LA JUSTICE EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION COMME MOYEN



D'HONORER LES ENGAGEMENTS PRIS AU SOMMET DE NAIROBI

ICPD25
International Conference on Population and Development

Rapport 2022 de la Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25

Rapport disponible sur https://www.nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice

Copyright © Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25

Novembre 2022

Responsable du Secrétariat de la Commission de haut niveau et coordinatrice mondiale du suivi de la CIPD25 : Saskia Schellekens

Auteur principal : Professeur Terry McGovern, JD, Harriet et Robert H. Heilbrunn, professeur et président, Population and Family Health à Columbia University Mailman School of Public Health et directeur du Global Health Justice and Governance Program

Équipe de l'auteur principal : Malia Maier, MPH, administratrice principale du programme Global Health Justice and Governance de l'Université de Columbia ; Nicolette Naylor, LLM, LLB, Global Health Justice and Governance Program de l'Université de Columbia ; Alexanne Neff, MPH, Global Health Justice and Governance Program de l'Université de Columbia ; Clare McNerney MPHc, Global Health Justice and Governance Program de l'Université de Columbia

Réviseuse : Gretchen Luchsinger

Responsables de l'élaboration du Cadre de suivi des engagements mondiaux, des profils de pays et de la note méthodologique (annexes A, B et C) : Nadia Carvalho et Kristin Bietsch, Avenir Health

Conception globale : Rec Design

Conception et composition de la couverture et des chapitres : Paula Bustamante
Photographies en couverture : Mengwen Cao/Gettyimages
Photographies en introduction : Stefano Mazzola/Gettyimages, matejmo/iStock, pressdigital/iStock, ugurhan/iStock, nemchinowa/iStock
Photographies du chapitre 1 : ugurhan/iStock, nemchinowa/iStock
Photographies du chapitre 2: pressdigital/iStock, NTCo/iStock, intek1/iStock
Photographies du chapitre 3 : Gabriel Preda RO/Shutterstock, matejmo/iStock
Photographies du chapitre 4 : Michael Hall/Gettyimages, Madzia71/iStock, Vardhan/iStock
Photographies du chapitre 5 : Stefano Mazzola/Gettyimages
Photographies du profil de l'Albanie : ©Nake Batev / Barcroft Media London
Photographies du profil de la République dominicaine : Carina Wint/UNFPA
Photographies du profil de Haïti : ©Maxence Bradley
Photographies du profil de la Jordanie : ©NOOR/Picture This/Alixandra Fazzina pour l'UNFPA
Photographies du profil du Népal : UNFPA Nepal
Photographies du profil des Philippines : ©UNFPA/Mario Villamor
Photographies du profil de la Sierra Leone : ©AFP PHOTO/Marco Longari
Photographies du profil de la Tanzanie : Sawiche Wamunza/UNFPA

Le présent rapport a pu être élaboré grâce au généreux soutien du ministère des Affaires étrangères du Gouvernement du Danemark.

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles de la Commission de haut niveau et de ses membres. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue du Fonds des Nations Unies pour la population, de sa Directrice exécutive, du personnel ou des membres de l'organisation. Le présent rapport ne reflète pas nécessairement le point de vue personnel de tous les membres de la Commission sur chaque question traitée dans le document.

LA JUSTICE EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION COMME MOYEN D'HONORER LES ENGAGEMENTS PRIS AU SOMMET DE NAIROBI

ICPD25
International Conference on Population and Development

Rapport 2022 de la Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25

Remerciements

Les co-présidents de la Commission de haut niveau sur le Sommet de Nairobi sur la CIPD25 expriment leur gratitude à tous les membres de la commission pour l'élaboration de ce deuxième rapport. Nous saluons votre participation au plaidoyer incessant en faveur de la mise en œuvre des engagements du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, à l'Appel à l'action et aux recommandations de notre premier rapport, intitulé *Aucune exception, aucune exclusion : Assurer la santé, les droits et la justice en matière de sexualité et de procréation pour tous*, ainsi qu'à la rédaction du présent rapport. Nous remercions le Secrétariat de la Commission, sous la direction de M^me^ Saskia Schellekens, coordinatrice mondiale du suivi de la CIPD25, et l'auteur du présent rapport, le professeur Terry McGovern, qui a préparé le texte avec les contributions des membres de la Commission et en étroite coordination avec le Secrétariat. Nous remercions également M^me^ Gretchen Luchsinger, qui a révisé le rapport. Nous remercions également Avenir Health d'avoir élaboré le Cadre de suivi des engagements mondiaux afin de mesurer les progrès réalisés par rapport aux indicateurs clés des engagements mondiaux de Nairobi, ainsi que les profils de pays associés, qui constituent une nouveauté du rapport 2022.

Dans ce rapport 2022, nous poursuivons l'analyse des progrès réalisés relativement aux engagements de Nairobi en appliquant un cadre de santé, de droits et de justice en matière de sexualité et de procréation au mandat de notre Commission. Nous espérons que ce rapport viendra appuyer les efforts de tant d'autres, en particulier ceux des femmes et des hommes de terrain, à un moment où nous nous attachons tous, dans la perspective de la CIPD30, à entretenir l'élan de la CIPD25. Nous saluons vos efforts et vous sommes reconnaissants d'avoir partagé avec nous vos bonnes pratiques et vos réussites, bien que ce rapport, concis, ne nous permette pas de toutes les présenter. Nous sommes profondément convaincus que chaque action contribue à faire du Programme d'action de la CIPD une réalité sur le terrain et nous continuerons, ensemble, à aller de l'avant.

Table des matières

Avant-propos 6

Introduction 9

1 Définir un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation 17

2 Un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation pour mettre fin aux approches cloisonnées 23

3 Appliquer le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation pour parvenir à un développement durable et faire face aux crises humanitaires 39

4 Faire progresser la justice en matière de sexualité et de procréation dans la pratique 49

5 Conclusion 65

Annexes 67

Annexe A : Cadre de suivi des engagements mondiaux de Nairobi 68

Annexe B : Profils de pays 74

Annexe C : Note méthodologique 166

Annexe D : Membres de la Commission de haut niveau 192

Annexe E : Secrétariat et équipes d'appui de la Commission de haut niveau 193

Note de fin 194

Références 196

Avant-propos

Nous avons le plaisir de présenter ce deuxième rapport de la Commission de haut niveau sur le Sommet de Nairobi sur la CIPD25. Un an après le premier rapport, intitulé *Aucune exception, aucune exclusion : Assurer la santé, les droits et la justice pour tous en matière de sexualité et de procréation*, nous constatons que l'Appel à l'action qui y était lancé a été suivi d'effets. Il n'en demeure pas moins que les recommandations qu'il contenait n'ont rien perdu de leur actualité et que l'urgence demeure. C'est dans cet esprit que le présent rapport se penche sur le concept de justice en matière de sexualité et de procréation, ce qu'il recouvre et la manière dont il est décliné dans différents lieux. La justice en matière de sexualité et de procréation constitue un cadre organisationnel essentiel pour la réalisation des 12 engagements mondiaux du Sommet de Nairobi. La Commission a pour mission de porter ce plaidoyer en en faveur de l'action et de rendre compte, chaque année, des avancées enregistrées.

Au moment de la publication du présent rapport, la population mondiale est sur le point de dépasser les 8 milliards d'habitants. Il faut y voir le fruit de décennies d'avancées remarquables en matière de soins de santé et de réduction de la pauvreté. Cette réalité nous met au défi tout en nous en ouvrant de nouvelles perspectives de progrès. Tous les individus ont besoin, pour aller de l'avant, de pouvoir exercer leurs droits et leur liberté de choix, un enjeu plus crucial encore dans cette période de profondes mutations et de crise. La pandémie de la COVID-19 sévit depuis bientôt trois ans. L'onde de choc de la guerre en Ukraine se fait sentir partout dans le monde : la sécurité alimentaire est menacée et le coût de la vie augmente. Le changement climatique met en péril l'existence même de notre planète. Les inégalités croissantes et la polarisation généralisée sapent l'espoir d'un développement durable.

La réalisation des promesses et des idéaux mondiaux, incarnés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le Programme d'action de la CIPD et les engagements de Nairobi, est indissociable de la justice en matière de sexualité et de procréation. Ce concept englobe tout un éventail de droits qui sous-tendent l'autonomie corporelle et la capacité d'action. Son approche intersectionnelle permet de prendre en compte des personnes et des groupes confrontés à de multiples formes de discrimination et souvent à de graves violations de leurs droits. De ce point de vue, la réalisation des droits sexuels et reproductifs recouvre les notions de soins de santé, de travail décent, d'environnement sûr, de participation à la prise de décision et d'absence de toute forme de marginalisation. La justice en matière de santé et de procréation est consubstantielle de la libération du plein potentiel de chaque être humain au service d'un avenir plus équitable, plus sûr et plus durable.

Les travaux de la Commission jettent un pont entre les engagements mondiaux de Nairobi et la CIPD30 dont l'organisation, par l'Assemblée générale des Nations Unies, est prévue en 2024, en même que sera célébré le trentième anniversaire de la CIPD. Les examens nationaux et régionaux en préparation de la CIPD30 sont sur le point de commencer, et la Commission espère que ces rapports viendront inspirer et renforcer un plaidoyer toujours plus robuste pour que la justice en matière de sexualité et de procréation pour *tous* soit inscrite au rang des priorités.

Tandis que nous poursuivons sur cette voie, il nous faut aussi garder en mémoire la regrettée Nafis Sadik, disparue en août dernier. Elle est la première femme à avoir dirigé une organisation des Nations Unies, en qualité de Directrice exécutive de l'UNFPA entre 1997 et 2000. L'apport de Nafis Sadika à la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs, comme au leadership des femmes et au développement mondial, a été considérable, tant comme Secrétaire générale de la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population et le développement, que comme l'architecte visionnaire de son Programme d'action.

Natalia Kanem, l'actuelle directrice exécutive de l'UNFPA, lui a rendu hommage en ces termes : « Nafis Sadik a aidé le monde à comprendre que l'humain est au cœur du développement et que, lorsque nous éliminons les obstacles qui barrent la route des individus, et que nous défendons leurs droits, ils s'épanouissent - particulièrement les femmes - et les sociétés aussi. » Depuis la Conférence du Caire, des millions de filles et de jeunes femmes ont grandi avec la conscience que leur corps leur appartenait et qu'il ne tenait qu'à elles de forger leur avenir. Tel est le legs durable de la détermination, du courage et de la force de conviction de Nafis Sadik.

Comme elle le dit un jour : « Les droits en matière de procréation vont au-delà du simple droit de procréer. Ils impliquent d'aider les femmes dans d'autres activités qui les libèrent d'un système de valeurs qui leur assigne la procréation pour seule fonction. »

Cette approche visionnaire est au fondement du programme de la CIPD. Elle a suscité l'engagement renouvelé au Sommet de Nairobi. Elle est au cœur du travail de notre commission et demeure le porte étendard des droits et de la justice en matière de sexualité et de procréation pour tous.

En protégeant les droits et en œuvrant pour la justice, nous pourrons libérer le potentiel illimité de tous. Les 8 milliards d'êtres humains que nous serons bientôt auront le pouvoir d'influer sur le cours de notre destin partagé pour le bien de tous.

Jakaya Mrisho Kikwete

Co-président et ancien président
de la République-Unie de Tanzanie

Michaëlle Jean

Co-présidente et ancienne gouverneure générale et commandante en chef du Canada ; ancienne secrétaire générale de la Francophonie


VF
/1
/2
/3
/4
/5
/6
intro
duction
Dist C 24.1 mm Dist D
24.1 mm Dist D 20.3 mm
Dist B 17.1 mm
Dist B

Introduction

L'année écoulée depuis la publication du premier rapport de la Commission de haut niveau sur le suivi de la CIPD25, intitulé *Aucune exception, aucune exclusion : Assurer la santé, les droits et la justice en matière de sexualité et de procréation pour tous*, a donné à voir le rôle central que jouent la santé, les droits et la justice en matière de sexualité et de procréation dans l la réalisation du bien-être de l'humanité. La pandémie de COVID-19 a montré les dégâts qu'engendre l'incapacité de nombreux gouvernements à prendre en compte le genre. Cette incapacité s'est traduite par une restriction et une interruption de services jugés non essentiels, une inégalité d'accès aux technologies numériques et des obstacles structurels aux soins auxquels ont été confrontés femmes, adolescents, personnes handicapées, personnes à faible revenu, réfugiés et personnes d'orientation sexuelle et d'identité de genre diverses. Sur le terreau de l'insécurité financière, des confinements et des restrictions des services sanitaires, sociaux et juridiques, la violence sexiste a prospéré. De nombreux gouvernements ont hésité à prendre des mesures supplémentaires de protection des victimes.

Les nouveaux variants du SARS-CoV-2 vont sans doute continuer à circuler, alors même que les violations des droits sexuels et reproductifs persistent dans de nombreuses régions du monde. L'épidémie mondiale de variole du singe, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclarée « urgence de santé publique de portée internationale »[1], montre que nous n'avons pas tiré tous les enseignements de l'expérience de la COVID-19. Comme pour la COVID-19, le VIH et d'autres épidémies, les mesures de lutte sont plus lentes que le virus et sapées par le racisme systémique et l'homophobie.

