits de santé reproductive et de l'initiative Family Planning 2020. Ces groupes pourraient notamment attirer l'attention sur les services de santé sexuelle et reproductive qui ne sont pas pris en compte dans les cibles et les indicateurs des ODD et risquent d'être délaissés par les décideurs politiques et les investisseurs.

Dans certains cas, il peut être nécessaire d'agrandir le réseau et de renforcer les capacités pour impliquer les acteurs de la société civile et les organismes non gouvernementaux représentant les petites communautés et les groupes marginalisés, et pas seulement les organisations nationales et internationales. La participation des jeunes, des personnes âgées, des membres de la communauté LGBTI, des personnes handicapées, des peuples autochtones et des autres minorités pourrait bien souvent être améliorée. Il convient également de prêter attention à différents niveaux

AGENT DU CHANGEMENT

Dany Stolbunov

Dany Stolbunov, jeune Ukrainien désormais âgé de 20 ans, admirait son médecin et lui faisait confiance. Un jour, il lui a confié son rêve de devenir médecin, espérant que celui-ci le conforterait dans son choix. C'est le contraire qui s'est produit.

« Tu ne peux pas devenir médecin, s'est-il entendu répondre. Tu as le VIH. »

Né avec le VIH, Dany Stolbunov n'a appris sa séropositivité qu'à l'âge de 8 ans, lorsque son père est mort du sida. En grandissant, il a subi de plein fouet la stigmatisation encore associée au VIH/sida, y compris de la part des soignants, qui sont pourtant au premier rang de la prise en charge de cette maladie. Jeune adulte, il était bien décidé à se battre pour faire cesser ces attitudes discriminatoires.

« Nous sommes la première génération de personnes nées avec le VIH qui arrive à l'âge adulte et peut en parler ouvertement », a-t-il déclaré aux participants de la Conférence internationale sur le sida 2018, le plus grand rassemblement mondial sur une question de santé.

Dany Stolbunov, qui dirige l'organisation ukrainienne *Teenergizer!*, a joué dans la pièce de théâtre documentaire *Don't Tell Anyone*, présentée durant la conférence. Celle-ci décrit la vie des personnes séropositives en Europe de l'Est et appelle à une meilleure prise en compte du message des jeunes vivant avec le VIH.

Créée par des adolescents pour les adolescents, *Teenergizer!* milite pour que tous les adolescents puissent s'épanouir et user de leurs droits, et pour mettre un terme à toutes les formes de discrimination, notamment celles infligées aux personnes vivant avec le VIH. L'accès des jeunes aux informations, même fondamentales, sur le VIH n'est pas considéré comme une priorité, alors que le VIH est l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans.

Dany Stolbunov copréside également The Pact, une coalition de plus de 80 organisations et réseaux dirigés par les jeunes engagés en faveur de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, qui ont pour ambition d'éradiquer le sida d'ici à 2030. Il déclare : « Rien pour nous, sans nous. Nous sommes prêts à nous battre pour nos droits. »

**« Rien pour nous, sans nous.
Nous sommes prêts à nous
battre pour nos droits. »**



de diversité (jeunes femmes issues d'un milieu défavorisé, par exemple).

La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pourraient être volontairement intégrés dans le mandat de supervision des institutions nationales de défense des droits de l'homme et dans le programme des examens parlementaires. Les membres du système judiciaire pourraient être spécialement formés, en vue de réduire les pratiques juridiques discriminatoires, qui persistent même dans les juridictions appliquant une législation conforme aux normes relatives aux droits de l'homme.

Trouver les financements

En dépit des problèmes liés au suivi du financement des engagements pris au titre de la CIPD, les données montrent clairement que l'on est encore loin du compte. La CIPD stipulait que les deux tiers du montant requis seraient mobilisés par les pays en développement eux-mêmes, le financement du dernier tiers revenant à la communauté internationale.

La plupart des services de santé subventionnés par l'État financent en priorité les soins de santé maternelle, néonatale et de l'enfant, et, dans une moindre mesure, la planification familiale. Si les services de lutte contre le VIH/sida font l'objet d'une grande attention de la part des donateurs dans les zones endémiques, les ressources nationales et internationales consacrées à la violence sexuelle, à la stérilité et aux cancers de l'appareil reproducteur sont en revanche beaucoup plus modestes (Starrs *et al.*, 2018). Le déploiement d'une offre universelle de soins essentiels de santé sexuelle et reproductive nécessiterait

l'harmonisation des dotations budgétaires.

Selon une étude, la somme requise pour que la majorité des pays atteignent toutes les cibles des ODD relatives à la santé pourrait avoisiner les 371 milliards de dollars par an d'ici à 2030, loin des 134 milliards par an initialement prévus (Stenberg *et al.*, 2017). Ceci permettrait, entre autres, de réduire de presque de moitié le taux de mortalité maternelle et d'éviter 400 millions de grossesses non prévues et 10,8 millions de décès dus au VIH/sida.

Les pays à revenu intermédiaire ont les moyens de s'autofinancer et même de se montrer plus ambitieux, estiment les auteurs de l'étude. Les pays à faible revenu ne pourront pas s'autofinancer complètement et auront encore besoin d'une aide extérieure, cependant même les plus pauvres peuvent mettre en œuvre certaines composantes de

la couverture sanitaire universelle. Tous les pays devront hiérarchiser leurs investissements en vertu du principe d'équité, en ciblant d'abord les populations les plus marginalisées et en respectant leurs engagements en faveur des droits fondamentaux. Les pays en développement ayant réussi à financer l'élargissement de leurs services de santé ont notamment pris les mesures suivantes : subventionner les populations cibles au moyen des recettes fiscales ; populariser l'affiliation au régime d'assurance maladie de l'État ; et réduire les dépenses directes des usagers tout en accroissant la part des dépenses de santé supportée par l'État (Starrs *et al.*, 2018).

Une approche de la budgétisation fondée sur les droits peut orienter les décisions et contribuer à définir de nouvelles priorités, telles que l'augmentation des allocations afin de garantir à tous un accès à l'éventail

© Sven Torfinn/Panos Pictures





Atteindre les trois zéros

ZÉRO besoin non satisfait en matière de contraception

ZÉRO décès maternel évitable

ZÉRO violence ou pratique néfaste à l'égard des femmes et des filles – exige ambition et engagement.

complet des moyens de contraception dans les communautés les plus pauvres, et l'ajustement progressif de la politique fiscale en vue de créer des recettes qui permettront d'étendre les services.

À l'heure actuelle, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté chaque année à cause des dépenses de santé (Starrs *et al.*, 2018). Il est possible de réduire les dépenses des usagers en recourant

à des financements communs ou à des régimes d'assurance. En de nombreux endroits, les programmes de coupons, le financement axé sur la performance, les programmes d'assurance sociale et les transferts conditionnels d'argent aux familles ont permis d'améliorer la santé sexuelle et reproductive (Starrs *et al.*, 2018). Si certains pays peuvent légitimement envisager de privatiser leurs services de santé, ils doivent

veiller à ne pas rendre les coûts rétroactifs pour les pauvres et les jeunes, ce qui les priverait de leurs droits.

Outre les ressources nationales, divers phénomènes externes qui freinent le financement des soins de santé doivent être endigués, à commencer par le non-respect des engagements mondiaux en matière d'APD et d'aide humanitaire. Le service de la dette



© Filippo Monteforte/Getty Images

constitue une autre difficulté de taille puisqu'il impose une lourde restriction des dépenses consacrées aux services essentiels et va de ce fait à l'encontre des droits fondamentaux.

Évaluer la situation

Les politiques, les programmes et les investissements nécessaires pour exercer ses droits et faire des choix en matière de reproduction doivent s'appuyer sur des données

pertinentes. Bien que la collecte des données ait progressé depuis la CIPD, la couverture et les capacités en matière de recueil et d'analyse restent lacunaires. Les enquêtes sont souvent utilisées pour combler provisoirement le manque de sources administratives fiables (registres de l'état civil, etc.).

De nombreux pays ne disposent pas de données ventilées, ce qui les empêche d'analyser et de prendre correctement en charge les besoins des communautés marginalisées, par exemple, ou d'effectuer des comparaisons entre les régions ou entre les zones urbaines, périurbaines et rurales. Les données relatives à la santé reproductive se focalisent souvent sur les femmes mariées en âge de procréer et pas assez sur les femmes célibataires, les jeunes, les personnes âgées où les membres de la communauté LGBTI. Enfin, un tiers seulement de tous les pays et territoires disposent de données fiables sur la mortalité maternelle (ONU Femmes, 2018). Les données relatives à la part des ressources financières consacrée à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, à l'étendue du travail domestique non rémunéré, à la surveillance des IST et à l'ampleur de la violence sexiste font également défaut. Le caractère multidimensionnel de la discrimination et l'évolution de la pyramide des âges sont peu étudiés en dépit de leur forte influence sur le développement.

L'attention accordée au suivi dans le cadre du Programme 2030 est l'occasion de remédier à ces carences, d'autant que le suivi des progrès réalisés au titre de la CIPD contribue directement à plusieurs des principales

finalités des ODD. Les séries de recensements qui débiteront en 2020 peuvent être orientées de façon à permettre l'actualisation et la ventilation des données requises dans le cadre du Programme 2030, en misant sur les nouvelles technologies et l'innovation. Les technologies, permettant notamment l'utilisation d'informations géospatiales et d'instruments électroniques portatifs, viennent progressivement optimiser la collecte de données. Les logiciels de modélisation en accès libre offrent de nouvelles fonctionnalités qui permettent de mesurer les interactions à l'œuvre entre la population, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, et le développement durable.

Atteindre les trois zéros

Les évolutions observées ces cinquante dernières années ont progressivement transformé la vie des gens et traversé les générations. Les femmes d'aujourd'hui mènent une existence souvent plus enviable que celle de leur mère et peuvent espérer une vie encore meilleure pour leurs filles. Cet espoir repose largement sur la reconnaissance et le respect des droits et des choix pour tous en matière de santé sexuelle et reproductive. Atteindre les trois zéros – zéro besoin non satisfait en matière de contraception, zéro décès maternel évitable, et zéro violence ou pratique néfaste à l'égard des femmes et des filles – exige ambition et engagement. Le chemin est difficile, semé d'embûches, et loin de faire l'unanimité. Mais les femmes et les hommes ont déjà remporté de nombreuses victoires afin de faire valoir leurs droits et leurs choix, et ils continueront dans cette direction. L'Histoire est de leur côté.



PLUS QUE MA MÈRE, MOINS QUE MA FILLE

Elles ont 35 ans. Elles ont eu des enfants, continuent d'en avoir ou y songent. Contrairement à bon nombre de leurs mères, la plupart d'entre elles ne restent pas à la maison, mais travaillent. Elles sont des leaders de leur communauté et assurent la subsistance de leur famille, entre autres nombreux rôles.

Beaucoup rêvent de choses auxquelles leurs mères n'auraient jamais pensé. Elles ont la chance de gagner un revenu et d'avoir accès à des services qui leur permettent de faire valoir certains de leurs droits et de leurs choix en matière de reproduction. Certains de ces droits ont été concrétisés à la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire alors qu'elles avaient tout juste 10 ans.

Pourtant, pour les femmes se trouvant tout en bas de l'échelle économique, en particulier, ces droits et ces choix ne sont, dans le meilleur des cas, qu'à moitié respectés. Les contraintes sont nombreuses : faible niveau d'éducation, absence de travail décent, augmentation du coût des services de santé. Même les femmes qui occupent un emploi mieux rémunéré peuvent faire face à d'importantes difficultés financières liées à la maternité et à la garde des enfants.

Le monde a-t-il tenu ses promesses envers la génération née après la CIPD ? Pas entièrement. Pas encore.

Ces femmes de 35 ans sont pleines de courage et d'espoir. Elles croient en un meilleur avenir pour leurs enfants. Pour l'instant, leurs histoires nous montrent jusqu'où nous sommes parvenus et tout ce qu'il nous reste encore à accomplir.



© UNFPA/M. Bradley

« J'ai de l'expérience et des connaissances, mais un diplôme reconnaîtrait mes compétences. »

Fanie

Haïti : une éducation perdue

Fanie est née dans les montagnes, à l'extérieur de Port-au-Prince, la capitale d'Haïti. Elle vivait avec ses 12 frères et sœurs dans une petite maison de trois pièces. Ses parents cultivaient un beau potager qui leur permettait de nourrir la famille, et sa mère possédait une boucherie réputée.

Pourtant, les pressions liées à la subsistance d'une famille nombreuse ont poussé ses parents à retirer Fanny

de l'école à l'âge de 10 ans afin qu'elle aille travailler chez un cousin, en ville. Ils espéraient qu'elle aurait l'occasion de poursuivre ses études. Ces rêves se sont vite envolés face aux tâches ménagères, chronophages et épuisantes, et aux mauvais traitements qu'elle subissait régulièrement dans une deuxième famille.

À 20 ans, Fanie était tombée amoureuse, et elle était enceinte. Ce n'était pas prévu, mais personne ne lui avait jamais rien dit, sauf qu'il pouvait

être dangereux de s'approcher « trop près » d'un homme. Son compagnon l'a finalement quittée pour une autre femme alors qu'elle était enceinte de six mois, et Fanie a dû accoucher seule. Aujourd'hui, son fils est âgé de 15 ans et va à l'école, mais Fanie peine constamment à joindre les deux bouts. Elle fait le ménage pour gagner sa vie et regrette de n'avoir pas pris ses propres études plus au sérieux. Cela lui aurait permis de réaliser son rêve de devenir cuisinière afin d'ouvrir un jour, peut-être, un petit restaurant.

« J'ai de l'expérience et des connaissances, mais un diplôme reconnaîtrait mes compétences, dit-elle. J'ai dû accepter tant de choses, notamment le fait de vivre chez d'autres personnes, de tout faire dans la maison et de subir des humiliations permanentes. J'espère que mon fils apprendra et deviendra quelqu'un, et qu'il aura une vie bien meilleure que la mienne. »

Elle aimerait avoir un autre enfant, mais s'inquiète des coûts que cela implique et de l'absence de relation stable. « Je ne veux pas être en couple avec un homme, avoir un enfant puis me rendre compte que cela ne fonctionne pas et me



© UNFPA/R. Anis

retrouver à assumer seule toutes les responsabilités, dit-elle. Pour être en mesure de subvenir aux besoins d'un enfant, il me faudrait deux revenus. »

Pour l'instant, elle recourt aux préservatifs pour éviter de tomber enceinte, mais ils sont devenus chers ; les cliniques publiques n'en fournissent plus toujours gratuitement comme c'était le cas par le passé.

Fanie subit également des pressions de la part de ses sœurs, qui ont beaucoup plus d'enfants et attendent d'elle qu'elle les aide. L'une de ses sœurs a confié deux de ses enfants à une organisation internationale qui avait promis de les instruire et de les rendre à leur famille à l'âge de 18 ans, mais

« Je n'ai pas vu les changements dont les gens parlent. »

Um Ahmed

ils ne sont jamais revenus. Personne ne sait où ils se trouvent.

Égypte : lutter pour gagner sa vie et rester en bonne santé

Um Ahmed est née dans un quartier pauvre du Caire, berceau du Programme d'action de la CIPD. « Je n'ai pas vu les changements dont les gens parlent », dit-elle simplement. Elle a dû arrêter ses études après l'école primaire à cause de la pauvreté. Avant de se marier à l'âge de 27 ans, Reda travaillait dur comme couturière et domestique, cumulant les petits boulots afin de gagner assez d'argent pour acheter le mobilier et les appareils ménagers

© UNFPA/M. Bradley





© UNFPA/R. Anis

qu'une jeune fille doit apporter quand elle se marie.

Elle a enchaîné deux grossesses successives qui se sont terminées par deux accouchements prématurés et la perte de ses enfants. Grâce à une intervention chirurgicale reçue dans un hôpital public, elle a pu poursuivre sa troisième grossesse assez longtemps pour donner naissance à un fils, Ahmed, aujourd'hui âgé de 6 ans.

Au cours de ces épreuves, Um Ahmed a découvert que les années passées à travailler de longues heures pour un maigre salaire avaient eu des conséquences irréversibles. Elle avait contracté un virus qui compliquait ses grossesses. Ses faibles revenus ne lui permettant pas de bénéficier de soins de santé de base, comme les visites prénatales régulières chez le médecin, elle a dû emprunter de l'argent auprès

de plusieurs membres de sa famille afin de couvrir les frais supplémentaires engagés pour pouvoir mener une grossesse à terme.

La mère de Um Ahmed a eu cinq enfants ; elle travaillait uniquement chez elle. Um Ahmed, quant à elle, n'en a qu'un seul ; son fils Ahmed aimerait avoir un petit frère ou une petite sœur, mais elle a décidé de ne pas avoir d'autre enfant, car elle ne gagne tout simplement pas assez d'argent. Le coût de la vie est toujours au-dessus de ses moyens. « Si je voulais un enfant, je devrais passer des examens médicaux et me faire opérer de nouveau. Cela coûte trop cher. J'ai beau travailler très dur, j'ai l'impression que les choses ne s'améliorent jamais », déplore-t-elle.

Son mari, ouvrier, veut d'autres enfants et conteste sa décision d'utiliser un dispositif intra-utérin, bien qu'il ne

travaille que de manière sporadique. Parfois, quand leurs disputes s'enveniment, il la bat en hurlant que Dieu leur fournira l'argent dont ils ont besoin. Um Ahmed connaît le numéro d'urgence qu'elle peut appeler pour demander de l'aide, mais elle a peur qu'une séparation permanente de son mari brise sa relation avec son fils.

Quand elle avait dix ans, Um Ahmed était une élève sérieuse ; tous les jours, elle se rendait à l'école à pied, marchant une heure à l'aller et une heure au retour, car sa famille n'avait pas les moyens de payer les transports. Elle rêvait d'aller à l'université, de trouver un travail décent et de vivre dans une maison confortable. À présent, c'est ce qu'elle espère pour son fils. « Je suis déterminée, jusqu'à mon dernier souffle, à lui permettre de rester à l'école et de mener une vie digne. »

Guinée-Bissau : à la recherche d'une relation stable

Née en Guinée-Bissau, sur la côte ouest de l'Afrique, Marta Paula Sanca a pu terminer ses études secondaires et a un meilleur travail que Reda ou Fanny, bien qu'elle ait commencé sa scolarité sous un arbre, dans un quartier pauvre de Bissau, la capitale du pays. Son frère et elle étaient les deux seuls enfants survivants d'une fratrie de cinq.

Quand elle avait 13 ans, alors qu'elle faisait des achats au marché pour sa mère, Marta Paula a été abordée par un homme qui lui a acheté des friandises. Elle n'a pas compris ce qui lui arrivait quand il l'a violée, ni quand elle est tombée enceinte. Elle se souvient être restée à l'hôpital pendant quelque temps avant l'accouchement, car elle était si jeune que les médecins étaient inquiets pour sa vie. Ces derniers ont également dissuadé ses parents d'autoriser un avortement, affirmant que cela risquait aussi de la mettre en danger. Ils soutenaient que même si Marta Paula décédait plus tard au cours de la grossesse, au moins le bébé aurait peut-être des chances de survivre. Finalement, l'accouchement s'est bien passé.

Peu de temps après, à la fin des années 1990, la guerre civile coûte la vie à son père et sa mère tombe malade. En tant que mère

adolescente, on attend de Marta Paula qu'elle travaille pour aider sa mère et son jeune frère. Tant bien que mal, la jeune fille réussit à terminer ses études secondaires tout en élevant son enfant, en faisant des ménages et en vendant des marchandises dans la rue. Elle entame une relation qui promet d'être stable et, quand elle a 19 ans,

son partenaire et elle décident d'avoir un autre enfant. Malheureusement, son compagnon, qui travaillait comme chauffeur et était souvent en déplacement, la quitte quelque temps plus tard pour une autre femme.

À présent, elle occupe un emploi d'agent de sécurité et aimerait avoir

« Je conseille à toutes les mères de Guinée-Bissau d'utiliser les services de planification familiale et de choisir une méthode de contraception dès que leurs filles ont 12 ans. »

Marta Paula

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Barbosa

d'autres enfants. Mais comme Fanny, elle attend pour cela d'avoir une relation stable, ce qui semble difficile pour le moment. Elle travaille de longues heures chaque jour : bien souvent, ses enfants dorment encore quand elle part le matin, et sont déjà couchés quand elle rentre le soir.

Elle s'inquiète de voir les normes changer dans son pays, qui est aujourd'hui inondé d'informations provenant du reste du monde. À son époque, tomber enceinte à 13 ans était tout à fait inhabituel. « Mais aujourd'hui, c'est très courant », affirme-t-elle, attribuant cette évolution à une éducation plus laxiste

et à une sexualité plus précoce. La pauvreté joue elle aussi un rôle, car elle pousse certaines filles à vendre leur corps pour pouvoir payer leurs frais de scolarité et obtenir l'argent dont leur famille a besoin.

Les informations sur la planification familiale sont largement diffusées et les services de santé reproductive sont pour la plupart disponibles ; pourtant, d'une manière ou d'une autre, les adolescentes n'y ont pas accès. Bien que ses enfants soient des garçons, Marta Paula insiste sur un dernier point : « Je conseille à toutes les mères de Guinée-Bissau d'utiliser

les services de planification familiale et de choisir une méthode de contraception dès que leurs filles ont 12 ans. »

Bosnie-Herzégovine : des choix contraceptifs limités

Mediha Besic s'est mariée à 15 ans et a eu son premier enfant à 16 ans. Elle a aujourd'hui 35 ans et cinq enfants âgés de 4 à 19 ans. Elle fait partie d'une communauté rom marginalisée d'une région rurale de Bosnie-Herzégovine. Trop pauvres pour acheter des moyens de contraception modernes, son mari et elle doivent recourir à des méthodes

traditionnelles moins efficaces comme le retrait. « Il aurait été plus facile d'élever deux enfants, dit Mediha. Je voulais utiliser un contraceptif, mais quand on n'a pas d'argent, cela coûte trop cher. »

Comme sa mère avant elle, Mediha ne travaille qu'à la maison. Son mari récupérait et vendait des matériaux de construction non utilisés, mais son activité s'est réduite au fil des années, ces matériaux se faisant de plus en plus rares et l'essence devenant de plus en plus chère. À présent, il ne travaille plus qu'occasionnellement comme journalier. La plupart du temps, le couple et ses enfants survivent grâce à des allocations familiales versées par l'État qui s'élèvent à environ 50 dollars par mois, soit à peine plus que le seuil d'extrême pauvreté, selon la définition universelle.

Malgré tout, Mediha a le sentiment que sa vie s'est quelque peu améliorée depuis son enfance, et surtout depuis la guerre qui a ravagé son pays dans les années 1990. Elle se souvient qu'à l'époque, elle ne mangeait jamais à sa faim. Aujourd'hui, elle vit dans une maison plus grande que celle dans laquelle elle a grandi. Une maison faite de briques et non de matériaux de récupération, mais qui n'a toujours pas l'eau courante.