En 2022, deux événements survenus dans des pays du Nord ont eu des répercussions considérables sur le bien-être mondial et la justice : la guerre en Ukraine et la révocation de l'arrêt *Roe v. Wade* par la Cour suprême des États-Unis d'Amérique. En Ukraine, la guerre a fait de plus de 6,6 millions de déplacés internes et six millions de personnes ont fui le pays[2]. Avec des événements tels que les troubles en Afghanistan, au Soudan et en Syrie, ce conflit contribue au nombre record de personnes touchées par des crises humanitaires ces dix dernières années. L'ampleur, la fréquence et la durée sans précédent des situations d'urgence et le besoin d'assistance humanitaire dans des contextes fragiles en raison de conflits ou de catastrophes liées au climat requièrent de toute urgence notre attention sans délai. Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, environ 1,8 milliard de personnes dans le monde vivent dans des contextes fragiles[3]. Le nombre de personnes en besoin humanitaire a atteint 274 millions en 2022[4].

En juin, la Cour suprême des États-Unis a révoqué l'arrêt *Roe v. Wade*, privant ainsi les

citoyennes américaines du droit constitutionnel à l'avortement. Aujourd'hui, l'avortement est interdit dans 17 États du pays, et d'autres devraient adopter des restrictions[5]. En violation du droit international, l'interdiction de l'avortement ne connaît pas d'exception en cas de viol ou d'inceste dans de nombreux États[6]. Les personnes de couleur et les personnes vivant sous le seuil de pauvreté qui sont déjà confrontées à un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive, comme la contraception, et à des inégalités sociales et économiques au sens large, seront sans doute les plus touchées par ces restrictions, car elles représentent la majorité des avortements pratiqués aux États-Unis[7]. La Commission reste préoccupée par les conséquences de cette décision, qui pourrait faire augmenter le nombre d'avortements à risque et de décès maternels. Elle renforcera probablement les mouvements anti-avortement et conservateurs qui cherchent à freiner les progrès en matière de droits sexuels et reproductifs dans le monde[8].

Cette décision contraste avec les progrès récents en Amérique latine et en Afrique, qui offrent au monde entier un modèle de lutte pour la justice en matière de sexualité et de procréation. Dans le sillage de la réussite du plaidoyer des mouvements de femmes au Mexique et en Argentine, la Colombie a légalisé l'avortement en 2022. En novembre 2021, le Parlement béninois a voté en faveur de la légalisation de l'avortement dans la plupart des cas[9], une décision révolutionnaire sur un continent où 92 % des femmes en âge de procréer sont en proie à des restrictions[10]. Premier pays d'Afrique francophone à étendre l'accès aux soins liés à l'avortement, la République démocratique du Congo a adopté des lignes directrices pour mettre en œuvre les directives du Protocole africain relatif aux droits de la femme (Protocole de Maputo)[11]. En juillet 2022, la Sierra Leone a pris des mesures pour abroger les lois sur l'avortement datant de l'époque coloniale après des décennies de plaidoyer du mouvement des femmes et de responsables gouvernementaux. Le Parlement débattra d'un projet de loi sur la dépénalisation de l'avortement qui a obtenu un soutien politique de haut niveau ; il devrait être soumis au vote avant fin 2022.

D'autres événements survenus ces dernières années ont marqué durablement l'environnement social, politique et économique qui détermine la santé sexuelle et reproductive. La contraction de l'espace civique s'ajoute à la mésinformation, à la désinformation et à la polarisation politique associées à la pandémie de COVID-19, entre autres facteurs. Cette évolution est liée à la montée de l'autoritarisme, de la rhétorique d'extrême droite et des mouvements populistes[12]. La guerre en Ukraine et l'inflation aggravent l'insécurité alimentaire[13]. Le changement climatique provoque des déplacements liés aux catastrophes et des migrations forcées dans le monde entier : les populations sont confrontées à une augmentation de la fréquence et de la gravité des sécheresses, des inondations, des cyclones et autres événements liés au climat[14].

En 2019, le Sommet de Nairobi célébrait le vingt-cinquième anniversaire du programme d'action historique de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Des gouvernements, des acteurs de la société civile, des entreprises et diverses parties prenantes ont pris plus de 1300 engagements et ont approuvé la Déclaration de Nairobi, qui fixe 12 engagements mondiaux fondamentaux en vue d'atteindre les objectifs de la CIPD pour tous et partout.

Les engagements se concentrent autour cinq objectifs :

1
Instaurer un accès universel aux services de santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation comme partie intégrante de la Couverture Sanitaire Universelle

2
Eradiquer la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes

3
Mobiliser les sources de financement requises afin de mener à terme le Programme d'action de la CIPD et de maintenir les progrès déjà réalisés

4
S'appuyer sur la diversité démographique pour stimuler la croissance économique et parvenir au développement durable

5
Faire respecter le droit aux services de santé sexuelle et reproductive dans les contextes fragiles et les situations de crise humanitaire

La réalisation de ces objectifs est indissociable de la lutte contre les formes croisées d'oppression qui entravent la justice en matière de sexualité et de procréation. Fidèle aux termes de son rapport de 2021, la Commission estime que la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation font partie intégrante d'un programme de justice et de développement de portée universelle. À ce titre, elle a approuvé l'adoption et la mise en œuvre d'un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation qu'elle estime nécessaire à la tenue des engagements de Nairobi.

Bien que le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation décrit dans notre premier rapport ait trouvé un écho, ce deuxième rapport en développe les principes et présente ses modalités d'application à divers acteurs et contextes. La Commission souhaite que le présent rapport montre la voie à suivre pour honorer les engagements de la CIPD et du Sommet de Nairobi à travers la mise en œuvre d'un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation.

Contenu du présent rapport

Le **chapitre 1** présente le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation et montre qu'il favorise la compréhension et le traitement des contextes, structures et relations spécifiques qui façonnent l'autonomie, la capacité d'action et les choix des individus concernant leur propre corps. La Commission souligne que le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation va bien au-delà de l'accès individuel aux services, qui exclut souvent les femmes et les filles en marge de la société, et lui substitue une approche intersectionnelle qui permet de renforcer la mise en œuvre des engagements de Nairobi et la responsabilité des acteurs qui les ont pris.

Le **chapitre 2** situe le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation dans le contexte d'autres programmes et concepts de justice. La justice en matière de sexualité et de procréation est une condition préalable à la réalisation de la justice au sens large. Elle permet aux acteurs de divers mouvements de travailler de manière plus solidaire pour créer la vaste mobilisation nécessaire au changement.

Le **chapitre 3** montre que le cadre juridique e en matière de sexualité et de procréation est essentiel pour parvenir à un développement durable et faire face aux crises humanitaires.

Dans le **chapitre 4**, la Commission examine des exemples de contribution de la justice en matière de sexualité et de procréation à la réalisation des engagements de Nairobi, et les difficultés qui subsistent. À l'appui des derniers rapports du Cadre de suivi des engagements mondiaux et d'une nouvelle série de profils de pays, la Commission étudie les données les plus récentes et relève les bonnes pratiques qui se font jour.

Dans sa **conclusion**, la Commission énonce que son appel à l'action 2021 n'a rien perdu de sa pertinence. Elle suggère des mesures qui, si elles sont adoptées, accéléreront le changement et garantiront la responsabilité dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, de la justice et du développement, conformément à la Déclaration de Nairobi, au Programme d'action de la CIPD et au Programme de développement durable à l'horizon 2030.

On trouvera dans les **annexes A, B et C** la mise à jour 2022 du Cadre de suivi des engagements mondiaux, une sélection de profils de pays et une note méthodologique d'accompagnement. Sur la base des tableaux de bord du rapport 2021, le Cadre de suivi des engagements mondiaux présente les dernières données disponibles aux fins du suivi des principaux indicateurs mondiaux par région. Certains profils de pays approfondissent les données. Dans la mesure du possible, nous avons ventilé les données afin d'approfondir la compréhension des réalités du terrain et de permettre des investissements ciblés conformément aux engagements de Nairobi. La note méthodologique rend compte du processus d'élaboration du cadre et des profils de suivi par la Commission.

La Déclaration de Nairobi : 12 engagements mondiaux

En reconnaissant nos différentes capacités et responsabilités, la voie à suivre consiste à nous concentrer sur les actions, exprimées dans des engagements spécifiques et des actions de collaboration, qui accéléreront les promesses du Programme d'action de la CIPD, les actions clés pour la poursuite de sa mise en œuvre, ses résultats et le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Dans ce contexte, nous nous engageons à :



Intensifier nos efforts pour la mise en œuvre et le financement complets, efficaces et accélérés du Programme d'action de la CIPD, des actions clés pour la poursuite de sa mise en œuvre, de ses résultats et du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive dans le cadre d'une Couverture Sanitaire Universelle, en nous engageant à :

Atteindre l'objectif de zéro besoin non satisfait en matière d'accès aux informations et aux services de planification familiale assurer une disponibilité universelle de moyens de contraception modernes de qualité, accessibles, abordables et sans risque.

Atteindre l'objectif de zéro décès maternel évitable et un taux de mortalité maternelle de zéro, particulièrement les décès provoqués par les fistules obstétricales, en intégrant notamment un ensemble complet d'interventions relatives à la santé sexuelle et procréative (accès à des avortements sans risque conformément à la loi, mesures pour prévenir et éviter les avortements risqués et pour garantir des soins post-avortement, etc.) dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux relatifs à la Couverture Sanitaire Universelle. Il s'agit également de protéger et de garantir le droit de tous à l'intégrité physique, à l'autonomie et aux droits reproductifs, et de fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit.

L'accès des adolescents et des jeunes, en particulier des filles, à des **informations complètes et adaptées à leur âge, à une éducation et à des services complets, de qualité, rapides et adaptés aux adolescents** afin de leur permettre de choisir librement et en connaissance de cause leur sexualité et leur vie reproductive, de se protéger de manière adéquate des grossesses non désirées, de toutes les formes de violence sexistes et sexuelle et des pratiques néfastes, des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida, et d'être en mesure de réussir une transition en toute sécurité vers l'âge adulte.

Lutter contre la violence sexiste et sexuelle et les pratiques néfastes, telles que les mariages d'enfants et forcés et les mutilations génitales féminines, en nous engageant à atteindre :

Zéro violence basée sur le genre et pratique néfaste, y compris zéro mariage d'enfants, précoce et forcé, ainsi que zéro mutilation génitale féminine ; **élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles** afin de réaliser le plein potentiel socioéconomique de tous les individus.

Mobiliser les sources de financement requises afin de finaliser le Programme d'action de la CIPD et las avancées déjà réalisées :

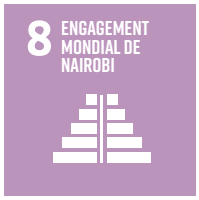


En utilisant les processus budgétaires nationaux, y compris la budgétisation et les audits sexospécifiques, en augmentant le **financement intérieur** et en explorant de nouveaux instruments et structures de financement innovants et participatifs pour assurer la mise en œuvre intégrale, effective et accélérée du Programme d'action de la CIPD.



Renforcer le **financement international** pour la mise en œuvre complète, effective et accélérée du Programme d'action de la CIPD afin de compléter et catalyser le financement national, en particulier les programmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive, et d'autres mesures et interventions qui soutiennent l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes et des filles.

Nous appuyer sur la diversité démographique pour stimuler la croissance économique et parvenir au développement durable :



Investir dans l'éducation, la création d'emplois et la santé des adolescents et des jeunes, y compris la planification familiale et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes, notamment les filles, **pour exploiter toutes les promesses du dividende démographique.**



Édifier des sociétés paisibles, justes et inclusives, sans laissés pour compte, dans lesquelles toutes les personnes, indépendamment de la race, la couleur de peau, la religion, le sexe, l'âge, le handicap, la langue, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et l'expression oul' identité de genre, se sentent valorisées et capables de façonner leur propre avenir et d'apporter leur contribution à la société.



Fournir des données de qualité et ventilées en temps opportun, qui garantissent le respect de la vie privée des citoyens et incluent les jeunes adolescents, investir dans les innovations numériques en matière de santé, comme les mégadonnées, et améliorer les systèmes de données pour étayer les politiques visant à atteindre un développement durable.



Nous engager en faveur de l'idée que rien ne peut être discuté et décidé sur la santé et le bien-être des **jeunes** sans leur **implication et leur participation véritables** (« nous voulons participer à tout ce qui nous concerne »).

Défendre le droit aux services de santé sexuelle et reproductive dans les contextes fragiles et les situations de crise humanitaire :



En s'assurant que les **besoins et droits fondamentaux** des populations touchées, en particulier ceux des filles et des femmes, sont traités comme des composantes essentielles des réponses aux crises humanitaires et environnementales, ainsi que dans les contextes fragiles de reconstruction et de sortie de crise, en offrant un accès à toute la gamme de services, d'informations et d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à l'avortement sans risque conformément à la loi et aux soins post-avortement, afin de réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, la violence basée sexiste et sexuelle, ainsi que les grossesses non désirées dans ces conditions.


aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
VIH
contra
ception

1 Définir un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation

Messages principaux

La justice en matière de sexualité et de procréation est un concept universel qui englobe le droit d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, le droit d'élever ses enfants dans un environnement sûr et durable, ainsi que le droit à l'autonomie sexuelle et à la liberté de genre.

Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation s'appuie sur les droits en matière de sexualité et de procréation, et sur la reconnaissance des inégalités structurelles, des systèmes d'oppression croisés et des facteurs économiques, sociaux et sanitaires qui influent sur la prise de décisions en matière de sexualité et de procréation.