Comme elle a terminé l'école primaire, Mediha sait lire et écrire, tandis que sa mère n'a jamais mis les pieds dans

une salle de classe. Pourtant, Mediha, qui voulait devenir enseignante ou docteure quand elle était petite, a vu ses rêves d'enfant s'envoler bien loin. « Mes parents avaient six enfants et ne pouvaient pas payer des études à chacun d'entre eux, alors j'ai dû abandonner l'école. » L'une de ses sœurs a pu terminer ses études et est devenue infirmière.



© UNFPA/I. Kapetanović

« Je voulais utiliser un contraceptif, mais quand on n'a pas d'argent, cela coûte trop cher. »

Mediha

© UNFPA/I. Kapetanović





© UNFPA/I. Kapetanović

La première fois que Mediha a vu un gynécologue, elle attendait son premier enfant et était enceinte de cinq mois. Les médecins lui ont surtout parlé du bébé et de l'accouchement, mais ne lui ont pas donné beaucoup d'informations sur la planification de ses futures grossesses. « Dans notre culture, on ne parle pas de la planification familiale », indique-t-elle, se souvenant à quel point elle se sentait intimidée et honteuse.

Pourtant, aujourd'hui, elle veille à expliquer à ses deux aînées comment

se protéger. « Je veux que mes enfants finissent leurs études et trouvent un travail avant de se marier et de fonder leur propre famille, dit-elle. J'ai l'espoir que leur vie soit meilleure. »

Brésil : une vie différente, encouragée par un père

Tsitsina Xavante appartient à la communauté autochtone des A'uwe Uptabi, qui est entrée pour la première fois en contact avec le monde extérieur, au Brésil, il y a seulement 70 ans. Auparavant, son peuple vivait isolé au plus profond de

la forêt amazonienne. Quand il était jeune, le père de Tsitsina ne portait pas de vêtements et ne parlait pas un mot de portugais. Lorsqu'il est devenu le premier membre autochtone du Congrès national du Brésil, il a emmené Tsitsina, sa benjamine, vivre avec lui à Brasilia, la capitale du pays. Ses premières expériences de vie ont conduit Tsitsina à devenir l'une des responsables de l'association Namunkurá Xavante, qui représente 305 groupes autochtones différents. Cependant, elle insiste bien sur le fait qu'elle ne parle pas au nom de

tous des peuples autochtones, mais seulement en son nom propre.

Sur une fratrie de dix enfants, Tsitsina est la seule à avoir terminé des études supérieures et à posséder un diplôme de master. Jusqu'à présent, elle a décidé de ne pas se marier et de ne pas avoir d'enfant, ou du moins, pas tout de suite. Avant de perdre son père en 2002, alors âgée de 15 ans, elle lui avait demandé l'autorisation de commencer à fréquenter des

« Elles pensent qu'il est de mon devoir d'avoir des enfants pour assurer la continuité de notre peuple, dit Tsitsina. Mais elles se rendent également compte que je vis de manière différente. »

Tsitsina

© UNFPA/G. Bello



garçons, ce qu'il avait refusé. « Il souhaitait que je poursuive mes études pour pouvoir faire ce que je voulais, se souvient-elle. Il disait que, même si je me mariais, je devais être financièrement indépendante. »

Toutefois, depuis peu, ses sœurs, qui sont mariées, la poussent à avoir un fils ou une fille avant qu'il ne soit trop tard. Selon la tradition de sa communauté polygame, il serait acceptable qu'elle ait une relation avec un beau-frère pour tomber enceinte. « Elles pensent qu'il est de

mon devoir d'avoir des enfants pour assurer la continuité de notre peuple, dit Tsitsina. Mais elles se rendent également compte que je vis de manière différente. »

Ses inquiétudes à propos de sa communauté concernent notamment le fait qu'aujourd'hui, les femmes ont généralement un enfant par an pendant de nombreuses années, alors qu'auparavant, beaucoup de gens attendaient que leur premier enfant ait entre un et deux ans avant d'en avoir un deuxième. Les risques

de maladie ont augmenté du fait de la multiplication des partenaires sexuels dans les familles. Des services de santé autochtones existent, mais ne sont pas utilisés de manière régulière. Parler ouvertement de sexe et de sexualité étant extrêmement tabou, de nombreuses personnes ne connaissent presque rien de leur propre corps et ne savent pas comment explorer leur sexualité de manière responsable.

« Beaucoup de filles se marient à 14 ou 15 ans et ont des enfants vraiment très jeunes, indique Tsitsina. Cela convient très bien à certaines d'entre elles, mais elles n'acquiescent jamais de nouvelles perspectives. J'aimerais pourtant que ce soit le cas, parce que sinon, elles se contenteront toujours de la vie qu'elles connaissent et considèrent comme normale, sans être stimulées par quelque chose de nouveau. »

Ce n'est pas simple. Sa communauté n'a pas accès à Internet, bien qu'elle soit à présent raccordée au réseau électrique. Prendre le bateau pour se rendre dans la ville la plus proche coûte cher – et c'est le seul moyen de transport. En outre, dans cette société patriarcale où le travail et les rôles clairement attribués aux femmes sont dévalorisés, il peut être extrêmement difficile pour les filles de trouver la motivation nécessaire pour poursuivre leurs rêves. Toutefois, elles peuvent voir en Tsitsina un modèle, une personne dévouée à sa communauté même si elle a choisi un mode de vie différent.

© UNFPA/G. Bello





© UNFPA/Lexicon

« J'ai de la chance d'avoir plus de possibilités aujourd'hui grâce au soutien de mes parents. »

Rasamee

Thaïlande : une culture en évolution

« J'adore mon travail », s'exclame Rasamee avant de décrire brièvement son rôle de responsable du développement durable au sein de la principale entreprise de télécommunications de Thaïlande. C'est un poste où la pression est forte et qui l'occupe de longues heures chaque jour. Elle doit élaborer des stratégies avec les directeurs et les membres du conseil

d'administration afin de décider des changements fondamentaux à apporter aux activités de l'entreprise sur le long terme. Et Rasamee se montre à la hauteur de ce défi cinq mois seulement après avoir donné naissance à son premier enfant.

Sa vie est bien différente de celle de ses grands-parents, qui ont émigré en Thaïlande depuis la Chine et pensaient que l'école était réservée aux garçons et que

les filles devaient rester à la maison. Rasamee est diplômée en économie et en commerce international. C'est sa mère, qui a arrêté l'école à la fin de l'enseignement primaire, qui l'a encouragée à poursuivre ses études. En grandissant, Rasamee a vu ses parents aux prises avec des difficultés financières. Sa mère travaillait à la maison et son père cherchait des emplois dans le bâtiment, mais il était souvent malade.

« J'ai de la chance d'avoir plus de possibilités aujourd'hui grâce au soutien de mes parents, dit-elle. Avant, j'imaginais la vie prospère que je voulais mener. Nous avons toujours eu conscience de toutes ces personnes qui vivaient dans la souffrance. Par conséquent, je ne voulais pas uniquement avoir suffisamment

pour subvenir à mes besoins, mais aussi donner un sens à mon existence. » Son travail actuel consiste notamment à réfléchir à la manière dont l'entreprise peut aider la Thaïlande à progresser vers la réalisation des ODD.

Rasamee s'est épanouie dans sa vie professionnelle pendant de nombreuses années sans envisager de se marier. Elle a finalement épousé son mari peu avant la naissance de son premier enfant. « Culturellement, les choses ont évolué, dit-elle. Les femmes peuvent travailler et s'occuper d'elles-mêmes sans dépendre de leur mari. »

Cette liberté est étayée par les informations sur la planification familiale, qui sont largement diffusées et enseignées à l'école de manière régulière. Des moyens de contraception sont disponibles dans presque tous les magasins. « Notre gouvernement a énormément promu la planification familiale, explique Rasamee. Cela ne gêne personne d'en parler. »

Après la naissance de son bébé, elle était si impatiente de retourner travailler qu'elle n'a pris que deux mois de congé maternité, bien que

son entreprise autorise un congé de trois mois. Elle souhaite avoir un deuxième enfant, mais pas trois ou quatre comme cela était auparavant courant dans sa communauté.

« Mon mari travaille, lui aussi. Nous n'aurions jamais le temps de nous occuper d'une famille aussi nombreuse ! » dit-elle en riant. Le couple a déjà commencé à épargner pour l'éducation de leur nouveau-né, et le mari de Rasamee prévoit de développer son entreprise afin de pouvoir assumer les coûts liés à une plus grande famille.

© UNFPA/Lexicon



Sri Lanka : un cadeau inattendu — des enfants après un cancer

Shara Ranasinghe a grandi au Sri Lanka, où elle a passé une enfance tumultueuse. Lorsque ses parents ont divorcé, le juge a décidé que Shara, qui était fille unique, irait vivre avec son père, car ce dernier jouissait d'une bonne stabilité financière, contrairement à sa mère. « Ma mère était une enfant brillante, mais elle n'a jamais pu continuer ses études après le secondaire. À 20 ans, elle était mariée et mère de famille », indique Shara.

Son père s'est ensuite remarié et Shara a subi les mauvais traitements de sa belle-mère, qui la battait parfois. Lorsque sa mère lui demandait ce qui lui était arrivé, elle inventait toutes sortes d'excuses, disant par exemple qu'elle était tombée dans les escaliers pour ne pas susciter davantage d'inquiétude et de colère.

Malgré son enfance malheureuse, Shara devient forte et indépendante. Elle déménage en Malaisie pour entreprendre des études universitaires dans lesquelles elle s'épanouit jusqu'à ce qu'on lui diagnostique un cancer, au cours de la dernière année de son cursus. Elle dit alors à son compagnon qu'il ferait mieux de la quitter, mais il refuse et reste à ses côtés pendant qu'elle enchaîne les séances épuisantes de chimiothérapie et de radiothérapie.



© UNFPA/C. Learson

« Ma mère était une enfant brillante, mais elle n'a jamais pu continuer ses études après le secondaire. À 20 ans, elle était mariée et mère de famille. »

Shara

Lorsque Shara est tirée d'affaire, les médecins lui annoncent qu'elle a très peu de chances d'avoir un jour un enfant. À un moment, on lui demande si elle veut conserver ses ovocytes, mais le sujet étant abordé devant son père, elle se sent trop mal à l'aise pour poursuivre la discussion. Shara et son compagnon décident tout de même de se marier, et la jeune femme découvre peu après qu'elle est enceinte. « Voir le test devenir positif a été la meilleure

chose qui me soit arrivée dans ma vie », confie-t-elle.

Depuis, elle a eu deux autres enfants et a déménagé en Australie pour y entreprendre des études de troisième cycle et effectuer un doctorat en communication avec des patients atteints de cancer. Bien qu'elle ait toujours voulu une famille nombreuse, chaque grossesse met en danger sa santé fragile. En outre, d'un point de vue financier, avoir

trois enfants semble suffisant. Même si, en Australie, des aides sont prévues pour faire garder les enfants, Shara et son mari étaient inquiets à l'idée d'être séparés de leurs jeunes enfants et ont organisé leur travail de manière à ce que l'un des deux parents soit toujours à la maison avec eux.

Par la suite, Shara a vu sa carrière dans l'enseignement progresser ; la jeune femme est alors devenue le principal soutien de la famille, tandis que son mari a mis sa carrière d'ingénieur entre parenthèses pour travailler de manière flexible dans des cafés, où il servait à manger.

Plus récemment, les beaux-parents de Shara sont venus vivre avec le couple, et son mari a repris son travail d'ingénieur.

Dans le monde qui l'entoure, elle observe de plus en plus d'ouverture d'esprit : dans son université, les femmes accèdent enfin à des fonctions de direction et, dans l'école de sa fille, un garçon a pour la première fois demandé à être considéré comme une fille. Son premier bébé « miracle » a aujourd'hui presque 10 ans ; c'est une petite fille talentueuse et sensible. « Je veux qu'elle devienne forte, dit Shara. J'espère qu'elle ne subira pas

de discrimination, mais il y a encore énormément d'inégalités. »

Elle pense que l'Australie a une longueur d'avance et comprend mieux les évolutions du monde que le Sri Lanka, qui selon elle reste un pays très conservateur vis-à-vis des femmes. Elle bénéficie de l'appui indéfectible de ses parents, qui la soutiennent dans ses choix afin qu'elle puisse réaliser ses rêves. Mais elle reconnaît que « [son] pays a encore quelques années de retard » et espère « que les futures générations naîtront dans un pays qui promeut l'égalité des chances pour tous ».



Indicateurs

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD	page 152
Indicateurs démographiques	page 164
Notes techniques	page 170

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

SANTÉ ET DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION															
DONNÉES MONDIALES ET RÉGIONALES	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^f	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes ^f			Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a		Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), Estimation basse Estimation hausse		Naissances assistées par un personnel de santé qualifié, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994*	2015	2015	2015	2017	2014
TOTAL MONDIAL	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57
Régions développées	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–
Régions en développement	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–
Pays les moins avancés	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 ^d	49
DONNÉES RÉGIONALES															
Afrique de l'Est et Afrique australe	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1 040	676	586	862	52	38
Amérique latine et Caraïbes	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95 ^c	–
Asie et Pacifique	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 ^b	–
États arabes	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–
Europe de l'Est et Asie centrale	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–
PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS															
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
Afghanistan	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1 300	396	253	620	51	–
Afrique du sud	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–
Albanie	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69
Algérie	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–
Allemagne	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–
Angola	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1 180	477	221	988	50	62
Antigua-et-Barbuda	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–
Argentine	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–
Arménie	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australie	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–
Autriche	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–
Azerbaïdjan	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–
Bahamas	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–
Bahrein	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–
Bangladesh	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–
Barbade	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–
Bélarus	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–
Belgique	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–
Belize	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–
Bénin	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	SANTÉ ET DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION														
	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^f		Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes ^f		Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^g		Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), Estimation basse Estimation haute		Naissances assistées par un personnel de santé qualifié, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Bhoutan	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–
Bolivie (État plurinational de)	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–
Bosnie-Herzégovine	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–
Botswana	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–
Brésil	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
Bulgarie	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
Burkina Faso	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
Burundi	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1 250	712	471	1 050	85	44
Cabo Verde	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
Cambodge	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
Cameroun (République du)	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
Canada	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
Chili	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
Chine	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
Chine, RAS de Hong Kong	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–
Colombie	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
Comores	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
Congo (République démocratique du)	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1 010	80	31
Congo (République du)	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
Corée (République de)	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
Corée (République populaire démocratique de)	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
Costa Rica	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
Côte d'Ivoire	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
Croatie	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–
Cuba	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
Djibouti	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
El Salvador	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
Émirats Arabes Unis	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
Équateur	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
Érythrée	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1 210	501	332	750	34	–
Espagne	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	SANTÉ ET DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION														
	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^f		Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes ^f		Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a		Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), Estimation basse Estimation haute		Naissances assistées par un personnel de santé qualifié, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Estonie	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–
Eswatini	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
États-Unis d'Amérique	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–
Éthiopie	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1130	353	247	567	28	45
Fédération de Russie	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–
Fidji	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–
Finlande	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–
France	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–
Gabon	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48
Gambie	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1 030	57	41
Georgia	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–
Ghana	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52
Grèce	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–
Grenade	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–
Guadeloupe	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–
Guam	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–
Guatemala	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65
Guinée	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23
Guinée-Bissau	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	–
Guinée équatoriale	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1 170	342	207	542	68	–
Guinée française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyane	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71
Haïti	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59
Honduras	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70
Hongrie	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–
Îles Salomon	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–
Îles Turques et Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–
Inde	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–
Indonésie	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–
Iran (République islamique d')	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–
Iraq	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–
Irlande	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–
Islande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–
Israël	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–
Italie	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–
Jamaïque	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–
Japon	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	SANTÉ ET DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION														
	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^f		Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes ^f		Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^g		Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), Estimation basse Estimation haute		Naissances assistées par un personnel de santé qualifié, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Jordanie	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73
Kazakhstan	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
Kenya	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
Kirghizistan	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
Kiribati	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
Koweït	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
Lesotho	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
Lettonie	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–
Liban	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
Libéria	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1 890	725	527	1 030	61	67
Libye	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
Lituanie	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
Macédoine du Nord	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–
Madagascar	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
Malaisie	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–
Malawi	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
Maldives	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
Mali	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
Malte	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
Maroc	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
Martinique	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
Maurice	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
Mauritanie	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
Mexique	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
Moldova (République de)	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
Mongolie	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
Monténégro	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
Mozambique	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1 210	489	360	686	54	49
Myanmar	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
Namibie	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
Népal	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
Nicaragua	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
Niger	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
Nigéria	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1 270	814	596	1 180	43	51
Norvège	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
Nouvelle-Calédonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	SANTÉ ET DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION														
	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^f		Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes ^f		Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a		Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), Estimation basse Estimation haute		Naissances assistées par un personnel de santé qualifié, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Oman	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
Ouganda	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62
Ouzbékistan	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–
Pakistan	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–
Palestine ¹	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
Panama	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
Paraguay	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–
Pays-Bas	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–
Pérou	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–
Philippines	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81
Pologne	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–
Polynésie française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
Puerto Rico	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
Qatar	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
République arabe syrienne	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–
République centrafricaine	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1 320	882	508	1 500	40	–
République démocratique populaire lao	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–
République dominicaine	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
Réunion	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
Roumanie	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
Royaume-Uni	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–
Rwanda	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1 270	290	208	389	91	70
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–
Sainte-Lucie	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–
Samoa	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
Sao Tomé-et-Principe	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
Sénégal	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
Serbie	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2 900	1 360	999	1 980	60	40
Singapour	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–
Slovénie	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	SANTÉ ET DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION																					
	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^f				Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes ^f				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^f			Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a		Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), Estimation basse Estimation haute		Naissances assistées par un personnel de santé qualifié, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018						
Somalie	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1 200	732	361	1 390	9	–							
Soudan	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–							
Soudan du Sud	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1 580	789	523	1 150	19	–							
Sri Lanka	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–							
Suède	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–							
Suisse	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–							
Suriname	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–							
Tadjikistan	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33							
Tanzanie (République Unie de)	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47							
Tchad	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1 440	856	560	1 350	20	27							
Tchéquie	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–							
Thaïlande	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–							
Timor-Leste (République démocratique du)	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40							
Togo	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30							
Tonga	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–							
Trinité-et-Tobago	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–							
Tunisie	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–							
Turkménistan	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–							
Turquie	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–							
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–							
Ukraine	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81							
Uruguay	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–							
Vanuatu	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–							
Venezuela (République bolivarienne du)	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–							
Viet Nam	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–							
Yémen	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–							
Zambie	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47							
Zimbabwe	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60							

NOTES

– Données non disponibles.

* Les chiffres de cette colonne sont notés comme étant ceux de 1969 et 1994 afin de correspondre aux dates clés étudiées dans ce rapport, qui s'étendent de 1969 à 2019. Les chiffres de 1969 sont en fait des estimations calculées à partir des données de 1970, et les chiffres de 1994, des estimations calculées à partir des données de 1995.

^f Femmes actuellement mariées ou en concubinage.

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.

b Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokélaou et Tuvalu.

c Données non disponibles pour : Anguilla, Aruba, Bermudes, Curaçao, Îles Caimanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat et Saint-Martin.

d Données non disponibles pour les Tuvalu.

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 ».

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

DONNÉES MONDIALES ET RÉGIONALES	ADOLESCENTS ET JEUNES								
	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	Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire entre 2017, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire entre 2017, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire
	2018	2017	2017	male	female	2017	male	female	2017
TOTAL MONDIAL	44	21	–	92	90	0,98	66	66	1,00
Régions développées	14	–	–	97	97	1,00	93	93	1,01
Régions en développement	48	–	–	91	89	0,98	62	62	0,99
Pays les moins avancés	91	40	–	83	80	0,96	38	36	0,95

DONNÉES RÉGIONALES

Afrique de l'Est et Afrique australe	93 ^c	35	–	86	83	0,97	35	33	0,93
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	114	42	22	79	71	0,90	39	34	0,86
Amérique latine et Caraïbes	62 ^b	26	–	95	96	1,01	75	79	1,05
Asie et Pacifique	28 ^a	26	–	95	94	0,99	67	68	1,02
États arabes	50	21	55	85	83	0,97	63	59	0,93
Europe de l'Est et Asie centrale	26	11	–	96	95	1,00	88	87	0,99

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	2006-2017	2006-2017	2004-2017	2009-2018		2009-2018	2009-2018		2009-2018
				male	female		male	female	
Afghanistan	87	35	–	–	–	–	62	36	0,58
Afrique du sud	71	–	–	91	92	1,01	86	84	0,98
Albanie	20	10	–	98	96	0,99	88	87	0,99
Algérie	12	3	–	100	98	0,98	–	–	–
Allemagne	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04
Arabie saoudite	7	–	–	99	100	1,0	86	84	0,97
Argentine	65	–	–	100	99	0,99	87	92	1,05
Arménie	24	5	–	92	92	1,00	87	88	1,01
Aruba	35	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10
Australie	12	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01
Autriche	8	–	–	–	–	–	87	88	1,00
Azerbaïdjan	53	11	–	93	95	1,02	87	88	1,01
Bahamas	32	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09
Bahrein	14	–	–	99	99	1,00	92	94	1,02
Bangladesh	78	59	–	92	98	1,07	57	67	1,17
Barbade	50	11	–	90	91	1,00	93	99	1,07
Bélarus	16	3	–	96	96	1,00	95	96	1,01
Belgique	7	–	–	99	99	1,00	94	94	1,00
Belize	69	26	–	100	99	0,99	68	73	1,07
Bénin	94	26	2	100	90	0,9	53	40	0,75
Bhoutan	28	26	–	81	83	1,02	61	71	1,17
Bolivie (État plurinational de)	71	19	–	93	92	0,99	78	78	1,00