La justice en matière de sexualité et de procréation implique de remettre en question la répartition inégale du pouvoir dans la société et de mettre fin à la marginalisation et à l'exclusion.

Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation s'applique de manière universelle et revêt un caractère essentiel pour organiser et renforcer des mouvements sociaux vastes et intersectionnels.

Il est crucial pour renforcer la mise en œuvre des engagements de Nairobi et des objectifs de développement durable (ODD) ainsi que la responsabilité en la matière, car il étend l'analyse aux obstacles structurels intersectionnels qui restreignent les avancées aux niveaux communautaire, national, régional et mondial.

En 1994, date de l'adoption du Programme d'action historique de la CIPD, un collectif de 12 féministes noires a créé le terme de *reproductive justice* (« justice en matière de procréation »), transformant le débat étroit entre *pro-life* (opposants à l'avortement) et *pro-choice* (partisans de l'avortement) qui dominait alors le discours sur la procréation, l'économie et la société aux États-Unis d'Amérique[15]. Les principaux mouvements de défense des droits en matière de procréation se concentraient sur les femmes privilégiées, blanches, cisgenres et hétérosexuelles. Comme ils ne traitaient pas les facteurs d'oppression croisés, ces mouvements paraissaient négliger les expériences vécues par les femmes issues de groupes marginalisés, telles que les femmes de couleur[16].

Si le concept de *reproductive justice* est apparu aux États-Unis, celui de justice en matière de sexualité et de procréation est universel. De nombreuses parties prenantes issues de toutes les régions du monde reconnaissent depuis longtemps l'importance de lutter contre les oppressions croisées pour que règnent la justice en matière de sexualité et de procréation et la justice de genre. Ce concept permet une analyse critique des droits en matière de procréation ainsi que des droits civils, économiques et sociaux. Il repose sur trois principes : le droit de ne pas avoir d'enfant, le droit d'avoir un enfant et le droit d'élever ses enfants dans un environnement sûr et durable. Un quatrième principe a vu le jour dans la décennie qui a suivi la création du cadre juridique en matière de procréation : le droit fondamental à l'autonomie sexuelle et à la liberté de genre[17].

La justice en matière de sexualité et de procréation met en lumière les expériences de ceux qui ont souvent été ignorés et permet une analyse systématique du pouvoir et des privilèges qui régulent la procréation de manière punitive. Au cœur de la justice en matière de sexualité et de procréation, les questions de genre, de classe, d'appartenance raciale, d'orientation sexuelle, d'âge, de handicap, de statut migratoire et d'origine ethnique permettent d'évaluer les obstacles associés au système de justice pénale, à l'application de la loi, à la participation économique, à la représentation politique, à l'éducation, au logement, à la santé, à la protection de l'enfance, à l'assistance publique, à l'autonomie sexuelle et à la liberté de genre[18].

La justice en matière de sexualité et de procréation s'appuie sur le cadre des droits en matière de sexualité et de procréation, qui repose lui-même sur diverses garanties des droits fondamentaux, telles que le droit à la vie, à la santé, à la vie privée, à l'information, à la liberté d'expression, et le droit de ne pas subir la violence, la discrimination, la torture, ou des traitements cruels, inhumains et dégradants. Ces droits sont inscrits dans les lois et constitutions des pays ainsi que dans les documents fondamentaux et universellement acceptés relatifs aux droits de l'homme. Ils sont définis et détaillés dans les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, des déclarations interprétatives et des documents de consensus politique[19].

Le cadre fondé sur les droits adopte une approche individuelle de la liberté en matière de procréation, affirmant et protégeant les droits de l'individu à des services tels que la contraception et les soins de santé maternelle. Le cadre de la justice en matière de sexualité et de procréation va plus loin[20]. Outre l'accès aux services, il prend en compte les conditions sociales qui favorisent ou entravent la capacité d'un individu à jouir de sa liberté en matière de sexualité et de procréation.

La professeure Loretta Ross, l'une des pionnières de la justice en matière de procréation dans le monde, souligne que les questions d'autonomie en matière de procréation résident non seulement dans l'accès effectif et choisi à la contraception, à l'avortement et aux soins prénatals et obstétriques, mais

aussi dans la prise en compte des obstacles auxquels les femmes marginalisées sont confrontées lorsqu'elles portent et élèvent des enfants. Parmi ces obstacles, on peut citer la criminalisation de la procréation, les grossesses et stérilisations forcées, la stigmatisation des mères adolescentes, les effets de la dégradation de l'environnement sur la fécondité et l'accès limité aux techniques de procréation.

L'autonomie en matière de procréation doit être contextualisée, tant sur le plan interpersonnel que structurel, en inscrivant les choix des femmes en matière de procréation « dans une analyse plus large des contraintes raciales, économiques, culturelles et structurelles qui pèsent sur leur capacité d'action »[21]. L'autonomie corporelle est fondée sur les droits individuels à la vie privée, à la confidentialité, au consentement et au choix éclairés, à la liberté d'expression et à l'absence de discrimination, de harcèlement et de violence. Les relations constructives favorisent l'autonomie individuelle tandis que les relations destructrices la minent, non seulement dans « les relations intimes et familiales, mais aussi dans les relations plus distantes et les relations sociales structurelles telles que les relations de genre, les relations économiques et les formes de pouvoir gouvernemental »[22]. Cette interprétation



contextuelle et relationnelle intègre la variation du degré d'autonomie des femmes et des filles selon le groupe auquel elles appartiennent, malgré une vulnérabilité commune à la subordination liée au genre.

En présence d'un héritage de subordination sexuelle discriminatoire et de contrôle de la population associé à une socialisation complexe et spécifique concernant la sexualité et la procréation, l'expérience des minorités raciales et ethniques (entre autres groupes) diffèrent souvent de celle des groupes dominants. De manière universelle, la pauvreté et les inégalités, les expériences de contrôle de la population, l'accès à l'avortement, la vulnérabilité au VIH et la violence basée sur le genre systémique n'ont pas les mêmes effets sur les femmes en fonction de leur appartenance raciale, de leur classe sociale, de leur sexualité, de leur âge et de leur situation de handicap. En mettant l'intersectionnalité et les mécanismes imbriqués de subordination et d'oppression au centre de l'analyse, le cadre attire l'attention sur les femmes et les filles qui sont marginalisées à cause de plusieurs facteurs d'oppression, notamment l'appartenance raciale, l'origine ethnique, la classe sociale, la sexualité, l'âge, le handicap, la pauvreté, le statut migratoire, le fait de vivre en milieu rural, et bien d'autres encore. Ces femmes et ces filles ont rarement la possibilité de prendre leurs propres décisions en matière de sexualité et de procréation.

La justice en matière de sexualité et de procréation implique de remettre en question la répartition inégale du pouvoir dans la société et de restaurer la dignité des personnes, un principe essentiel qui imprègne toute approche fondée sur les droits de l'homme.

Cela implique de relier une compréhension contextuelle, relationnelle et intersectionnelle de l'autonomie et de l'autodétermination à l'égalité réelle et aux droits économiques et sociaux. La réalisation des droits et de l'autonomie corporelle est une étape fondamentale pour

transformer les cultures et les structures patriarcales, racistes, âgistes, capacitistes, homophobes et transphobes.

Les changements sous-tendus par la justice en matière de sexualité et de procréation nécessitent la suppression des obstacles structurels, des systèmes oppressifs et des conditions qui exposent les individus à des violations de leurs droits fondamentaux. L'intersectionnalité doit être intégrée dans un cadre juridique pour permettre de réorienter la recherche, d'éclairer les politiques et les programmes et d'analyser l'architecture mondiale de la santé et ses rapports avec la justice.

Des militants et des mouvements du monde entier ont adopté le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation, démontrant ainsi son universalité et son adaptabilité. En 1996, l'Afrique du Sud a formellement adopté un cadre juridique lorsque le Parlement a légalisé l'avortement en vertu d'une loi sur le choix en matière d'interruption de grossesse (*Choice on Termination of Pregnancy Act*). En 2015, le gouvernement sud-africain a fait de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation l'une des priorités de sa politique démographique et a recommandé que le concept de justice en matière de procréation guide les travaux du gouvernement dans tous les domaines. Aujourd'hui, le gouvernement collabore avec la société civile et des universitaires sur une série de séminaires transnationaux sur la justice en matière de sexualité et de procréation et ses liens avec la gouvernance, l'offre de services (en particulier à destination des groupes mal desservis), la migration et la mobilité, la tradition, la culture et la langue, la pauvreté et l'inégalité et la démographie. En 2023, une conférence nationale sur la justice en matière de sexualité et de procréation identifiera les priorités nécessitant des interventions renforcées.

En République de Corée, en 2017, un groupe de défense des droits des personnes handicapées s'est associé à des organisations de médecins, de féministes, de jeunes militants et des groupes religieux pour faire de l'avortement une question de justice sociale. L'année dernière, leur plaidoyer collectif a abouti à la dépénalisation de l'avortement dans le pays[23]. En Irlande, les défenseurs du droit à l'avortement se sont appuyés sur les concepts de justice en matière de sexualité et de procréation qui font le lien entre mortalité maternelle, oppression économique et justice en matière de procréation, pour obtenir l'abrogation de l'interdiction de l'avortement en 2018. De même, les féministes latino-américaines ont adopté un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation pour mobiliser des mouvements locaux et créer un espace politique propice à des discussions ouvrant de nouvelles perspectives sur l'avortement. En Argentine, le mouvement féministe a intégré la lutte pour l'avortement à d'autres causes féministes, telles que la lutte contre la violence domestique, l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes et les meurtres de militantes écologistes et autochtones[24].

Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation s'avère indispensable pour responsabiliser davantage les acteurs et renforcer la mise en œuvre des engagements de Nairobi et des ODD, en particulier de l'ODD 3 (bonne santé et bien-être) et de l'ODD 5 (égalité entre les sexes). Il se répercutera également sur l'ODD 4 (éducation de qualité), l'ODD 10 (inégalités réduites), l'ODD 13 (mesures relatives à la lutte contre les changements climatiques), l'ODD 16 (paix, justice et institutions efficaces), l'ODD 17 (partenariats pour la réalisation des objectifs) et, à terme, l'ODD 1 (pas de pauvreté). Le cadre est également aligné sur les principes de l'Agenda 2030, à savoir les droits fondamentaux, l'universalité, le souci de ne laisser personne de côté et la priorité donnée aux groupes les plus défavorisés.

L'Engagement mondial 3 de la CIPD25 visant l'objectif de zéro décès maternel évitable et zéro morbidité maternelle illustre l'application du cadre juridique en matière de sexualité et

de procréation. Il ne suffira pas d'assurer l'accès aux soins de santé maternelle pour atteindre cet objectif, car le manque de respect et les abus perpétrés pendant l'accouchement peuvent nuire aux résultats en matière de santé[25]. Les mauvais traitements peuvent être conditionnés par l'environnement sociopolitique et associés à des facteurs tels que le racisme[26] et des pratiques qui empêchent les femmes d'accoucher dans la dignité[27]. De même, les professionnels de santé autochtones ou d'origines raciales et ethniques variées ont tendance à subir des traitements dégradants au travail. Dans de nombreux systèmes de santé, les sages-femmes et les professionnels de santé traditionnels, qui sont pour la plupart des femmes, sont moins valorisés, considérés et rémunérés.

L'injustice environnementale et l'exposition aux risques influent aussi sur la mortalité maternelle. De plus, les conséquences économiques et sociales des décès en couches touchent durablement les enfants, les ménages et les communautés tout entières. Parmi ces conséquences : l'instabilité financière résultant de la perte de revenus associée aux soins de santé et aux obsèques, l'accroissement de la charge de l'éducation des enfants pour les autres membres de la famille et de la communauté, la perte de chances d'éducation et de vie pour les enfants survivants et l'augmentation du taux de mortalité des enfants[28].

En somme, une approche soucieuse de la justice en matière de sexualité et de procréation étend l'analyse aux obstacles structurels intersectionnels présents aux niveaux communautaire, national, régional et mondial. En levant ces obstacles, cette approche donne une importance centrale aux efforts des mouvements sociaux et des initiatives locales et ancre le rôle de garants des droits fondamentaux assumé par les États.



justice en matière de sexualité et de procréation



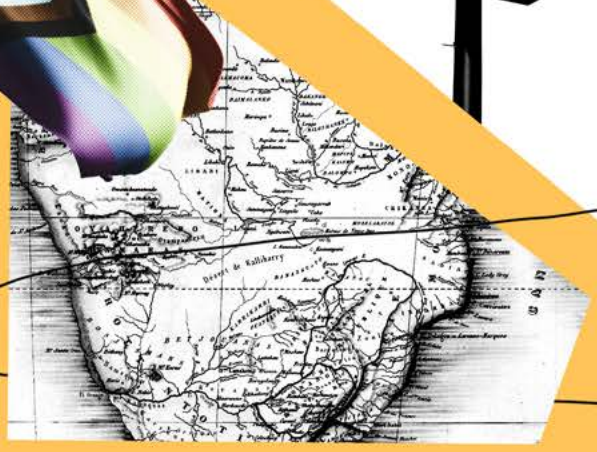














2 Un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation pour mettre fin aux approches cloisonnées

Messages principaux

Un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation nécessite les actions suivantes :

- Adopter une analyse intersectionnelle des répercussions des formes multiples et croisées d'oppression ;
- Créer des alliances et des réseaux d'organisations qui œuvrent en faveur de la justice sociale et des droits fondamentaux et intègrent un programme de justice en matière de procréation aux niveaux local, régional et mondial ;
- Reconnaître et soutenir le leadership et le pouvoir des groupes les plus exclus, en particulier les femmes et les filles marginalisées, et soutenir les efforts menés par les femmes et leurs communautés pour construire et revendiquer un pouvoir social, politique et économique ;
- Intégrer des enjeux et des groupes d'intérêt diversifiés en terme de genre, de race, d'âge, et reconnaître le leadership des militants handicapés, des militants écologistes, des mouvements autochtones, des femmes et des filles issues de minorités raciales et ethniques dans la création d'un mouvement puissant et ciblé en faveur de la justice en matière de sexualité et de procréation.