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	ADOLESCENTS ET JEUNES								
	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	Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	garçons	filles	2009-2018	garçons	filles	2009-2018
Bosnie-Herzégovine	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	39	–	–	89	90	1,01	–	–	–
Brésil	62	26	–	96	98	1,02	80	84	1,05
Brunéi Darussalam	11	–	–	97	96	1,00	82	85	1,03
Bulgarie	39	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97
Burkina Faso	129	52	58	78	76	0,98	29	29	1,01
Burundi	58	20	–	96	98	1,02	26	32	1,21
Cabo Verde	80	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Cambodge	57	19	–	91	90	1,00	–	–	–
Cameroun (République du)	119	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88
Canada	11	–	–	–	–	–	99	100	1,01
Chili	41	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
Chine	9	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Hong Kong	3	–	–	–	–	–	93	93	1,00
Chine, RAS de Macao	3	–	–	99	99	1,00	84	87	1,05
Chypre	5	–	–	98	98	1,01	94	95	1,01
Colombie	75	23	–	93	94	1,01	76	82	1,07
Comores	70	32	–	85	84	0,99	41	45	1,09
Congo (République démocratique du)	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Congo (République du)	147	27	–	84	91	1,09	–	–	–
Corée (République de)	1	–	–	96	97	1,00	97	98	1,00
Corée (République populaire démocratique de)	1	–	–	97	97	1,00	90	91	1,01
Costa Rica	53	21	–	97	97	1,00	81	84	1,04
Côte d'Ivoire	129	27	27	93	85	0,91	45	33	0,75
Croatie	10	–	–	96	99	1,04	89	92	1,04
Cuba	50	26	–	97	97	1,00	84	89	1,06
Curaçao	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	3	–	–	99	99	1,01	88	92	1,04
Djibouti	21	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83
Dominique	–	–	–	97	99	1,02	90	97	1,08
Égypte	56	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
El Salvador	69	26	–	81	82	1,01	60	61	1,02
Émirats Arabes Unis	34	–	–	98	96	0,98	89	86	0,96
Équateur	111	–	–	97	99	1,02	87	89	1,02
Érythrée	76	41	69	39	36	0,91	27	25	0,92
Espagne	8	–	–	98	99	1,00	95	97	1,02
Estonie	13	–	–	93	94	1,01	93	95	1,02
Eswatini	87	5	–	76	75	0,98	32	41	1,29
États-Unis d'Amérique	20	–	–	96	96	1,0	92	92	1,00
Éthiopie	80	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	ADOLESCENTS ET JEUNES								
	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	Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	garçons	filles	2009-2018	garçons	filles	2009-2018
Fédération de Russie	24	–	–	97	98	1,01	94	95	1,01
Fidji	40	–	–	98	98	1,01	79	88	1,11
Finlande	6	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
France	5	–	–	99	99	1,01	93	94	1,01
Gabon	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gambie	88	30	76	75	83	1,10	–	–	–
Georgia	44	14	–	98	98	0,99	97	99	1,02
Ghana	76	21	2	84	86	1,02	56	57	1,01
Grèce	8	–	–	93	93	1,00	91	89	0,99
Grenade	–	–	–	96	97	1,01	80	72	0,91
Guadeloupe	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	92	30	–	87	87	1,00	48	46	0,96
Guinée	146	51	95	86	71	0,83	40	26	0,66
Guinée-Bissau	106	24	42	74	70	0,95	–	–	–
Guinée équatoriale	176	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Guinée française	87	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyane	74	30	–	95	97	1,02	81	86	1,06
Haïti	55	18	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	103	34	–	83	84	1,02	43	48	1,14
Hongrie	23	–	–	97	97	1,00	89	89	1,00
Îles Salomon	78	21	–	69	70	1,01	–	–	–
Îles Turques et Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	28	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01
Indonésie	48	14	–	95	90	0,95	76	78	1,02
Iran (République islamique d')	38	17	–	–	–	–	72	73	1,00
Iraq	82	24	5	–	–	–	–	–	–
Irlande	9	–	–	100	100	1,00	97	99	1,01
Islande	8	–	–	100	99	1,00	89	91	1,03
Israël	10	–	–	97	98	1,01	98	100	1,02
Italie	5	–	–	99	98	1,00	96	96	1,00
Jamaïque	46	8	–	–	–	–	71	77	1,09
Japon	4	–	–	98	98	1,00	99	100	1,01
Jordanie	26	8	–	–	–	–	63	65	1,03
Kazakhstan	31	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00
Kenya	96	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94
Kirghizistan	38	12	–	99	98	0,99	87	87	1,00
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	6	–	–	93	93	1,0	84	89	1,07

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	ADOLESCENTS ET JEUNES								
	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	Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	garçons	filles	2009-2018	garçons	filles	2009-2018
Lesotho	94	17	–	81	83	1,03	29	45	1,53
Lettonie	18	–	–	96	97	1,01	93	95	1,02
Liban	–	6	–	91	86	0,94	65	65	1,00
Libéria	149	36	26 ^d	39	36	0,93	16	14	0,88
Libye	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	14	–	–	100	100	1,00	98	97	1,00
Luxembourg	6	–	–	99	99	1,00	83	86	1,04
Macédoine du Nord	16	7	–	92	92	1,00	–	–	–
Madagascar	152	41	–	–	–	–	28	30	1,08
Malaisie	12	–	–	98	99	1,00	72	78	1,08
Malawi	136	42	–	95	99	1,04	32	31	0,96
Maldives	13	4	–	100	100	1,00	–	–	–
Mali	174	52	83	71	63	0,89	32	26	0,80
Malte	11	–	–	97	100	1,03	87	92	1,05
Maroc	32	–	–	97	97	1,00	64	63	0,99
Martinique	20	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	24	–	–	95	97	1,02	82	88	1,08
Mauritanie	71	37	63	75	78	1,05	26	25	0,97
Mexique	63	26	–	98	100	1,02	76	79	1,04
Micronésie (États fédérés de)	44	–	–	83	85	1,03	–	–	–
Moldova (République de)	27	12	–	90	90	1,00	78	78	1,00
Mongolie	27	5	–	99	98	0,99	–	–	–
Monténégro	11	5	–	97	96	0,99	89	89	1,00
Mozambique	167	48	–	89	86	0,97	19	19	1,02
Myanmar	36	16	–	90	89	0,99	57	62	1,09
Namibie	82	7	–	96	100	1,04	–	–	–
Népal	88	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07
Nicaragua	92	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17
Niger	210	76	1	71	62	0,87	24	17	0,73
Nigéria	145	44	12	72	60	0,84	–	–	–
Norvège	5	–	–	100	100	1,00	95	96	1,01
Nouvelle-Calédonie	22	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	16	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
Oman	14	–	–	99	99	1,00	91	91	0,99
Ouganda	140	40	1	90	92	1,03	–	–	–
Ouzbékistan	30	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Pakistan	44	21	–	82	71	0,86	49	40	0,81
Palestine ¹	48	15	–	94	94	1,00	79	87	1,10
Panama	79	26	–	88	87	0,99	67	72	1,07
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	21	–	80	75	0,93	36	30	0,82

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	ADOLESCENTS ET JEUNES								
	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	Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	garçons	filles	2009-2018	garçons	filles	2009-2018
Paraguay	62	22	–	79	79	1,00	63	67	1,07
Pays-Bas	3	–	–	–	–	–	93	94	1,01
Pérou	65	22	–	99	100	1,01	80	81	1,02
Philippines	47	15	–	95	96	1,01	60	72	1,19
Pologne	12	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01
Polynésie française	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	8	–	–	97	96	1,00	93	94	1,01
Puerto Rico	30	–	–	79	84	1,07	72	77	1,07
Qatar	10	4	–	99	98	0,99	68	85	1,25
République arabe syrienne	54	13	–	68	67	0,98	46	45	0,99
République centrafricaine	229	68	18	77	60	0,79	16	10	0,61
République démocratique populaire lao	76	35	–	94	93	0,99	61	60	0,98
République dominicaine	90	36	–	88	88	1,00	62	71	1,13
Réunion	44	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	35	–	–	90	90	1,00	81	81	1,00
Royaume-Uni	14	–	–	100	100	1,00	98	98	1,00
Rwanda	45	7	–	94	94	1,01	25	30	1,18
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	46	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	0	–	–	93	93	1,00	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	64	–	–	99	98	0,99	91	91	0,99
Sainte-Lucie	–	8	–	–	–	–	79	81	1,03
Samoa	39	11	–	96	97	1,01	74	81	1,10
Sao Tomé-et-Principe	92	35	–	97	97	0,99	61	68	1,11
Sénégal	80	31	21	71	79	1,12	35	39	1,10
Serbie	16	3	–	98	99	1,00	92	93	1,01
Seychelles	66	–	–	–	–	–	87	90	1,03
Sierra Leone	125	39	74	99	99	1,01	38	37	0,97
Singapour	3	–	–	–	–	–	100	100	1,00
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	24	–	–	–	–	–	84	86	1,01
Slovénie	5	–	–	97	98	1,01	95	95	1,01
Somalie	64	45	97	–	–	–	–	–	–
Soudan	87	34	82	57	63	1,10	–	–	–
Soudan du Sud	155	52	–	36	28	0,76	6	4	0,70
Sri Lanka	20	12	–	98	96	0,98	87	90	1,03
Suède	4	–	–	100	99	1,00	100	99	1,00
Suisse	6	–	–	100	100	1,00	87	84	0,97
Suriname	58	19	–	96	100	1,04	53	65	1,22
Tadjikistan	54	12	–	99	98	0,99	87	78	0,90
Tanzanie (République Unie de)	132	31	5	78	81	1,04	23	23	1,02

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	ADOLESCENTS ET JEUNES								
	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	Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement secondaire entre 2009 et 2018, en pourcentage		Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	garçons	filles	2009-2018	garçons	filles	2009-2018
Tchad	179	67	32	71	55	0,77	–	–	–
Tchéquie	12	–	–	–	–	–	90	92	1,02
Thaïlande	43	23	–	98	98	1,00	77	77	1,01
Timor-Leste (République démocratique du)	50	19	–	79	82	1,04	55	64	1,16
Togo	85	22	2	95	89	0,94	48	33	0,69
Tonga	30	6	–	95	97	1,03	74	79	1,07
Trinité-et-Tobago	38	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Tunisie	7	2	–	99	98	0,99	–	–	–
Turkménistan	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	27	15	–	95	94	0,99	86	85	0,99
Tuvalu	28	10	–	–	–	–	63	79	1,26
Ukraine	26	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Uruguay	51	25	–	98	98	1,00	80	86	1,08
Vanuatu	78	21	–	86	88	1,03	48	51	1,07
Venezuela (République bolivarienne du)	95	–	–	86	86	1,00	67	73	1,10
Viet Nam	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Yémen	67	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74
Zambie	141	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Zimbabwe	110	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01

NOTES

- Données non disponibles.
- a Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokélaou et Tuvalu.
- b Données non disponibles pour : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, Équateur, Grenade, Îles Caïmanes, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Martin.
- c Y compris les Seychelles.
- d Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans membres de la société Sande. L'appartenance à la société Sande est un indicateur indirect des mutilations génitales féminines.
- 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 ».

Indicateurs démographiques

DONNÉES MONDIALES ET RÉGIONALES	POPULATION			FERTILITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			CHANGEMENT DE POPULATION	COMPOSITION DE LA POPULATION (PAR ÂGE)			
	Population totale en millions d'habitants			Taux de fécondité total, par femme			Espérance de vie à la naissance, en années			Taux annuel moyen, en pourcentage	0-14 %	10-24 %	15-64 %	65 % et plus
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
TOTAL MONDIAL	3 626	5 670	7 715	4,8	2,9	2,5	56	65	72	1,1	26	24	65	9
Régions développées	1 001	1 167	1 266	2,3	1,6	1,7	71	74	80	0,3	16	17	65	19
Régions en développement	2 625	4 503	6 448	5,9	3,2	2,6	53	63	71	1,3	27	25	65	7
Pays les moins avancés	301	570	1 050	6,8	5,6	3,9	44	52	65	2,4	39	32	57	4

DONNÉES RÉGIONALES

États arabes	112	223	373	6,9	4,5	3,3	52	64	70	2,0	34	28	61	5
Asie et Pacifique	1 818	3 027	4 030	5,9	2,8	2,1 ^a	53	64	72 ^a	1,0	24 ^a	23 ^a	68 ^a	8 ^a
Europe de l'Est et Asie centrale	154	211	247	3,6	2,4	2,0	61	67	73	0,9	23	21	67	10
Amérique latine et Caraïbes	278	474	653	5,4	3,0	2,0 ^b	59	69	76 ^b	1,1	24 ^b	25 ^b	67 ^b	9 ^b
Afrique de l'Est et Afrique australe	154	312	613	6,8	5,9	4,3	46	49	64	2,7	41	32	55	3
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	118	229	447	6,6	6,3	5,1	41	49	58	2,7	43	32	54	3