La justice en matière de sexualité et de procréation est au cœur des principaux enjeux de justice économique et sociale auxquels sont confrontées les communautés marginalisées, tels que les droits des travailleurs, la justice environnementale, les droits des migrants, la justice pour les personnes handicapées, et le droit à la protection contre la violence et la discrimination fondées sur la race, l'origine ethnique, l'âge, le genre, le statut migratoire, le statut séropositif, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation prend en compte le fait que l'oppression en matière de procréation résulte du croisement de multiples formes d'oppression et s'avère intrinsèquement liée à la lutte pour la justice sociale et les droits fondamentaux.

Le cadre suit un modèle d'organisation destiné à lutter, plus largement, contre les inégalités de pouvoir structurelles. L'analyse structurelle des problèmes, des stratégies et des solutions envisagées doit être globale et se concentrer sur l'interconnexion entre les enjeux de justice sociale et les enjeux de droits fondamentaux qui influent sur le corps, la sexualité et la procréation des femmes, des filles et des personnes aux identités de genre différentes, comme le montre la figure ci-dessus. Le cadre implique de remédier au manque de pouvoir, de ressources et de contrôle, car il vise avant tout à mettre fin au contrôle et à l'exploitation du corps, de la sexualité et des choix en matière de procréation comme moyen de dominer les femmes, les filles et les communautés, notamment les plus marginalisées.

Aujourd'hui comme hier, le manque de pouvoir d'une femme se manifeste à travers de multiples formes d'oppression fondées sur la race, l'origine ethnique, la classe sociale, le genre, la sexualité, les capacités, l'âge et le statut de migrante ou de réfugiée. Pourtant, le financement et les mouvements en faveur de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation ne sont généralement pas pris en compte par les autres acteurs intervenant dans les domaines des droits de l'homme et de la justice. Sur plus

de 27 000 subventions en faveur des droits de l'homme accordées par des fondations privées américaines à 44 pays en 2018, seulement 22 % devaient bénéficier à plus d'une population et à peine 21 % étaient censées remédier à plus d'un problème. Les subventions destinées aux personnes handicapées et aux personnes d'orientation sexuelle et d'identité de genre différentes constituaient les flux de financement les plus cloisonnés[29].

En raison de ce cloisonnement des injustices par la communauté des donateurs, les organisations (en particulier locales) peinent à travailler sur les enjeux intersectionnels et interdépendants. Il a été difficile de relier les travaux sur la justice en matière de sexualité et de procréation à ceux sur la justice raciale, la justice climatique et la justice économique. Et ce, malgré les éléments probants qui montrent que le changement climatique, par exemple, a des conséquences néfastes sur presque tous les résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation[30]. Quelque 80 % des personnes déplacées à la suite de catastrophes climatiques sont des femmes exposées au risque de discrimination, de harcèlement et de violences sexistes et sexuelles, tant pendant le transit et que pendant le séjour dans des abris et des camps de réfugiés[31]. Dans le même temps, le mouvement pour la justice climatique, dirigé par des jeunes, reconnaît que les communautés pauvres et les minorités raciales et ethniques du monde entier ne sont pas à l'origine du changement climatique, alors même que ce sont elles qui en pâtissent le plus.

C'est dans ce contexte que le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation révèle tout son potentiel en tant que cadre d'organisation et de « mouvement d'envergure puissant »[32]. Il met fin aux approches cloisonnées, renforce la solidarité et favorise la constitution d'un socle plus puissant et plus diversifié composé de bailleurs de fonds et de responsables politiques ainsi que de mouvements en faveur de la justice climatique, de la justice raciale, de la justice économique et de la justice en matière de sexualité et de procréation, à même d'opérer des changements plus durables. Aux États-Unis, par exemple, les femmes autochtones s'appuient sur un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation pour faire reconnaître les effets dangereux de la contamination de leurs terres sur la santé reproductive[33].

La séparation entre les mouvements en faveur de la justice en matière de sexualité et de procréation et ceux en faveur de la justice économique est particulièrement frappante, alors même que l'autonomisation économique est essentielle à la prise de décisions et à la justice en matière de procréation. Les perspectives et la sécurité financières offrent une plus grande autonomie aux femmes et aux personnes susceptibles de tomber enceintes pour décider si elles veulent élever des enfants, quand elles veulent le faire et comment. Réciproquement, le degré de liberté et de bien-être d'une personne en matière de sexualité et de procréation influence le niveau et la nature de sa participation à l'économie. L'utilisation croissante des moyens de contraception et la réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes augmentent leur probabilité d'insertion dans le marché du travail formel[34]. À l'inverse, la grossesse chez les adolescentes peut entraîner des abandons scolaires et une perte de perspectives d'emploi associée à des coûts sociétaux accrus[35]. En l'absence de protection et de politiques tenant compte de la justice de genre sur le lieu de travail, les femmes et les personnes qui accouchent sont dans l'obligation de choisir entre leur enfant ou leur emploi. Dans de nombreux contextes, le double fardeau de l'éducation des enfants et de la participation au marché du travail pousse les femmes à quitter leur emploi ou les relègue dans le secteur informel, qui ne garantit ni un salaire égal, ni des conditions de travail équitables[36].

Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation envisage des stratégies combinées pour aborder les concepts interdépendants

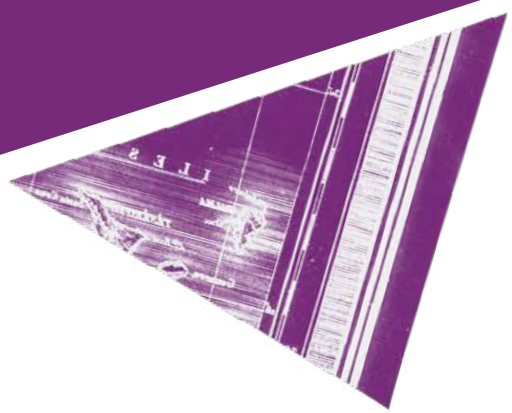
d'autonomisation économique et de liberté en matière de sexualité et de procréation. Il plaide en faveur d'une Couverture Sanitaire Universelle, incluant toutes les composantes des services de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'en faveur du droit à l'éducation ; d'un salaire juste et égal ; de systèmes de protection sociale, dont des congés parentaux payés ; des allocations familiales ; du partage des responsabilités parentales ; et de conditions et d'une rémunération décente pour l'administration des soins. Il donne la priorité aux ressources et aux perspectives des femmes handicapées, car leur pleine participation à la vie politique, économique et publique est un tremplin vers la justice en matière de sexualité et de procréation.

La justice de genre et la justice en matière de sexualité et de procréation accordent toutes deux la priorité à la participation et au leadership des femmes dans la vie politique et publique, à égalité avec les hommes. Malgré les éléments prouvant que la participation des femmes aux processus politiques profite à tous, elles sont sous-représentées à tous les niveaux de la prise de décision dans le monde. Actuellement, seuls 10 pays ont une femme pour chef d'État et 13 pour chef du Gouvernement. Seuls 26 % des parlementaires nationaux sont des femmes. D'après les données de 133 pays, les femmes représentent 36 % des élus des organes de délibération locaux[37].

Interdépendance et indivisibilité des droits

Dans ses Observations générales n° 2[38] sur le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo)[39], la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples souligne l'interdépendance et l'indivisibilité des droits. Le texte stipule que les composantes relatives aux droits civils et politiques des droits en matière de sexualité et de procréation ne peuvent être séparées des composantes socioéconomiques.

Tous les États doivent respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits garantis aux femmes par le Protocole. Les obligations de promouvoir et de réaliser ces droits sont particulièrement importantes, car de nombreux États tardent encore à mettre en œuvre les lois et politiques afférentes. Outre les obstacles juridiques et politiques, les États doivent lever les obstacles culturels, sociaux, religieux et économiques qui empêchent les femmes de jouir de leurs droits[40].



Justice intergénérationnelle

La justice intergénérationnelle est étroitement liée à la justice climatique, à la justice économique et à la justice en matière de sexualité et de procréation. Selon ses principes, les générations présentes ont des obligations les unes envers les autres ainsi qu'envers les générations futures. On comprend de plus en plus l'importance de l'intégration sociale et de la solidarité intergénérationnelle, enracinée dans l'interdépendance entre les générations au cours de la vie. Cette évolution résulte de la prise de conscience des conséquences intergénérationnelles du changement climatique et de la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre. On peut notamment lutter contre cette dernière en investissant dans les enfants et les jeunes pour leur permettre de réaliser leur plein potentiel.

Une approche de justice intergénérationnelle nécessite de prendre en compte les relations de pouvoir entre les générations actuelles ainsi que les conditions de vie des générations à venir[41], notamment l'environnement social et physique et les formes d'oppression dont elles hériteront. Cette notion est au cœur de la justice en matière de sexualité et de procréation, qui cherche à créer et à maintenir des contextes permettant aux générations actuelles d'élever leurs enfants en sécurité et dans la dignité et dont les générations futures hériteront. En outre, les injustices en matière de sexualité et de procréation, telles que les grossesses, la stérilisation et les avortements forcés, la défaillance des systèmes de protection de l'enfance, l'exposition prénatale à des polluants environnementaux et le manque d'accès aux technologies procréatives ont des répercussions directes sur les générations futures.

La justice intergénérationnelle exige la reconnaissance de la perpétration d'injustices en matière de sexualité et de procréation au détriment de générations au pouvoir social, économique et politique restreint. Par exemple, les programmes de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation négligent grandement les personnes âgées, malgré le vieillissement rapide des populations dans le monde[42]. Environ une personne âgée sur six a été victime d'abus dans un cadre communautaire, y compris d'abus sexuels[43]. Les facteurs individuels, communautaires et sociétaux ayant toutefois tendance à réduire l'autonomie des personnes âgées, les politiques, le financement et les services ignorent souvent leurs besoins en matière de santé sexuelle et procréative[44, 45].

De nombreux obstacles empêchent les adolescents d'accéder aux soins et de prendre leurs propres décisions en matière de santé sexuelle et reproductive. Le Comité des droits de l'enfant estime que tous les adolescents devraient avoir accès à des services, des informations et une éducation gratuits, confidentiels, adaptés à leur âge et non discriminatoires en matière de santé sexuelle et reproductive ; et qu'ils sont à même de prendre des décisions éclairées concernant leurs propres soins[46]. Dans 21 % des pays dotés de lois protégeant l'accès aux services de contraception, les textes conditionnent l'accès à ces services à l'intervention d'un tiers, généralement un parent ou un membre du personnel médical ou judiciaire[47]. Cette exigence pèse tout particulièrement sur les adolescents, pour lesquels l'absence de consentement parental représente souvent un obstacle considérable à l'accès aux soins. Dans certains pays, les prestataires ne peuvent pas proposer de services de planification familiale sans le consentement écrit d'un parent ou d'un tuteur[48].

Les engagements de Nairobi soulignent l'importance d'une implication et d'une participation significatives des jeunes. Si les jeunes sont traditionnellement sous-représentés dans les institutions politiques[49], les mouvements de jeunes seront néanmoins des partenaires importants pour favoriser la justice en matière de sexualité et de procréation dans le monde. Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation permet d'analyser plus en détail la façon dont la capacité des diverses générations à accéder au pouvoir social, économique et politique a été restreinte et pourquoi, ainsi que les conséquences de ces restrictions sur leurs droits sexuels et reproductifs. Il examine les conséquences des injustices en matière de sexualité et de procréation sur les générations à venir.

Se pencher de plus près sur la justice en matière d'appartenance raciale, d'origine ethnique et de statut d'autochtone

Comme de nombreuses minorités raciales et ethniques dans le monde, les communautés autochtones sont confrontées à une discrimination systémique et intersectionnelle fondée sur la culture, le sexe, le genre, l'origine ethnique, le statut socioéconomique et la langue[50]. Dans sa recommandation générale n° 34, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes met en garde contre le cloisonnement des problèmes rencontrés par les femmes et les filles autochtones ou d'ascendance africaine. Le Comité estime que « les États parties devraient reconnaître que les femmes rurales ne forment pas un groupe homogène et qu'elles sont souvent victimes de discriminations croisées », et que « [b]on nombre de femmes autochtones et d'ascendance africaine vivent en milieu rural et sont victimes de discriminations fondées sur leur origine ethnique, leur langue et leur mode de vie traditionnel »[51].