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS

Afghanistan	10,9	16,2	37,2	7,5	7,6	4,2	36	53	65	2,8	42	35	55	3
Afrique du Sud	22,2	41,2	58,1	5,7	3,2	2,4	55	62	64	1,3	29	27	66	6
Albanie	2,1	3,1	2,9	5,1	2,7	1,7	67	72	79	0,0	17	21	69	14
Algérie	14,1	28,4	42,7	7,7	3,7	2,6	50	68	77	1,9	30	22	64	7
Allemagne	78,3	80,9	82,4	2,2	1,3	1,5	71	76	82	0,2	13	14	65	22
Angola	6,6	13,8	31,8	7,6	7,0	5,5	37	43	62	3,4	46	33	51	3
Antigua-et-Barbuda	0,1	0,1	0,1	3,8	2,2	2,0	66	72	77	1,1	23	24	69	7
Arabie saoudite	5,6	18,3	34,1	7,3	5,2	2,4	52	71	75	2,4	25	21	72	4
Argentine	23,6	34,6	45,1	3,1	2,8	2,2	66	72	77	1,0	24	24	64	11
Arménie	2,5	3,3	2,9	3,3	2,2	1,6	70	69	75	0,2	20	19	68	12
Aruba	0,1	0,1	0,1	3,1	2,1	1,8	69	74	76	0,5	17	21	68	14
Australie ¹	12,6	17,9	25,1	2,8	1,8	1,8	71	78	83	1,4	19	19	65	16
Autriche	7,5	7,9	8,8	2,4	1,5	1,5	70	77	82	0,5	14	15	66	20
Azerbaïdjan ²	5,1	7,7	10	5,2	2,7	2,0	63	65	72	1,1	23	21	70	6
Bahamas	0,2	0,3	0,4	3,6	2,6	1,7	66	71	76	1,2	20	21	70	10
Bahrein	0,2	0,5	1,6	6,7	3,2	2,0	63	73	77	3,1	19	18	79	3
Bangladesh	63,4	116,2	168,1	6,9	3,8	2,0	48	61	73	1,1	27	28	68	5
Barbade	0,2	0,3	0,3	3,3	1,7	1,8	65	72	76	0,3	19	19	65	16
Bélarus	8,9	10,2	9,4	2,3	1,5	1,7	71	69	73	0,0	17	15	67	15
Belgique	9,6	10,2	11,6	2,3	1,6	1,8	71	77	82	0,6	17	17	64	19
Belize	0,1	0,2	0,4	6,3	4,2	2,4	65	70	71	2,1	30	30	66	4
Bénin	2,9	5,7	11,8	6,7	6,4	4,8	42	55	62	2,8	42	32	55	3
Bhoutan	0,3	0,5	0,8	6,7	4,8	2,0	39	56	71	1,4	26	27	69	5
Bolivie (État plurinational de)	4,4	7,4	11,4	6,3	4,6	2,8	45	57	70	1,5	31	29	62	7
Bosnie-Herzégovine	3,7	3,9	3,5	3,0	1,7	1,4	66	71	77	-0,7	14	17	68	17
Botswana	0,7	1,5	2,4	6,7	4,1	2,6	54	57	69	1,8	31	28	65	4

Indicateurs démographiques

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	POPULATION			FERTILITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			CHANGEMENT DE POPULATION	COMPOSITION DE LA POPULATION (PAR ÂGE)			
	Population totale en millions d'habitants			Taux de fécondité total, par femme			Espérance de vie à la naissance, en années			Taux annuel moyen, en pourcentage	0-14 %	10-24 %	15-64 %	65 % et plus
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Brésil	92,9	159,7	212,4	5,2	2,6	1,7	59	67	76	0,8	21	23	70	9
Brunei Darussalam	0,1	0,3	0,4	5,8	2,9	1,8	67	74	78	1,4	22	23	72	5
Bulgarie	8,5	8,5	7,0	2,1	1,4	1,6	71	71	75	-0,6	15	14	64	21
Burkina Faso	5,5	9,8	20,3	6,6	6,9	5,1	39	49	62	2,9	45	33	53	2
Burundi	3,4	5,9	11,6	7,3	7,3	5,5	44	48	59	3,1	45	31	52	3
Cabo Verde	0,3	0,4	0,6	7,0	4,7	2,2	53	66	73	1,2	29	30	66	5
Cambodge	6,9	10,3	16,5	6,6	4,9	2,5	42	55	70	1,6	31	28	64	5
Cameroun (République du)	6,4	13,1	25,3	6,2	6,1	4,5	46	50	60	2,6	42	32	55	3
Canada	21,1	29,0	37,3	2,4	1,7	1,6	72	78	83	1,0	16	17	66	18
Chili	9,4	14,1	18,3	4,2	2,4	1,8	62	75	80	0,8	20	21	68	12
Chine, RAS de Hong Kong ³	3,8	6,1	7,5	3,4	1,2	1,4	71	79	84	0,7	12	13	70	17
Chine, RAS de Macao ⁴	0,2	0,4	0,6	2,4	1,3	1,4	69	79	84	2,0	14	13	75	11
Chine ⁵	803,6	1 229,0	1 420,1	5,9	1,7	1,6	58	70	77	0,5	18	17	71	12
Chypre ⁶	0,6	0,8	1,2	2,7	2,2	1,3	72	77	81	0,8	17	20	69	14
Colombie	21,5	36,8	49,8	5,8	2,7	1,8	61	69	75	0,9	23	24	69	8
Comores	0,2	0,5	0,9	7,1	5,9	4,1	45	58	64	2,3	39	31	58	3
Congo (République démocratique du)	19,5	40,3	86,7	6,2	6,8	5,8	44	49	61	3,3	46	32	51	3
Congo (République du)	1,3	2,7	5,5	6,3	5,2	4,5	53	54	66	2,6	42	31	55	3
Corée (République de)	31,6	44,8	51,3	4,5	1,6	1,3	60	73	83	0,4	13	16	72	15
Corée (République populaire démocratique de)	14,0	21,6	25,7	4,4	2,2	1,9	59	68	72	0,5	20	22	71	9
Costa Rica	1,8	3,4	5,0	4,9	2,9	1,7	66	76	80	1,1	21	23	69	10
Côte d'Ivoire	5,0	14,1	25,5	7,9	6,3	4,7	43	50	55	2,5	42	32	55	3
Croatie	4,4	4,7	4,1	2,0	1,6	1,4	68	73	78	-0,5	15	16	65	21
Cuba	8,6	10,9	11,5	4,2	1,6	1,7	69	75	80	0,2	16	17	69	16
Curaçao	0,1	0,1	0,2	3,5	2,2	2,0	69	75	79	1,1	18	18	64	17
Danemark	4,9	5,2	5,8	2,2	1,8	1,8	73	75	81	0,4	16	18	64	20
Djibouti	0,1	0,6	1,0	6,8	5,5	2,7	48	57	63	1,6	30	30	66	4
Dominique	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-
Égypte	34,2	62,5	101,2	6,3	3,9	3,1	52	66	72	2,1	33	26	62	5
El Salvador	3,6	5,5	6,4	6,3	3,7	2,0	55	67	74	0,5	27	28	65	9
Émirats Arabes Unis	0,2	2,3	9,7	6,7	3,6	1,7	61	73	78	1,8	14	16	85	1
Équateur	5,9	11,2	17,1	6,3	3,4	2,4	57	71	77	1,5	28	26	65	8
Érythrée	1,8	3,1	5,3	6,7	6	3,9	43	52	66	2,1	41	32	55	4
Espagne ⁷	33,6	39,8	46,4	2,9	1,2	1,4	72	78	84	-0,1	14	15	66	20
Estonie	1,3	1,5	1,3	2,1	1,5	1,7	70	69	78	-0,2	17	15	63	20
Eswatini	0,4	0,9	1,4	6,9	5,0	2,9	47	58	59	1,8	37	32	60	3
États-Unis d'Amérique	207,7	262,7	329,1	2,4	2,0	1,9	71	76	80	0,7	19	20	65	16
Éthiopie	27,7	55,4	110,1	6,9	7,0	3,9	43	49	67	2,5	39	34	57	4
Fédération de Russie	129,5	148,4	143,9	2,0	1,4	1,8	69	66	71	0,1	18	15	67	15
Fidji	0,5	0,8	0,9	4,7	3,3	2,4	59	66	71	0,7	28	26	65	7
Finlande ⁸	4,6	5,1	5,6	2,0	1,8	1,8	70	76	82	0,4	17	17	62	22
France	50,5	58	65,5	2,6	1,7	2,0	72	78	83	0,4	18	18	62	20

Indicateurs démographiques

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	POPULATION			FERTILITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			CHANGEMENT DE POPULATION	COMPOSITION DE LA POPULATION (PAR ÂGE)			
	Population totale en millions d'habitants			Taux de fécondité total, par femme			Espérance de vie à la naissance, en années			Taux annuel moyen, en pourcentage	0-14 %	10-24 %	15-64 %	65 % et plus
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Gabon	0,6	1,1	2,1	5,0	5,1	3,6	46	61	67	2,8	36	28	60	4
Gambie	0,4	1,0	2,2	6,0	6,1	5,2	37	53	62	3,1	45	33	53	2
Georgia ⁹	4,7	5,1	3,9	2,7	1,9	2,0	67	70	74	-0,9	20	18	65	15
Ghana	8,4	16,3	30,1	7,0	5,2	3,8	49	58	64	2,3	38	31	58	3
Grèce	8,6	10,7	11,1	2,6	1,4	1,3	71	78	82	-0,3	14	15	65	21
Grenade	0,1	0,1	0,1	4,7	3,3	2,0	64	69	74	0,4	26	25	66	8
Guadeloupe ¹⁰	0,3	0,4	0,4	5	2,1	1,9	64	75	82	0,0	18	21	64	19
Guam	0,1	0,1	0,2	4,5	2,9	2,3	65	73	80	0,5	24	25	66	10
Guatemala	5,5	10,2	17,6	6,7	5,2	2,8	52	65	74	2,0	34	32	61	5
Guinée	4,2	7,5	13,4	6,2	6,4	4,6	36	52	62	2,4	42	32	55	3
Guinée équatoriale	0,3	0,5	1,4	5,8	6,0	4,4	39	50	59	4,0	37	29	60	3
Guinée française	0,0	0,1	0,3	4,8	4,0	3,2	65	73	81	2,6	32	28	62	6
Guinée-Bissau	0,7	1,1	2,0	6,0	6,4	4,4	41	51	59	2,5	41	31	56	3
Guyana	0,7	0,8	0,8	5,5	3,1	2,4	62	64	67	0,6	28	29	66	6
Haïti	4,6	7,7	11,2	5,8	5,0	2,8	47	56	64	1,3	32	30	63	5
Honduras	2,6	5,6	9,6	7,3	4,7	2,4	52	68	74	1,7	30	31	65	5
Hongrie	10,3	10,4	9,7	2,0	1,6	1,4	69	70	76	-0,3	14	16	66	20
Îles Salomon	0,2	0,3	0,6	6,8	5,3	3,7	54	59	72	2,1	38	32	58	4
Îles Turques et Caïques	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	1,8	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	0,1	0,1	0,1	5,3	2,6	2,2	69	75	80	-0,1	20	20	60	20
Inde	541,5	942,2	1 368,7	5,6	3,7	2,3	47	60	69	1,2	27	27	67	6
Indonésie	111,8	193,9	269,5	5,5	2,8	2,3	54	65	70	1,2	27	26	68	6
Iran (République islamique d')	27,8	59,7	82,8	6,5	3,5	1,6	50	68	77	1,2	24	21	70	6
Iraq	9,6	19,6	40,4	7,4	5,5	4,2	58	68	70	3,0	40	31	57	3
Irlande	2,9	3,6	4,8	3,8	1,9	2,0	71	75	82	0,5	21	19	64	15
Islande	0,2	0,3	0,3	3,1	2,2	1,9	74	79	83	0,7	20	20	65	15
Israël	2,8	5,2	8,6	3,8	2,9	2,9	72	78	83	1,6	28	23	60	12
Italie	53,2	57,3	59,2	2,5	1,2	1,5	71	78	84	-0,1	13	14	63	24
Jamaïque	1,8	2,5	2,9	5,6	2,8	2,0	68	72	76	0,3	23	25	67	10
Japon	103,5	126,1	126,9	2,1	1,4	1,5	72	80	84	-0,1	13	14	59	28
Jordanie	1,6	4,4	10,1	8,0	4,8	3,2	59	71	75	3,8	35	30	61	4
Kazakhstan	12,9	16,2	18,6	3,6	2,4	2,5	62	64	70	1,4	29	20	64	7
Kenya	10,9	26,5	52,2	8,1	5,5	3,7	52	55	68	2,6	40	33	58	3
Kirghizistan	2,9	4,5	6,2	5,2	3,4	2,9	60	66	71	1,5	32	25	63	5
Kiribati	0,1	0,1	0,1	5,7	4,4	3,5	54	62	67	1,8	36	29	60	4
Koweït	0,7	1,7	4,2	7,3	2,7	1,9	66	73	75	3,9	21	19	76	3
Lesotho	1,0	1,7	2,3	5,8	4,6	2,9	49	58	55	1,3	35	32	60	5
Lettonie	2,4	2,5	1,9	1,9	1,5	1,6	70	68	75	-1,1	16	14	64	20
Liban	2,3	3,0	6,1	5,1	2,7	1,7	66	72	80	3,7	22	25	69	9
Libéria	1,4	2,0	5,0	6,7	6,2	4,4	39	49	64	2,6	41	32	56	3
Libye	2,0	4,9	6,6	8,1	3,9	2,2	55	70	72	0,7	28	25	68	5
Lituanie	3,1	3,6	2,9	2,3	1,7	1,7	71	70	75	-1,0	15	16	65	19
Luxembourg	0,3	0,4	0,6	2,1	1,7	1,6	70	76	82	1,8	16	18	69	15