Compte tenu de leur marginalisation économique, sociale, politique et culturelle structurelle associée à des schémas historiques d'exclusion et de discrimination, qui se sont traduits notamment par l'esclavage, le colonialisme, l'exploitation et la violence, la justice en matière de sexualité et de procréation est capitale pour les communautés autochtones et les minorités raciales et ethniques. Malgré la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, le manque de reconnaissance du statut d'autochtone et des droits spécifiques, collectifs et territoriaux de ces peuples s'ajoute aux obstacles existants. La violence contre les femmes et les filles autochtones est étroitement liée à la dépossession coloniale continue des terres de leurs peuples et prend souvent la forme de pratiques discriminatoires et coercitives, notamment des actes d'abus sexuels et de viol perpétrés contre des défenseuses autochtones des droits fondamentaux. Les approches de la justice en matière de sexualité et de procréation exigent des gouvernements qu'ils respectent les droits collectifs des peuples autochtones et le principe du consentement préalable, libre et éclairé.

À l'échelle mondiale, le racisme systémique sape les fondements mêmes de la justice en matière de sexualité et de procréation. Par exemple, les disparités en matière de mortalité maternelle selon l'appartenance raciale, l'origine ethnique ou le statut d'autochtone persistent dans de nombreuses régions du monde. En Équateur, le taux de mortalité maternelle des femmes d'ascendance africaine est trois fois plus élevé que la moyenne nationale. En Colombie, il est 1,8 fois plus élevé que la moyenne nationale. Au Brésil, il lui est supérieur de 36 %[52]. Au Royaume-Uni, les femmes noires sont quatre fois plus susceptibles de mourir pendant la grossesse que les femmes blanches. Les femmes d'origine asiatique ont presque deux fois plus de risques de mourir pendant la grossesse que les femmes blanches[53]. Le racisme systémique transparaît également

dans le fait que 86 % des décès maternels dans le monde surviennent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud[54, 55].

Les peuples autochtones affichent des taux de mortalité maternelle et infantile extrêmement élevés[56]. En Australie, le taux de mortalité maternelle des femmes aborigènes et insulaires du détroit de Torres est plus de trois fois supérieur à celui des femmes non autochtones[57]. Au Canada, le taux de mortalité maternelle des femmes autochtones représente plus du double de la moyenne nationale[58].



Étude de cas : Affaire Alyne da Silva Pimentel v. Brésil

En 2007, une affaire portée devant le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a abordé les thèmes de la justice en matière de sexualité et de procréation et du racisme systémique. L'affaire *Alyne da Silva Pimentel v. Brésil* implique une femme afro-brésilienne (Mme Pimentel) décédée à 28 ans des suites de complications liées à la grossesse après qu'un dispensaire de Rio de Janeiro ne lui a pas assuré l'accès en temps voulu à des soins obstétricaux d'urgence. La partie demanderesse a fait valoir qu'il ne s'agissait pas d'un cas isolé, citant une enquête de l'OMS selon laquelle « il y a plus de 4 000 décès maternels chaque année au Brésil, ce qui représente un tiers de tous les décès maternels en Amérique latine »[59]. La partie demanderesse s'est également appuyée sur les précédentes conclusions du Comité, selon lesquelles les femmes victimes au Brésil sont dans leur écrasante majorité d'ascendance africaine.

Le Comité a conclu que le Brésil violait la Convention sur l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes en ce que ses politiques n'étaient pas, comme l'exige la norme, « proactives et axées sur les résultats ainsi qu'adéquatement financées »[60], et que le pays ne mobilisait pas le plus de ressources disponibles possible pour garantir le droit des femmes à une maternité sans risque et à des services obstétricaux d'urgence.

Le Comité était prêt à aller au-delà des priorités définies par le pays dans son Plan national pour examiner les obstacles rencontrés sur le terrain par des groupes précis. L'inclusion de facteurs structurels influant sur l'accès aux services de santé, tels que la pauvreté et l'appartenance raciale, a été une étape importante dans le développement d'une compréhension intersectionnelle de la justice en matière de sexualité et de procréation[61].

Ici, le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation met en lumière l'écart entre les droits énoncés par les textes et la réalité, ainsi que la nécessité d'élaborer et de financer adéquatement des politiques accordant une attention particulière aux groupes marginalisés. Cette affaire montre que « les droits reproductifs ne prennent tout leur sens que si l'on traite la question des contextes sociaux dans lesquels ils s'exercent, notamment les structures historiquement oppressives d'inégalité raciale et économique[62] ». Elle fournit également des enseignements sur le rôle de la justice en matière de sexualité et de procréation dans les questions d'antiracisme.
Par exemple, la réduction de la mortalité maternelle implique quatre mesures :



1
Traiter les affections les plus répandues et potentiellement mortelles chez toutes les femmes enceintes (hémorragie, éclampsie et septicémie) ;

2
Considérer la mortalité maternelle à travers le prisme de l'antiracisme et de toute autre forme de discrimination en mettant l'accent sur l'amélioration de la compréhension du racisme structurel et des vulnérabilités sociales par les équipes hospitalières ;

3
Recueillir et ventiler des données par race et origine ethnique pour rendre compte adéquatement des expériences vécues par les communautés des minorités raciales et ethniques ;

4
Reconnaître que les personnes marginalisées, comme les mères noires et autochtones, ont généralement peu de pouvoir décisionnel voire aucun, et examiner comment le pouvoir pourrait être (re)distribué pour améliorer le système et assurer la participation des principales personnes intéressées à la conception des programmes et à la prestation aux services.

Bien que l'affaire *Alyne v. Brésil* ait été tranchée il y a plus de dix ans, ses retombées justifient sa mention dans ce rapport. Première affaire de mortalité maternelle jugée par un organe international des droits de l'homme, elle a abouti à la première décision mondiale en faveur du respect de la justice en matière de sexualité et de procréation[63]. En 2013, le Brésil a lancé un programme de lutte contre le racisme systémique dans le système de santé public[64]. L'affaire a également contribué à accroître la reconnaissance des droits reproductifs en Amérique latine et dans le monde en établissant l'obligation immédiate et exécutoire des États de réduire la mortalité maternelle au nom des droits de l'homme[65].

Dans une déclaration inter institutions, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), l'UNFPA, ONU-Femmes, l'OMS et d'autres agences des Nations Unies[66] ont souligné que les peuples autochtones et les minorités ethniques étaient particulièrement vulnérables aux actes de violence, y compris à la stérilisation forcée ou coercitive, et qu'il était essentiel d'aborder cette question selon une approche intersectionnelle, comme dans le cas des femmes handicapées et des femmes vivant avec le VIH[67]. En 2021, le Pérou a entendu les témoignages de femmes et d'hommes, pour la plupart issus de communautés autochtones, qui ont été stérilisés de force entre 1996 et 2000 dans le cadre de programmes gouvernementaux de lutte contre la pauvreté. Ces audiences visaient à déterminer la responsabilité de l'ancien président Fujimori dans la stérilisation forcée de centaines de milliers de femmes et d'hommes[68].

Dans un rapport récent, le HCDH note que les femmes ouïghoures et d'autres groupes ethniques et religieux minoritaires de la région du Xinjiang en Chine subissent des mesures de planification familiale coercitives depuis 2017, à savoir des stérilisations, des avortements et un contrôle des naissances forcés[69]. Les États-Unis ont une longue histoire de stérilisation des personnes de couleur, des immigrants et des handicapés (souvent qualifiés d'« indésirables »)[70]. Dans les années 1970, à l'époque où la Cour suprême tranchait l'affaire Roe v. Wade, le gouvernement des États-Unis a fait stériliser de force quelque 25 000 Amérindiennes. Ces éléments montrent clairement l'importance d'une approche intersectionnelle dans la revendication de la justice en matière de sexualité et de procréation[71].



Stérilisation forcée en Afrique subsaharienne : Namibie, Afrique du Sud et Kenya

La stérilisation forcée ou coercitive est un problème répandu en Afrique subsaharienne, notamment au Botswana, au Kenya, en Namibie, en Afrique du Sud et en Ouganda, et en particulier pour des motifs liés au handicap et au statut séropositif[72]. En novembre 2014, la Cour suprême namibienne[73] a statué sur une affaire impliquant trois femmes stérilisées de force. Elle a rejeté sans équivoque le paternalisme médical, soulignant que l'autonomie et l'autodétermination sont des principes primordiaux du droit. Cette décision a eu des conséquences considérables pour les femmes vivant avec le VIH dans toute l'Afrique, et des procès similaires ont été intentés au Kenya et en Afrique du Sud[74].

En 2020, la Commission pour l'égalité des genres en Afrique du Sud a publié un rapport à la suite d'une enquête sur la stérilisation forcée de femmes noires vivant avec le VIH[75]. Cette enquête a été ordonnée après que des militantes des droits des femmes se sont mobilisées pour appeler à une action gouvernementale[76]. Le rapport a conclu que la stérilisation forcée violait les droits à l'égalité et à la dignité, à la liberté et à la sécurité du corps, et le droit de recevoir les meilleurs soins de santé possibles. Le rapport formule des recommandations claires et précises pour modifier les lois relatives à la stérilisation et reconnaître l'héritage des lois d'apartheid et les atteintes au corps des femmes noires. Les recommandations au Health Professions Council d'Afrique du Sud et au Nursing Council visaient à éradiquer la pratique de la stérilisation forcée des femmes et des filles séropositives.



Les femmes dalits dans le système des castes en Inde

Malgré le système de quotas mis en place par le gouvernement indien pour garantir l'accès à l'emploi, à l'éducation et à la participation politique des groupes exclus[77], la discrimination fondée sur la caste demeure un problème urgent à résoudre s'agissant de la justice en matière de sexualité et de procréation. Plus de 46 % des femmes dalits ou dites « intouchables » ne reçoivent aucun soin prénatal, et l'espérance de vie moyenne des femmes dalits est de 15 ans inférieure à celle des femmes des castes supérieures[78]. L'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes de basse caste est déterminé par la disponibilité des services de santé, le coût du transport et les expériences de discrimination sur les lieux de soins[79].

Le signalement de viols et de violences sexuelles perpétrés à l'encontre de femmes dalits indique que la violence basée sur le genre est un outil d'oppression et de contrôle[80]. Peu de cas de violences sexuelles contre ces femmes font l'objet d'un signalement, et ces signalements aboutissent rarement à des recours en justice[81].

Selon les militants dalits, le manque de protection juridique des femmes au travail et dans le système éducatif compromet leur capacité à subvenir aux besoins de leur famille et à élever leurs enfants dans la dignité, ce qui est un aspect essentiel de la justice en matière de sexualité et de procréation. Les lacunes en matière de protection ont des conséquences directes sur les résultats en matière de santé sexuelle et procréative.

L'application d'un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation au Népal

Au Népal, les femmes et les filles qui cherchent à accéder aux moyens contraceptifs modernes se heurtent à de nombreux obstacles. Les femmes et les filles issues des communautés rurales et marginalisées ont accès à moins d'hôpitaux et de dispensaires et sont donc moins susceptibles de se procurer des moyens contraceptifs modernes. Ainsi privées du droit à l'information et aux services en matière de contraception, les femmes népalaises sont exposées à un risque élevé de grossesse non désirée (voir le profil du pays à l'annexe B).

Dans les affaires *Lakshmi et autres v. gouvernement népalais et Prakashmani Sharma et autres v. gouvernement népalais*, la Cour suprême népalaise a reconnu les droits reproductifs des femmes ainsi que leur droit à l'autodétermination pour les questions concernant leurs fonctions reproductrices, à savoir l'avortement, la grossesse et la procréation[82]. La Cour a enjoint au gouvernement de procéder aux changements juridiques et politiques nécessaires pour garantir que toutes les femmes, y compris les femmes marginalisées et pauvres, aient accès à une gamme complète de moyens contraceptifs, et de garantir la mise en œuvre effective de ces changements. En 2021, le gouvernement a accepté de dépénaliser l'avortement et de protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles. Cette décision a coïncidé avec l'acceptation par le Népal du rapport du groupe de travail de l'Examen périodique universel sur le Népal[83] présenté au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies.

Au Népal, les femmes et les filles autochtones handicapées sont confrontées à des difficultés, des discriminations et des violations des droits fondamentaux distinctes. Elles doivent composer avec plusieurs identités liées au genre, à la sexualité, à l'âge, au handicap et à l'origine ethnique, ainsi qu'avec l'intersection de ces aspects. Environ 85 % des femmes et des filles autochtones handicapées sont confrontées à des formes de violence distinctes de celles auxquelles sont confrontées les femmes autochtones non handicapées et les femmes non autochtones handicapées[84]. Dans un contexte de racisme, de préjugés et d'inégalités d'accès au pouvoir, 95 % des femmes autochtones et des femmes autochtones handicapées ont fait état d'une augmentation de la violence pendant la pandémie de COVID-19.

Dans le cadre de la justice en matière de sexualité et de procréation, l'adoption d'une approche intersectionnelle permet d'examiner les difficultés des femmes et des filles autochtones, rurales et handicapées sans compartimenter

les multiples facettes de leur identité. Le Népal s'efforce de donner la priorité aux préoccupations des femmes marginalisées, de décentraliser le pouvoir et le contrôle des ressources, d'impliquer les femmes marginalisées dans la prise de décision et de renforcer leur capacité à accéder à l'information et à des services complets de santé sexuelle et reproductive.