Indicateurs démographiques

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	POPULATION			FERTILITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			CHANGEMENT DE POPULATION	COMPOSITION DE LA POPULATION (PAR ÂGE)			
	Population totale en millions d'habitants			Taux de fécondité total, par femme			Espérance de vie à la naissance, en années			Taux annuel moyen, en pourcentage	0-14 %	10-24 %	15-64 %	65 % et plus
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Macédoine du Nord	1,7	2,0	2,1	3,3	2,0	1,6	66	72	76	0,1	16	18	69	14
Madagascar	6,4	13,1	27,0	7,3	6,0	4,0	44	54	67	2,7	40	33	57	3
Malaisie ¹¹	10,5	20	32,5	5,2	3,4	2,0	64	72	76	1,6	24	25	69	7
Malawi	4,5	9,8	19,7	7,3	6,5	4,4	40	47	64	2,9	43	34	54	3
Maldives	0,1	0,2	0,5	7,2	4,6	2,0	43	65	78	2,4	23	21	72	4
Mali	5,9	9,4	19,7	7,1	7,1	5,8	32	47	59	3,0	47	33	50	2
Malte	0,3	0,4	0,4	2,0	2,0	1,5	71	77	81	0,4	15	15	65	20
Maroc	15,7	26,7	36,6	6,7	3,4	2,4	52	67	77	1,4	27	24	66	7
Martinique	0,3	0,4	0,4	4,8	1,9	1,9	65	76	83	-0,3	17	19	63	20
Maurice ¹²	0,8	1,1	1,3	4,2	2,2	1,4	63	70	75	0,2	17	22	71	12
Mauritanie	1,1	2,3	4,7	6,8	5,8	4,5	49	59	64	2,8	39	31	57	3
Mexique	50,4	92,3	132,3	6,8	3,1	2,1	61	72	78	1,3	26	26	67	7
Micronésie (États fédérés de)	0,1	0,1	0,1	6,9	4,7	3,0	61	67	70	0,4	32	33	62	5
Moldova (République de) ¹³	3,5	4,4	4,0	2,6	2,0	1,2	65	67	72	-0,1	16	17	72	12
Mongolie	1,2	2,3	3,2	7,6	2,9	2,6	55	61	70	1,7	30	22	66	4
Monténégro	0,5	0,6	0,6	2,8	2,0	1,6	69	74	78	0,1	18	19	66	16
Mozambique	9,0	15,2	31,4	6,8	6,0	5,1	39	45	60	2,9	44	33	53	3
Myanmar	25,7	42,7	54,3	6,0	3,1	2,1	50	60	67	0,9	26	27	68	6
Namibie	0,8	1,6	2,6	6,4	4,7	3,2	52	61	66	2,2	36	31	60	4
Népal	11,8	20,9	29,9	5,9	4,8	2,0	40	58	71	1,1	29	32	64	6
Nicaragua	2,3	4,5	6,4	6,9	3,9	2,1	53	67	76	1,1	28	28	66	6
Niger	4,4	9,2	23,2	7,6	7,7	7,1	36	46	61	3,8	50	33	47	3
Nigéria	54,7	105,4	201	6,4	6,3	5,3	41	46	55	2,6	44	32	54	3
Norvège ¹⁴	3,8	4,3	5,4	2,7	1,9	1,8	74	78	83	1,1	18	18	65	17
Nouvelle-Calédonie	0,1	0,2	0,3	5,3	2,8	2,1	62	72	78	1,3	22	22	68	10
Nouvelle-Zélande	2,8	3,6	4,8	3,2	2,0	2,0	71	77	82	1,0	20	20	64	16
Oman	0,7	2,1	5,0	7,3	5,7	2,5	50	69	78	5,5	21	19	76	2
Ouganda	9,2	19,9	45,7	7,1	7,0	5,3	49	44	61	3,3	47	34	51	2
Ouzbékistan	11,7	22,4	32,8	6,4	3,7	2,2	62	66	72	1,5	28	25	67	5
Pakistan	56,5	119,8	204,6	6,6	5,5	3,3	52	61	67	2,0	35	29	61	5
Palestine ¹⁵	1,1	2,5	5,2	7,9	6,4	3,8	55	69	74	2,7	39	32	58	3
Panama	1,5	2,7	4,2	5,3	2,9	2,4	65	74	79	1,6	27	25	65	8
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2,5	4,8	8,6	6,2	4,7	3,5	48	60	66	2,1	35	31	61	4
Paraguay	2,4	4,7	7,0	5,9	4,2	2,4	65	69	73	1,3	29	28	64	7
Pays-Bas	12,9	15,4	17,1	2,6	1,6	1,8	74	77	82	0,3	16	18	64	20
Pérou	13,0	23,6	32,9	6,5	3,4	2,3	53	68	76	1,3	27	26	66	8
Philippines	34,8	68,2	108,1	6,4	4,1	2,8	61	66	70	1,6	31	29	64	5
Pologne	32,4	38,4	38,0	2,3	1,8	1,3	70	72	78	-0,1	15	15	67	18
Polynésie française	0,1	0,2	0,3	5,1	2,9	2,0	60	70	77	0,8	23	24	69	8
Portugal	8,7	10,1	10,3	3,0	1,5	1,2	67	75	82	-0,4	13	15	65	22
Puerto Rico	2,7	3,7	3,7	3,2	2,1	1,5	71	74	81	-0,2	17	21	67	16
Qatar	0,1	0,5	2,7	6,9	3,6	1,8	68	76	79	4,8	14	18	84	2
République arabe syrienne	6,1	13,9	18,5	7,6	4,6	2,8	58	72	73	-1,4	35	35	60	5

Indicateurs démographiques

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	POPULATION			FERTILITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			CHANGEMENT DE POPULATION	COMPOSITION DE LA POPULATION (PAR ÂGE)			
	Population totale en millions d'habitants			Taux de fécondité total, par femme			Espérance de vie à la naissance, en années			Taux annuel moyen, en pourcentage	0-14 %	10-24 %	15-64 %	65 % et plus
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
République centrafricaine	1,8	3,3	4,8	6,0	5,7	4,6	41	47	54	0,9	42	34	54	4
République démocratique populaire lao	2,6	4,7	7,1	6,0	5,6	2,5	46	56	68	1,4	32	30	64	4
République dominicaine	4,4	7,8	11,0	6,4	3,2	2,3	58	69	74	1,2	29	27	64	7
Réunion	0,5	0,7	0,9	5,1	2,4	2,2	62	74	81	0,8	23	23	65	12
Roumanie	20,3	23,1	19,5	2,8	1,4	1,6	68	70	76	-0,5	15	16	66	19
Royaume-Uni	55,4	57,8	67	2,4	1,8	1,9	72	77	82	0,6	18	17	63	19
Rwanda	3,6	6,0	12,8	8,2	6,3	3,7	44	29	68	2,5	39	32	57	3
Sahara occidental	0,1	0,2	0,6	6,6	3,8	2,4	42	60	70	2,1	27	25	69	3
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0	0,0	0,1	–	–	–	–	–	–	1,0	–	–	–	–
Saint-Marin	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	0,9	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,1	0,1	0,1	6,2	2,8	1,9	65	71	74	0,1	23	25	69	8
Sainte-Lucie	0,1	0,1	0,2	6,2	3,0	1,4	62	71	76	0,5	18	23	72	10
Samoa	0,1	0,2	0,2	7,3	4,8	3,8	54	67	76	0,7	36	32	58	6
Sao Tomé-et-Principe	0,1	0,1	0,2	6,4	5,6	4,3	55	62	67	2,2	42	33	55	3
Sénégal	4,1	8,5	16,7	7,3	6,1	4,6	39	57	68	2,9	43	32	54	3
Serbie ¹⁶	8,1	9,9	8,7	2,4	1,9	1,6	67	72	76	-0,4	16	18	65	18
Seychelles	0,1	0,1	0,1	5,9	2,4	2,2	65	71	74	0,5	22	19	68	9
Sierra Leone	2,6	4,3	7,9	6,5	6,6	4,2	34	36	53	2,2	41	33	56	3
Singapour	2,0	3,4	5,9	3,4	1,7	1,3	68	77	84	1,6	15	17	71	14
Sint Maarten	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	2,4	–	–	–	–
Slovaquie	4,5	5,4	5,5	2,5	1,7	1,5	70	72	77	0,1	16	16	68	16
Slovénie	1,7	2,0	2,1	2,2	1,3	1,7	69	74	81	0,2	15	14	65	20
Somalie	3,4	7,6	15,6	7,2	7,6	6,0	41	46	58	2,9	46	33	51	3
Soudan	10,0	23,3	42,5	6,9	5,9	4,3	52	56	65	2,4	40	33	56	4
Soudan du sud	3,6	5,4	13,3	6,9	6,6	4,6	35	46	58	3,1	41	32	55	3
Sri Lanka	12,2	18,1	21,0	4,5	2,3	2,0	64	69	76	0,4	23	23	66	11
Suède	8,0	8,8	10,1	2,1	1,9	1,9	74	79	83	0,8	18	17	62	20
Suisse	6,1	7,0	8,6	2,2	1,5	1,6	73	78	84	1,1	15	15	66	19
Suriname	0,4	0,4	0,6	5,8	3,1	2,3	63	68	72	1,0	26	26	67	7
Tadjikistan	2,8	5,7	9,3	7,0	4,7	3,2	60	63	72	2,2	35	28	61	4
Tanzanie (République-Unie de) ¹⁷	13,2	29,1	60,9	6,8	5,9	4,8	46	49	67	3,1	44	32	52	3
Tchad	3,6	6,8	15,8	6,5	7,4	5,6	41	47	54	3,2	47	34	51	3
Tchéquie	9,8	10,4	10,6	2,0	1,5	1,6	70	73	79	0,1	16	14	64	20
Thaïlande	35,8	58,9	69,3	5,8	1,9	1,4	59	70	76	0,3	17	19	71	12
Timor-Leste (République démocratique du)	0,6	0,9	1,4	6,0	6,1	5,2	39	52	70	2,2	43	35	53	4
Togo	2,0	4,2	8,2	7,0	5,9	4,3	46	55	61	2,6	41	32	56	3
Tonga	0,1	0,1	0,1	6,2	4,5	3,5	65	70	73	0,6	35	33	59	6
Trinité-et-Tobago	0,9	1,3	1,4	3,7	2,0	1,7	65	68	71	0,4	20	19	69	11
Tunisie	5,0	9,0	11,8	6,8	2,7	2,1	50	71	76	1,1	24	21	67	9
Turkménistan	2,1	4,1	5,9	6,5	3,7	2,7	58	63	68	1,7	31	25	65	5
Turquie	34,1	57,6	83	5,7	2,8	2,0	52	66	77	1,5	24	24	67	9
Tuvalu	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	0,9	–	–	–	–