La production de données ventilées et la mise en place de processus de production de connaissances centrés sur les femmes marginalisées et autres revêtent un caractère urgent dans un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation. Lors de la CIPD+25 à Nairobi, le Népal a pris acte de ces défis et s'est engagé à garantir que les groupes marginalisés, en particulier les adolescents et les jeunes, puissent jouir de leurs droits reproductifs. Le pays s'est engagé à assurer l'accès universel à des services de planification familiale de qualité, notamment à des moyens contraceptifs modernes ; à étendre la couverture des services de santé adaptés aux adolescents ; et à intégrer pleinement dans le système éducatif formel et informel une éducation à la sexualité complète et compatible avec l'évolution des capacités et des besoins des jeunes, dans le but de réduire le taux de natalité chez les adolescentes à 30 pour 1000[85].

Vers la prise en compte de la dimension culturelle

Malgré le caractère universel de l'oppression patriarcale, certaines pratiques coloniales discriminatoires imprègnent encore le domaine de la santé mondiale et, par extension, la santé sexuelle et reproductive. Le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation montre que le colonialisme et ses vestiges persistants constituent des outils de discrimination, de violence et d'oppression reposant sur le contrôle du corps des femmes, des filles et des personnes aux identités de genre différentes[86]. Il tient compte du contexte historique de la marginalisation et de la discrimination pour examiner les questions relatives au racisme, l'héritage du colonialisme dans les systèmes médicaux occidentaux[87] et d'autres formes de discrimination, ainsi que le besoin de services de santé adaptés sur le plan culturel[88].

La prise en compte de la dimension culturelle nécessite la conception et l'adoption de modèles et de pratiques de santé qui associent les coutumes des communautés autochtones et des autres communautés locales à la médecine moderne, traitent les diverses approches comme complémentaires et évitent la condescendance et la discrimination à l'égard de la médecine autochtone[89]. Une approche de justice en matière de sexualité et de procréation reconnaît que les opinions culturelles des peuples autochtones doivent être respectées et protégées pour qu'ils puissent jouir de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs. Une telle approche implique d'autonomiser les femmes, en particulier les femmes issues de minorités raciales et ethniques et de groupes autochtones, en tant que partenaires et leaders dans la pratique médicale, et de reconnaître qu'elles subissent encore le racisme systémique ainsi que la discrimination et la dévalorisation fondées sur le genre dans les établissements d'enseignement et de soins de santé. La Constitution de l'Équateur reconnaît

et consacre le droit à des soins de santé interculturels[90]. La Colombie, le Guatemala et le Pérou ont également adopté des programmes de lutte contre les préjugés coloniaux et occidentaux qui persistent dans les services de soins de santé reproductifs.

Les systèmes de pouvoir et de privilèges coloniaux, post-coloniaux et néocoloniaux empêchent de nombreuses personnes de choisir d'avoir un enfant ou non et de bénéficier d'un environnement sûr dans lequel élever leurs enfants[91]. Au temps de l'apartheid en Afrique du Sud, le contrôle des naissances était un outil de contrôle de la population non blanche[92]. Dans les Caraïbes, les pénuries de main-d'œuvre ont motivé l'élaboration de programmes de santé maternelle[93]. De nombreux pays ont conservé l'exemption de criminalisation du viol conjugal qui remonte à l'époque coloniale[94] et appliquent toujours les codes pénaux de cette époque qui criminalisent l'homosexualité[95]. L'hostilité envers les minorités sexuelles perdure même dans les endroits où elles étaient acceptées avant la colonisation.

Un cadre décolonisateur nécessite de déconstruire les relations de pouvoir et les conceptions du savoir qui reproduisent les hiérarchies fondées sur des considérations raciales, géopolitiques et de genre. La décolonisation est donc un processus de déconstruction des relations de pouvoir et des privilèges hérités de l'époque coloniale. Ce processus amorcé récemment implique un retour sur l'histoire et un questionnement sur les voies vers la décolonisation s'appuyant sur les mouvements anticoloniaux, antiracistes, féministes transnationaux, autochtones et féministes panafricains.

La Sierra Leone change de position sur l'avortement

En 2022, le Président et le gouvernement de la Sierra Leone ont soutenu un projet de loi visant à dépénaliser l'avortement et à abroger une loi entrée en vigueur en 1861, alors que le pays était encore une colonie britannique[96]. Le texte devrait être débattu et promulgué avant fin 2022. Cette victoire est le fruit de la mobilisation massive de groupes de femmes qui attirent depuis longtemps l'attention sur le fait que l'application de lois datant de l'époque coloniale entraîne des taux de mortalité maternelle élevés[97]. Le projet de loi traitera de mortalité maternelle, mais aussi de divers services de santé reproductive. La loi donnera effet au Protocole de Maputo, qui dénonce explicitement la colonisation du continent et les conséquences néfastes sur la mortalité maternelle du modèle de crime et de sanction employé dans les lois sur l'avortement.[98]


01101111 01110010

3 Appliquer le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation pour parvenir à un développement durable et faire face aux crises humanitaires

Messages principaux

De la réalisation de la justice en matière de sexualité et de procréation dépendent la tenue des engagements de Nairobi et, par voie de conséquence, la réalisation des ODD. À cette fin, les systèmes financiers et les mécanismes de collecte de données doivent être davantage soutenus.

Comme le montre la situation en Colombie, en Ouganda et en Ukraine, le contexte humanitaire offre une occasion unique d'appliquer un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation.

Détecter les problèmes, financer les solutions

La réalisation des droits sexuels et reproductifs est un aspect fondamental du développement durable et de la résolution des crises humanitaires. Le succès passe par la création d'un cadre de la justice en matière de sexualité et de procréation. Les ODD mettent l'accent sur la lutte contre les facteurs d'oppression croisés que traite justement le cadre juridique en matière de sexualité et de procréation. Les engagements de Nairobi et le nouveau Plan stratégique 2022-2025 de l'UNFPA sont également axés sur la lutte contre les facteurs d'oppression croisés[99].

La Commission affirme que la réalisation de la justice en matière de sexualité et de procréation est une composante essentielle de la réalisation des engagements de Nairobi et, par voie de conséquence, des ODD. Elle appelle les pays à élaborer et financer des mesures intersectionnelles qui mettent à bas les barrières économiques, sociales et juridiques, ainsi que les obstacles que représentent les multiples formes de discrimination. La Commission encourage également une prise en compte plus claire et plus concrète des inégalités profondes entre les populations.

Les textes issus de la CIPD25 et de Beijing+25[100] endossent la notion d'intersectionnalité. La CIPD25 et Beijing+25 encouragent le renforcement continu des systèmes de collecte de données en tant que base de politiques et d'interventions éclairées et réactives[101]. La ventilation des données, en particulier, permet d'analyser les effets des obstacles intersectionnels sur l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Si les ODD et d'autres cadres de suivi mondiaux ventilent les données par sexe (mais aussi par âge, niveau de vie, lieu de résidence rural ou urbain, niveau d'éducation, etc.), d'importants facteurs de discrimination comme la race, l'origine ethnique, le statut migratoire, le handicap, l'orientation sexuelle et l'identité de genre pourraient toutefois être mieux pris en compte.

Un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation permet aux pays de garantir que les lois et politiques en faveur des droits sexuels et reproductifs sont mises en œuvre de manière équitable, et au bénéfice de tous. En partenariat avec les mouvements et organisations de femmes, les agences des Nations Unies ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement de cette transition. Elles peuvent par exemple mener des analyses complémentaires selon un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation et des orientations plus claires sur les composantes de l'approche.

Un examen plus approfondi des interventions des communautés, des défaillances de la collecte de données et des effets globaux des facteurs d'oppression croisés permettra de mieux appréhender les moyens de remédier aux défaillances des soins de santé. Lorsqu'elles sont correctement formées et soutenues, les sages-femmes constituent l'un des vecteurs d'universalité des soins les plus adaptés aux cultures et les plus rentables. Elles pourraient contribuer à prévenir environ deux décès maternels et néonatals sur trois tout en fournissant 87 % des services essentiels de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale. Cependant, de nombreux pays en développement font face à une pénurie de sages-femmes. Souvent, elles sont insuffisamment formées et travaillent dans de mauvaises conditions. Les déficits sont plus marqués dans les régions où les besoins sont les plus importants. En dépit de leurs lourdes responsabilités, les sages-femmes perçoivent souvent une faible rémunération, souffrent d'un statut inférieur et subissent des discriminations sexistes[102].

Les gouvernements ont souscrit à de multiples engagements internationaux pour financer et promouvoir la santé sexuelle et reproductive,

l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes[103] notamment dans le Programme d'action de la CIPD, le Programme d'action de Pékin, les ODD[104] et des accords régionaux tels que le Protocole de Maputo. Ces engagements concernent les ressources nationales pour le développement, le commerce, les flux de capitaux privés, l'aide publique au développement, la dette et d'autres problèmes systémiques liés au système financier international. Pourtant, de nombreux engagements ne sont toujours pas réalisés et aucun cadre de responsabilité clair n'a été mis en place pour combler les carences[105]. La Commission souligne l'importance du financement pour la tenue des engagements.

Vers la justice dans l'action humanitaire

Un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation est un élément essentiel dans la réussite des interventions humanitaires, qu'il convient d'intégrer dans les systèmes de coordination et de gouvernance humanitaires existants. Comme indiqué dans le rapport 2021 de la Commission de haut niveau, les crises humanitaires réduisent l'accès à l'avortement, aux soins prénatals, à la planification familiale, aux autres services de santé sexuelle et reproductive et aux services de santé mentale. Elles provoquent donc une augmentation et une aggravation des conséquences des grossesses non désirées, des avortements à risque, des infections sexuellement transmissibles (dont le VIH), des complications de la grossesse, des fausses couches, des troubles de stress post-traumatique, des dépressions et des suicides. Elles aggravent également le problème de la violence conjugale, sexiste et sexuelle et de la mortalité maternelle et infantile[106].

Les taux de grossesses non désirées sont plus élevés parmi les femmes et les filles vivant en contexte de crise en raison de besoins de contraception non satisfaits et du manque d'accès à un avortement sûr[107]. La grossesse en période de crise menace la vie des mères et des enfants : plus de la moitié des décès maternels, 53 % des décès des enfants de moins de cinq ans et 45 % des décès néonatals dans le monde surviennent dans des contextes fragiles et de crise humanitaire[108]. Ces deux dernières années, le nombre d'actes de violence sexiste a été multiplié par 2,2, tandis que seulement 20 % des interventions sont financées[109]. La tendance récente à l'augmentation du nombre et de la gravité des urgences humanitaires représente une menace majeure pour la réalisation des engagements de Nairobi, du Programme d'action de la CIPD et des ODD.

Malgré des progrès notables, le niveau des services de santé sexuelle et reproductive dans les contextes de crise humanitaire est variable. Les sages-femmes peuvent jouer un rôle vital compte tenu du grand nombre de décès maternels et néonatals évitables, mais des facteurs tels que les problèmes de sécurité et de protection, les normes culturelles et sexospécifiques et le manque d'infrastructures et de matériel les empêchent de fournir des services essentiels[110]. Une étude menée en 2015 dans trois contextes de crise en Afrique subsaharienne sur une période de 10 ans a révélé que seuls cinq des 63 établissements de santé évalués fournissaient des soins obstétricaux et néonatals d'urgence adéquats, et que trois seulement assuraient des éléments de prise en charge clinique du viol. L'avortement sécurisé n'était pas disponible dans tous les contextes, alors même que l'avortement à risque est à l'origine de 25 % à 50 % des décès maternels parmi les réfugiés[111].

De plus, la plupart des politiques et des programmes humanitaires sont conçus pour les femmes hétérosexuelles et cisgenres en âge de procréer. Certains groupes, tels que les adolescents et les femmes âgées, les hommes victimes de violences sexuelles, les travailleurs du sexe, les personnes handicapées et les personnes d'orientation sexuelle et d'identité ou d'expression de genre diverse ont encore de grandes difficultés

à accéder à l'information et aux services dans les contextes de crise humanitaire. Les défaillances des systèmes de santé, la pénurie de prestataires de soins de santé qualifiés, les ruptures de stock et les environnements politiques restrictifs entravent la fourniture efficace de services de santé sexuelle et reproductive. L'application de lois locales discriminatoires en lieu et place de normes internationalement acceptées joue également un rôle lorsque ces lois permettent à des tiers d'autoriser ou non l'accès des femmes et des filles aux services de santé sexuelle et reproductive[112].

Un intérêt moindre pour la santé et les droits sexuels et reproductifs de la part de certains acteurs de la santé et de la protection, les résistances politiques, les problèmes de leadership et de coordination et la rareté des études scientifiques constituent autant d'obstacles supplémentaires dans les contextes fragiles et de crise humanitaire. Ces difficultés sont aggravées par le manque de cohérence du suivi et les défaillances des mécanismes de responsabilisation des acteurs humanitaires en charge de la santé et des droits sexuels et reproductifs des populations touchées par les crises.

Les menaces naissantes compromettent davantage les progrès et risquent de provoquer des régressions considérables. La crise climatique provoque déjà une recrudescence des déplacements forcés, les femmes et les filles représentant plus de la moitié des 200 millions de personnes touchées chaque année. Les conflits armés, l'instabilité politique et les luttes économiques aggravent les répercussions sexospécifiques du changement climatique. De plus, la montée de l'autoritarisme, du nationalisme, de la xénophobie, de l'homophobie, de la transphobie et de l'antiféminisme réduisent les financements et créent des environnements hostiles à la santé, aux droits sexuels et reproductifs et aux droits des femmes. Les barrières socioéconomiques et culturelles, l'inégalité entre les sexes et le manque d'informations sur la disponibilité et l'utilité des soins restreignent le recours aux services.