PAYS, TERRITOIRES ET AUTRES SECTEURS	POPULATION			FERTILITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			CHANGEMENT DE POPULATION	COMPOSITION DE LA POPULATION (PAR ÂGE)			
	Population totale en millions d'habitants			Taux de fécondité total, par femme			Espérance de vie à la naissance, en années			Taux annuel moyen, en pourcentage	0-14 %	10-24 %	15-64 %	65 % et plus
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Ukraine ¹⁸	46,7	51,1	43,8	2,0	1,5	1,6	71	68	72	-0,5	16	15	67	17
Uruguay	2,8	3,2	3,5	2,9	2,4	2,0	69	73	78	0,3	21	22	64	15
Vanuatu	0,1	0,2	0,3	6,3	4,8	3,2	52	65	73	2,2	36	29	60	5
Venezuela (République bolivarienne du)	11,2	21,7	32,8	5,6	3,1	2,2	64	71	75	1,4	27	26	66	7
Viet Nam	42,3	73,9	97,4	6,5	2,9	1,9	60	72	77	1,1	23	21	69	8
Yémen	6,1	14,7	29,6	7,8	7,8	3,7	40	59	66	2,5	39	33	58	3
Zambie	4,0	8,9	18,1	7,3	6,2	4,8	49	43	63	3,0	44	34	53	2
Zimbabwe	5,0	11,1	17,3	7,4	4,6	3,5	55	52	62	2,3	41	32	56	3

NOTES

- Données non disponibles.
- a Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokélaou et Tuvalu.
- b Données non disponibles pour : Anguilla, Bermudes, Dominique, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Martin.
- 1 Y compris l'Île Christmas, les Îles des Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
- 2 Y compris le Nagorno-Karabakh.
- 3 Hong Kong est depuis le 1er juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.
- 4 Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.
- 5 À des fins 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.
- 6 Se rapporte à l'ensemble du pays.
- 7 Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.
- 8 Y compris les Îles Åland.
- 9 Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.
- 10 Y compris Saint-Barthélemy et Saint-Martin (partie française).
- 11 Y compris le Sabah et le Sarawak.
- 12 Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.
- 13 Y compris la Transnistrie.
- 14 Y compris les Îles Svalbard-et-Jan Mayen.
- 15 Y compris Jérusalem-Est. 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 ».
- 16 Y compris le Kosovo.
- 17 Y compris Zanzibar.
- 18 Y compris la Crimée.

Notes techniques

Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2019* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, 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 sont basés sur les 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 : révision de 2017*, ainsi que des estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2018 (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 2018* présentent généralement les informations disponibles au mois de janvier 2019.

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation

Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues (2019). Source : Division de la population des Nations Unies. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, qu'il s'agisse d'une méthode traditionnelle ou moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les progestatifs injectables, les implants hormonaux, les préservatifs et les méthodes barrières utilisées par les femmes.

Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes (1969, 1994, 2019). Source : Division de la population des Nations Unies. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, qu'il s'agisse d'une méthode traditionnelle ou moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les progestatifs injectables, les implants hormonaux, les préservatifs et les méthodes barrières utilisées par les femmes.

Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (2019). Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de femmes mariées ou vivant en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui souhaitent arrêter ou retarder la procréation mais n'utilisent pas de contraception.

Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (2019). Source : Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes mariées ou vivant en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui est satisfaite. Taux de recours aux moyens de contraception ou aux contraceptifs 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.

Ratio de mortalité maternelle (RMM), nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes (1994 et 2015) et intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimations basses et hautes, (2015). Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG, créé conjointement par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNFPA et l'UNICEF). Cet indicateur rend compte du nombre de décès maternels liés à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes. Les estimations sont établies par le MMEIG à partir de données issues de systèmes d'état civil, d'enquêtes auprès des ménages et de recensements de la population. La Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNFPA et l'UNICEF sont membres du MMEIG. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres agences 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 un professionnel de santé qualifié, en pourcentage (2017) Source : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2017, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte 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 incluses.

La Division de la population des Nations Unies publie chaque année des estimations et des projections modélisées systématiques et exhaustives pour un ensemble d'indicateurs relatifs à la planification familiale, sur une période de 60 ans. Ces indicateurs concernent le taux de recours à la contraception, les besoins non satisfaits de planification familiale, la demande totale de planification familiale et le pourcentage des besoins de planification familiale satisfaits chez les femmes mariées ou vivant en concubinage pour la période 1970-2030. Les estimations, les projections et les évaluations d'incertitude sont fondées sur un modèle bayésien hiérarchique et sur les évolutions chronologiques observées dans les différents pays. Contrairement aux travaux antérieurs, cette approche permet de ventiler les données en fonction de la source, de l'échantillon de population, et des méthodes contraceptives incluses dans les calculs

de la prévalence. De plus amples informations sur les estimations modélisées relatives à la planification familiale, les méthodes et les mises à jour sont disponibles à l'adresse http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml. Les estimations se fondent sur les données individuelles des pays enregistrées dans la base de données *World Contraceptive Use 2018*.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15-49 ans (1969, 1994, 2019).

Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes mariées ou vivant en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui est satisfaite. Taux de recours aux moyens de contraception ou aux contraceptifs 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.

Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage (2014).

Source : UNFPA. Pourcentage de femmes mariées (ou vivant en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : les relations sexuelles avec leur partenaire, l'utilisation de la contraception et leur santé.

Indicateurs de suivi des objectifs de la CIPD

Les adolescents et les jeunes

Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans (2018). Source : base de données mondiale des indicateurs des ODD. Cet indicateur correspond au risque de grossesse chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres concernant l'enregistrement des faits d'état civil peuvent présenter certaines insuffisances (exhaustivité de l'enregistrement des naissances, comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, qualité de l'information communiquée concernant l'âge de la mère, inclusion 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 restrictions concernent les erreurs de déclaration de l'âge, la non-déclaration des naissances, les erreurs de déclaration de la date de naissance de l'enfant et la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage (2017).

Source : base de données mondiale des indicateurs des ODD. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale des indicateurs des ODD. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans.

Pourcentage de MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans (2017).

Source : UNFPA. Proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations génitales féminines.

Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage (2017).

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire qui sont scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire (2017).

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ratio

du taux net ajusté de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire par rapport à celui des garçons.

Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en pourcentage (2017). Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire qui sont scolarisés dans l'enseignement secondaire.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire (2017).

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ratio du taux net ajusté de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire par rapport à celui des garçons.

Indicateurs démographiques

Population

Population totale en millions d'habitants (1969, 1994, 2019).

Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Fécondité

Taux de fécondité total, par femme, 1969, 1994, 2019).

Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Nombre d'enfants par femme en supposant que celles-ci atteignent la fin de leur vie procréative et aient des enfants à chaque âge, conformément au taux de fécondité du groupe d'âge considéré.

Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance, en années (1969, 1994, 2019).

Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. 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.

Changement démographique

Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage (2010-2019).

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Taux moyen exponentiel de la croissance démographique sur une période donnée, à partir de prévisions selon la variante moyenne.

Composition démographique

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans (2019).

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans (2019).

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans (2019).

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus (2019).

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 65 ans et plus.

Classification régionale

Les moyennes de l'UNFPA présentées à la fin des tableaux statistiques sont calculées à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-dessous.

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 (République démocratique du) ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; ex-République yougoslave de Macédoine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Moldova (République de) ; Ouzbékistan ; Serbie ; Tadjikistan ; Turquie ; Turkménistan ; Ukraine

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Érythrée ; Eswatini ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; Rwanda ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Zambie ; Zimbabwe

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 ; Sainte-Lucie ; Saint-Martin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Suriname ; Trinité-et-Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du)

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun (République du) ; Cabo Verde ; Congo (République du) ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo

Les régions développées comprennent les régions suivantes, couvertes par la Division de la population : l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population : 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 47 pays (en mars 2018) : 33 en Afrique, 9 en Asie, 4 en Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. Ces 47 pays sont les suivants : Afghanistan ; Angola ; Bangladesh ; Bénin ; Bhoutan ; Burkina Faso ; Burundi ; Cambodge ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; 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 populaire lao ; Rwanda ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Tchad ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Togo ; Tuvalu ; Vanuatu ; Yémen ; et Zambie. Ces pays font également partie des régions les moins développées.

Références

- Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.
- Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.
- American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.
- Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." *Population Bulletin* 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.
- Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.
- Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper. No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.
- Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): 11.
- Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.
- Coale, Ansley and Edgar Malone Hoover, 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 248-276.
- Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.
- Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.
- Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2)(Suppl. 1):19833.
- Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.
- Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.
- Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development*. New York: UN Women.
- FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration*. Washington, D.C.: FP2020.
- García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.
- Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*. New York: The Penguin Press.
- Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging Sexual and Gender-based Violence in Institutional Settings." Brighton: Institute of Development Studies.
- Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, accessed 1 December 2018.
- Haberland, Nicole, 2015. "The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31.
- Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112

- Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.
- Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.
- Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: IASC and the European Commission.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster*. Geneva: World Health Organization.
- ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.
- IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: IFRC.
- IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: IOM.
- John, Neetu A. and others, 2017. "Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes." Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.
- Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.
- Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.
- Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047-1048.
- Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." South Africa: School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey, 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men*. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30-May 2, 2015.
- Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Milford, Connecticut: Universe Books.
- Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
- Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.
- National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 189-210.
- Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): 59-63.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018." Website: unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF, accessed 1 December 2018.
- Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.
- Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary). *The Lancet* 340(1201): 1155.
- Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.
- RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.
- Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270-283.
- Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. "Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 45(2): 151-169.
- Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20(1): 23-27, 32.

- Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 152-174.
- Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.
- Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642-2692.
- Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875-e887.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012-2013-ICRW-FE. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: UNAIDS.
- UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: unfpa.org/unfpa-supplies, accessed 28 November 2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love, accessed 2 December 2018.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.
- United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 2018a. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations.

- United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017." Website: population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality, accessed 28 November 2018.
- United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet." ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: United Nations.
- United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: United Nations.
- United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015." ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2015a. "World Population Policies Database." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- 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." New York: United Nations.
- United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.
- United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.
- United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.
- United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.
- USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis". *PLOS Currents Disasters*. Website: <http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis>. Accessed 5 March 2019.
- Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.
- World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development". Washington, D.C.: The World Bank.
- Wulf, Deirde, 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.



Assurer les droits et les choix pour tous **depuis 1969**

Fonds des Nations Unies pour la Population

605 Third Avenue
New York, NY 10158
+1 (212) 297-5000

www.unfpa.org

 [@UNFPA](https://twitter.com/UNFPA)

ISSN 1564-8567

ISBN 978-0-89714-042-3



9 780897 140423

Numéro de vente : F.19.III.H.1
F/715/2019

 Imprimé sur papier recyclé.