L'application du prisme de la justice en matière de sexualité et de procréation permettrait aux organisations humanitaires et de développement, tant nationales qu'internationales, de remédier aux lacunes et aux obstacles majeurs pour répondre équitablement aux besoins particuliers des communautés touchées par les crises. Outre les femmes enceintes, les adolescents, les femmes âgées, les femmes et les hommes victimes de violences sexuelles, les personnes ayant une orientation sexuelle et une identité ou expression de genre diverse, les travailleurs du sexe et les personnes souffrant d'un handicap doivent être prioritaires. Il convient donc de s'associer aux communautés touchées par des crises et de donner la priorité à l'implication et au leadership des groupes marginalisés, en particulier des organisations locales et communautaires, dans la préparation, la mise en œuvre et le suivi de programmes d'intervention humanitaire et d'initiatives de résilience.

Dans de nombreux contextes de crise, la priorité va au rétablissement de l'ordre politique et à la reconstruction plutôt qu'à la fourniture rapide et fiable d'une assistance en matière de santé sexuelle et reproductive. Ce choix se traduit dans la répartition du financement. Les services de santé sexuelle et reproductive ne reçoivent qu'une maigre part de l'aide publique au développement dans les pays en situation de conflit, la majeure partie des fonds allant vers des services très ciblés tels que les soins liés au VIH plutôt qu'à des soins complets[113]. Aussi s'avère-t-il nécessaire de réviser ces schémas de pouvoir et de répartition des ressources inégaux dans une optique de justice en matière de sexualité et de procréation.

Un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation met en évidence la signification politique que les questions de sexualité et de procréation acquièrent dans les contextes de guerre. Il permet d'établir des liens entre

démocratie, paix et santé sexuelle et reproductive, et d'utiliser cette analyse pour élaborer des programmes de sécurité inclusifs et complets, notamment grâce à l'aide humanitaire, au développement constant et au financement de groupes locaux promouvant la santé sexuelle et reproductive. Bien plus, il ne suffit pas d'affirmer que les femmes, les filles et les communautés marginalisées ont le droit de faire leurs propres choix concernant leurs fonctions reproductives. Le choix en toute connaissance de cause ne peut s'exercer que dans des conditions favorables. L'instauration de ces conditions passe par des étapes telles que la conception de stratégies humanitaires et de justice transitionnelle visant à éliminer les obstacles structurels à l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, comme ceux auxquels sont confrontées les communautés autochtones ou rurales, et les personnes touchées par la pauvreté ou l'analphabétisme.

L'intégration plus forte du prisme de la justice en matière de sexualité et de procréation dans les processus de recherche de la vérité, de responsabilité et de réparation confère une visibilité explicite à la violence sexuelle et sexiste, aux conditions sociales dans lesquelles la capacité d'action, les droits sexuels et reproductifs trouvent à s'exercer, et à l'impact de ces facteurs sur la vie des femmes et des filles. La justice en matière de sexualité et de procréation fournit un cadre propice à l'élaboration de mécanismes de justice transitionnelle à même de mettre un terme à la normalisation genrée du contrôle du corps des femmes et de leurs fonctions procréatives.

Des stratégies politiques de contrôle de l'autonomie corporelle et de la capacité de procréation ont été mises en œuvre dans de nombreux endroits et ont eu de graves conséquences. Des preuves montrent que, pendant le conflit en ex-Yougoslavie, des hommes ont détenu, violé et mis enceintes des femmes contre leur gré afin d'engendrer un enfant de leur groupe ethnique. Ces pratiques constituent une arme de nettoyage ethnique[114]. Pendant le génocide des Tutsis au Rwanda, de nombreuses femmes et filles sont tombées enceintes à la suite d'un viol, et des femmes enceintes ont fait des fausses couches après avoir été violées et battues par des miliciens hutus[115]. Dans la partie orientale de la République démocratique du Congo, des groupes armés recourent systématiquement à la violence sexuelle dans un contexte de déplacements massifs de population[116]. De nombreux rapports affligeants font état d'actes perpétrés par des organisations criminelles visant à terroriser des quartiers de la capitale haïtienne, Port-au-Prince. On compte notamment de nombreux viols de femmes et d'enfants[117].

Le mariage forcé, qui contraint le couple à avoir des rapports sexuels sous peine de sanction, a été employé pour augmenter les taux de natalité et assurer la reproduction de groupes particuliers dans divers contextes. On peut citer l'exemple des Khmers rouges au Cambodge et de l'Armée de résistance du Seigneur, un groupe armé non étatique actif dans le nord de l'Ouganda et les pays voisins. La Fédération de Russie a récemment décidé de qualifier d'anti-russes les « personnes sans enfants » dans le contexte des incursions militaires en Ukraine[118].

Ces exemples illustrent comment, au-delà de la politisation délibérée de la santé et des droits sexuels et reproductifs, la santé des femmes a subi les effets collatéraux des guerres. Dans les situations de conflit et de crise humanitaire, les femmes les plus marginalisées sont particulièrement touchées par une combinaison de facteurs discriminatoires : pauvreté, origine ethnique et inégalité géographique.

L'étendue des conséquences de la guerre en Ukraine

L'invasion de l'Ukraine par la Fédération de Russie a contraint des millions de femmes et de filles à fuir leur foyer[119]. Cette fuite les a exposées à des actes de violence sexuelle tels que des viols collectifs et la coercition reproductive, ainsi qu'à un risque accru de traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle et de rapports sexuels monnayés[120]. L'invasion a également lourdement entravé l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive[121]. L'OMS a recensé plus de 500 attaques confirmées contre des établissements de santé[122]. Un rapport du HCDH a confirmé la destruction partielle ou totale de 182 établissements médicaux, dont 111 hôpitaux parmi lesquels on compte 10 centres périnatals et maternités et 17 hôpitaux pédiatriques[123].



Certains groupes de population tels que les personnes handicapées, les personnes d'orientation sexuelle ou d'identité de genre diverse et les personnes appartenant à certaines minorités raciales, ethniques et religieuses, sont confrontés à des menaces particulièrement graves pour leur vie, leur sécurité et leur santé, y compris sexuelle et reproductive[124]. La situation des personnes handicapées, par exemple, est alarmante. Elles n'ont souvent pas accès aux abris anti-bombes et aux trains d'évacuation, et de nombreux établissements de soins de longue durée manquent de nourriture, de médicaments et de produits d'hygiène[125].

Les problèmes de santé sexuelle et reproductive affectent non seulement les habitants des zones de conflit en Ukraine, mais également les millions de personnes réfugiées dans les pays voisins. En avril 2022, plus d'un million de personnes avaient cherché refuge dans d'autres pays. Beaucoup fuyaient vers la Pologne voisine. Si l'avortement est légal en Ukraine, la Pologne est désormais l'un des pays les plus restrictifs en la matière.

La Colombie jette un pont entre justice en matière de sexualité et de procréation, et justice transitionnelle

Les récentes évolutions du droit international suggèrent une prise de conscience croissante quant aux liens entre santé, droits sexuels et reproductifs et un programme de justice transitionnelle. La Colombie a été le théâtre d'une évolution importante. En 2019, la Cour constitutionnelle a rendu une décision sur l'avortement et la contraception forcés au sein des Forces armées révolutionnaires de Colombie. C'est l'une des premières décisions à cibler directement la violence en matière de procréation dans le contexte d'un processus de justice transitionnelle[126].

La Cour constitutionnelle a jugé que l'avortement et la contraception forcés constituaient une violence sexiste et que l'État devrait fournir des soins et une assistance spécialisés aux femmes et aux filles de tous âges qui ont survécu à des violences sexuelles commises par des personnes armées, ce qui inclut l'obligation de fournir aux victimes une assistance immédiate, complète et spécialisée, selon une approche différenciée, et tant que les victimes ne se seront pas remises des conséquences physiques et psychologiques de ces abus[127].

Cette décision a fait de la justice en matière de sexualité et de procréation un sujet de justice transitionnelle et un objet d'étude de la Commission de la vérité colombienne. Elle a ouvert la voie à de nombreuses mesures d'aide aux victimes et de réparation, et a enrichi l'analyse historique et contextuelle de la coercition et de la violence reproductive dans les conflits. Elle montre qu'une approche de justice en matière de sexualité et de procréation permet d'envisager la meilleure façon de répondre à la violence reproductive pendant les périodes de conflit et de violence à grande échelle. Cette décision peut également remettre en question les inégalités entre les sexes qui sont la cause première de l'exposition des personnes à cette violence.

La Cour pénale internationale et l'Ouganda

En 2021, la Cour pénale internationale a condamné Dominic Ongwen, un commandant ougandais de l'Armée de résistance du Seigneur, pour avoir mis des femmes et des filles enceintes contre leur gré, entre autres chefs d'accusation. Des membres de l'Armée de résistance du Seigneur ont mis de nombreuses femmes et filles enceintes au cours de viols, avant de les détenir et de les surveiller de près pour s'assurer qu'elles ne fassent pas de fausse couche. Celles qui ne tombaient pas enceintes étaient sanctionnées.

Au cours du procès, des témoins ont évoqué les préjudices causés par une grossesse forcée, notamment ceux intégrés dans les normes culturelles et sexospécifiques relatives à la vie familiale. Les mères et leurs enfants ont été stigmatisés et confrontés à des difficultés de réintégration à leur retour dans leur communauté. Certaines femmes ont été rejetées en raison de leur affiliation présumée à l'Armée de résistance du Seigneur, leurs enfants étant eux-mêmes considérés comme les enfants d'officiers de l'organisation. Ces enfants étant par ailleurs exclus de toute parenté sociale et économique, leur sécurité économique et leur accès à la santé, à l'éducation et à l'emploi s'en sont trouvés compromis.

À cause du rejet de la part de leur communauté ou de leur nouveau partenaire, certaines femmes ont été séparées de leur enfant, créant chez elles une grave détresse émotionnelle. En raison des normes de genre qui confient aux seules mères la responsabilité de s'occuper des enfants, les témoins ont également décrit l'étendue des conséquences qu'avait sur leur vie l'obligation d'élever, à un jeune âge, un enfant, notamment les difficultés d'accès à l'éducation, aux perspectives professionnelles et aux moyens de subsistance. Le dépassement de l'acte de violence initial a permis de mener une analyse plus structurelle et systémique du préjudice, de ses causes, de ses conséquences et des recours possibles en mettant fortement l'accent sur l'autonomie et le choix en matière de procréation.

En février 2021, la Chambre de première instance a entériné cette analyse, concluant que le crime de grossesse forcée constitue une violation du droit de la femme à l'autonomie personnelle et procréative et à la famille. La Chambre a souligné l'importance d'une terminologie équitable, en distinguant la grossesse forcée des autres crimes de violence sexuelle et sexiste. Elle estime ainsi que l'un des éléments distinctifs de la grossesse forcée

est l'impossibilité pour la femme de jouir de son autonomie reproductive. La notion d'autonomie reproductive mise en lumière par cette affaire permet de mieux comprendre que la grossesse forcée n'est pas qu'une question de violence sexuelle ou de préjudice physique. La violence résulte aussi de la perte du pouvoir de décision de la victime sur sa capacité reproductive, et doit à ce titre faire l'objet d'un traitement indépendant.

L'assimilation de l'acte de violence reproductive à une violation de l'autonomie renforce le récit concernant la capacité d'action des femmes et le contrôle de leur corps et de leur vie reproductive dans le cadre du discours sur les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité. Plaçant ces violations au-delà du domaine de la « santé », la décision de la Chambre de première instance en fait une question de paix, de sécurité et de démocratie, et permet le type d'analyse structurelle qu'exige la justice en matière de sexualité et de procréation.




oppression

4 Faire progresser la justice en matière de sexualité et de procréation dans la pratique

Messages principaux

- De nombreux pays ont pris des mesures d'envergure en réponse à l'Appel à l'action 2021 de la Commission, mais des difficultés subsistent.
- Le nombre élevé d'engagements de Nairobi donnant la priorité, partout, à la violence sexuelle et sexiste peut constituer un angle d'attaque efficace pour promouvoir des approches plus larges de la justice en matière de sexualité et de procréation dans les régions et les États.
- L'implication du secteur privé dans les engagements pris au Sommet de Nairobi est une condition de réussite.

Aligner les actions et les engagements

Lors du Sommet de Nairobi, des gouvernements, des représentants de la société civile et du secteur privé, des parlementaires, des groupes de jeunes, des universités, des organisations régionales, des représentants des peuples autochtones, des personnes handicapées et d'organisations confessionnelles ont pris plus de 1300 engagements correspondant aux 12 engagements mondiaux fondamentaux de la Déclaration de Nairobi. Voici ces 12 engagements :



Intensifier les efforts pour la mise en œuvre et le financement complets, efficaces et accélérés du Programme d'action de la CIPD, des actions-clés pour la poursuite de sa mise en œuvre, de ses résultats et de l'Agenda 2030 pour le développement durable

Atteindre l'objectif de zéro besoin non satisfait en termes d'informations et de services de planification familiale ainsi qu'assurer la disponibilité universelle de moyens de contraception modernes de qualité, accessibles, abordables et sans risque

Atteindre zéro décès maternel évitable et un taux de morbidité maternelle de zéro

Garantir l'accès de tous les adolescents et les jeunes, en particulier des filles, à des informations complètes et adaptées à leur âge, à une éducation et à des services complets, de qualité, adaptés aux adolescents et rapides

Atteindre zéro violence sexuelle et sexiste et pratiques néfastes ; éliminer toutes les formes de discrimination à l'encontre de toutes les femmes et les filles



Augmenter le financement national



Augmenter le financement international



Investir dans l'éducation, la création d'emplois et la santé des adolescents et des jeunes afin d'exploiter toutes les promesses du dividende démographique



Édifier des sociétés paisibles, justes et inclusives, où personne n'est laissé pour compte



Fournir des données de qualité, actualisées et ventilées



S'engager en faveur de l'idée que rien ne peut être discuté et décidé sur la santé et le bien-être des jeunes sans leur implication et leur participation véritables



Défendre le droit aux services de santé sexuelle et reproductive dans les contextes fragiles et les situations de crise humanitaire

Un vaste examen initial a porté sur 775 engagements de parties prenantes pris par 111 gouvernements[128], sur les 145 qui ont participé au Sommet[129]. Parmi ces engagements, 56 % concernaient les domaines suivants : accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, avortement sécurisé, éducation sexuelle complète, violence sexuelle et sexiste, santé et droits sexuels et procréatifs et égalité des sexes dans l'architecture politique. Les autres engagements portaient sur des enjeux complémentaires identifiés dans le cadre du Programme d'action de la CIPD et dans le droit fil des cinq principaux thèmes du Sommet.

L'Afrique est la région qui a pris le plus d'engagements alignés sur les thèmes définis dans l'examen, la majeure partie d'entre eux touchant à l'égalité des sexes et à la violence sexuelle et sexiste. Viennent ensuite l'Europe et l'Asie centrale, dont la majorité des engagements touchent également à la violence sexuelle et sexiste. Les Amériques ont également mis l'accent sur la violence sexuelle et sexiste. Les engagements des États arabes étaient principalement axés sur la violence sexuelle et sexiste et la Couverture Sanitaire Universelle, tout comme ceux des pays d'Asie de l'Est, d'Asie du Sud-Est et d'Océanie. Les pays d'Asie du Sud sont ceux qui ont pris le moins d'engagements alignés sur les thèmes de l'examen, avec un nombre égal d'engagements axés sur l'égalité des sexes et la violence sexuelle et sexiste[130].

Les Amériques ont pris le plus grand nombre d'engagements en faveur du droit à l'avortement sécurisé. Neuf pays de la région se sont engagés en ce sens. Elles sont suivies par l'Europe et l'Asie centrale, dont deux pays ont pris un tel engagement. L'Érythrée est le seul pays africain à s'être engagé en faveur de soins d'avortement sécurisés. Le pays a convenu de réduire à zéro le nombre de décès maternels évitables en intégrant l'accès à un avortement sécurisé, dans toute la mesure permise par la loi, dans ses stratégies, politiques et programmes de Couverture Sanitaire Universelle, et de protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité corporelle, à l'autonomie et aux droits reproductifs.

Toutes les régions ont pris de nombreux engagements dans le domaine des données. De portée et d'orientation diverses, ils portent généralement sur la mise en œuvre de recensements à l'échelle nationale, la nécessité de ventiler les données, l'inclusion des groupes vulnérables et l'utilisation de données de qualité pour étayer la conception et la mise en œuvre des programmes. Certains ont trait à la production de rapports concernant la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et mettent l'accent sur la violence sexuelle et sexiste et l'égalité des sexes. La plupart concernent la nécessité d'analyser la collecte de données pour éclairer la programmation. Toujours en matière de données, certains pays se sont engagés à renforcer leur système statistique et les enquêtes sur la prévalence du VIH.

De nombreux pays ont aligné leurs engagements sur un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation en accordant une attention particulière aux populations marginalisées et vulnérables. Parmi les groupes les plus fréquemment cités, on trouve les personnes handicapées, les réfugiés, les migrants (en particulier les migrantes) et les personnes âgées. Les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les autres groupes ethniques minoritaires apparaissent moins souvent.

Le nombre élevé d'engagements du Sommet de Nairobi axés sur la violence sexuelle et sexiste dans toutes les régions donne à penser que cette cause pourrait devenir un angle d'attaque efficace pour la promotion d'approches plus larges de la justice en matière de sexualité et de procréation tant à l'échelle nationale que régionale. Comme l'ont souligné les études de cas sur la Colombie, le Népal et l'Ouganda, on assiste au développement d'une jurisprudence et de bonnes pratiques en

matière de lutte contre la violence dans un cadre sexuel et reproductif. Cette jurisprudence et ces bonnes pratiques peuvent être une source d'apprentissage et d'inspiration partagés. De même, l'adoption généralisée d'engagements en matière de données pourrait créer les conditions nécessaires pour que les données reflètent les difficultés croisées auxquelles sont confrontées les populations les plus marginalisées et les plus vulnérables, et qu'elles soient utilisées dans l'élaboration des lois, des politiques et des programmes.

Les pays appliquent leurs engagements dans leurs plans et politiques nationaux

Ces deux dernières années, parmi les pays en développement suivis par l'UNFPA, au moins 77 ont conçu des plans d'action nationaux visant à mettre en œuvre les engagements pris à Nairobi ; ils ont intégré ces engagements dans des politiques nationales ou sectorielles ou ont mis au point des systèmes de suivi des progrès. En voici la liste : Afrique du Sud, Albanie, Angola, Argentine, Bangladesh, Bénin, Bolivie, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Colombie, Comores, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Djibouti, Égypte, Équateur, États fédérés de Micronésie, Fidji, Géorgie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Haïti, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Inde, Irak, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Liban, Macédoine du Nord, Madagascar, Malaisie, Malawi, Mali, Maroc, Mauritanie, Mexique, Myanmar, Népal, Nicaragua, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Paraguay, Pérou, Philippines, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Samoa, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Sri Lanka, Syrie, Tchad, Thaïlande, Tonga, Tunisie, Turkménistan, Türkiye, Vanuatu, Viet Nam et Zimbabwe.



L'élan vers la justice en matière de sexualité et de procréation

Reprenant les termes de son rapport de 2021, la Commission estime que la réalisation des engagements de Nairobi dépend de la mise en place d'un cadre unificateur pour la justice en matière de sexualité et de procréation. Ce rapport étudie la possibilité d'appliquer un tel cadre dans divers contextes.

Au cours de l'année écoulée, la Commission a vu plusieurs pays tenir compte de son Appel à l'action 2021 et progresser dans la réalisation des engagements grâce à de nombreuses interventions recoupant plusieurs recommandations et engagements. La Commission salue cette évolution, qu'elle considère comme une étape cruciale vers la mise en place d'un cadre juridique en matière de sexualité et de procréation et l'accélération des progrès qu'elle peut engendrer.

Appel à l'action 2021 de la Commission de haut niveau

1. **Faire de la justice en matière de sexualité et de procréation un objectif prioritaire.** Mener toutes les actions relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs selon un cadre fondé sur la justice. Ce cadre doit considérer les droits de l'homme et les libertés fondamentales comme universels, indivisibles, interdépendants et corrélés.
   - Créer et utiliser des mécanismes de redevabilité.
   - Investir dans les mouvements populaires de revendication de la justice en matière de sexualité et de procréation.
   - Renforcer les alliances avec les parlementaires et en forger de nouvelles.

2. **Placer les droits et le développement au cœur des préoccupations.** Développer la Couverture Sanitaire Universelle en considérant l'ensemble de la santé et des droits sexuels et reproductifs comme des services essentiels.
   - Mettre à profit le relèvement post-pandémie de COVID-19 pour relancer la Couverture Sanitaire Universelle.
   - Renforcer le soutien aux sages-femmes, un investissement qui a fait ses preuves.
   - Être à l'écoute des usagers des services de soins de santé pour défendre leurs droits et améliorer la qualité des soins.

3. **Penser autrement.** Poursuivre les récentes innovations introduites dans les prestations de services de soins de santé afin d'accélérer la justice en matière de sexualité et de procréation, et soutenir la capacité d'action et l'autonomie corporelle des individus.
   - Développer le potentiel des soins autogérés.
   - Poursuivre les innovations numériques tout en luttant contre la fracture numérique.

4 **Aller plus loin.** Donner la priorité aux groupes au sein desquels la justice en matière de sexualité et de procréation présente les disparités les plus fortes.

- Combler les lacunes dans l'action humanitaire et anticiper.
- Atteindre les jeunes en s'adaptant à eux.

5 **Assurer la visibilité financière.** Augmenter les financements nationaux et internationaux en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs à des niveaux suffisants pour parvenir à la justice en matière de sexualité et de procréation.

- Rendre les dépenses visibles et mesurables.
- Instaurer la gratuité des services complets relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.
- Étudier de nouvelles possibilités de financement.
- Forger des alliances avec de nouveaux partenaires.

6 **Renouveler le discours.** Produire de nouveaux plaidoyers sur la justice en matière de sexualité et de procréation, suffisamment précis et puissants pour contrer les résistances persistantes.

- Développer des systèmes plus solides de collecte et d'utilisation des données.
- Susciter une large adhésion et des actions de grande envergure.

Le Sommet de Nairobi a abouti à une série de nouvelles lois sur les droits procréatifs visant à établir un cadre de justice en matière de sexualité et de procréation, conformément à l'**Engagement mondial 1** concernant l'intensification de la mise en œuvre de la CIPD et à l'**Appel à l'action 1** (« Faire de la justice en matière de sexualité et de procréation un objectif prioritaire »).

En Amérique latine, la *Marea Verde* (la « marée verte »), un mouvement régional militant pour le progrès des droits sexuels et reproductifs, continue de stimuler le changement. La *Marea Verde* est née en Argentine au début des années 2000 où, lors de manifestations, des militants agitaient des mouchoirs verts symbolisant la liberté reproductive[131]. Ces mouchoirs étaient une référence aux foulards blancs arborés par les mères argentines protestant contre la disparition de leurs enfants sous le régime du dictateur Jorge Rafael Videla dans les années 1970. Ces vingt ans d'engagement ont été couronnés de succès lorsque l'Argentine a légalisé l'avortement jusqu'à la fin de la 14e semaine de grossesse en 2020[132].

Le Mexique lui a emboîté le pas en déclarant en septembre 2021 que la criminalisation de l'avortement était inconstitutionnelle[133]. La Colombie est à ce jour le dernier pays touché par la *Marea Verde*. En février 2022, au terme d'une action en justice intentée par des groupes d'activistes, la Cour constitutionnelle du pays a dépénalisé l'avortement jusqu'à la fin de la 24e semaine de grossesse et a enjoint au Congrès de rédiger et de mettre en œuvre de nouvelles lois élargissant l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Cette décision fait de la Colombie l'une des nations les plus progressistes de sa région en matière de droits sexuels et reproductifs[134]. Ces changements s'inscrivent dans une tendance mondiale : 58 pays (dont, récemment, le Bénin, l'Équateur, le Kenya, la Nouvelle-Zélande et la République

de Corée) ont libéralisé leurs lois sur l'avortement depuis 1994. Le droit à l'avortement n'a régressé que dans quatre pays[135].

Concernant l'**Engagement mondial 2** sur la satisfaction des besoins de planification familiale, on observe des améliorations évidentes. Bien que ces régions restent loin de l'objectif de zéro besoin non satisfait (voir l'annexe A pour les résultats du Cadre de suivi des engagements mondiaux), l'indicateur correspondant est passé de l'orange au jaune en 2022 pour l'Asie centrale et du Sud, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Afrique du Nord et l'Asie occidentale.

Dans le cadre de l'engagement pris à Nairobi d'assurer l'accès universel aux services de planification familiale et de santé reproductive, le Pakistan a réalisé en 2020 une toute première analyse du paysage de sa chaîne d'approvisionnement en produits de planification familiale afin de repérer les goulets d'étranglement et d'y remédier. En outre, le gouvernement a adopté une loi contre le viol (enquêtes et procès) en 2021 pour étendre les recours légaux des survivants, condamner les coupables et assurer une prévention efficace et des interventions multisectorielles. Un forum parlementaire rassemble des parlementaires déterminés à aborder des questions telles que la dynamique des populations et la planification familiale. Cependant, les inondations catastrophiques qui ont frappé le pays il y a peu viennent menacer ces avancées. Dans le cadre de l'amplification des mesures opérée à l'échelle du système du Comité permanent inter organisations pour l'action humanitaire, la Commission estime que l'UNFPA doit élargir sa capacité à fournir des services intégrés de santé sexuelle et procréative et de lutte contre la violence sexiste dans les établissements de santé, les cliniques mobiles et les centres polyvalents contre la violence sexiste.

En l'absence d'évolution positive concernant l'**Engagement mondial 3** (zéro décès maternel évitable), la Commission conclut que l'amélioration de l'accès à la planification familiale ne se traduit pas encore par une amélioration des résultats en matière de santé maternelle. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié reste insuffisant dans trop de pays, en particulier parmi les populations les plus pauvres, les moins éduquées et rurales, comme l'indiquent les profils de pays tels qu'Haïti, le Népal et la République-Unie de Tanzanie (voir l'annexe B). Les pays qui ont accru le nombre de sages-femmes ou de personnel infirmier lors des accouchements, généralement en établissement, ont pu voir les premiers résultats. Par exemple, le taux de mortalité maternelle au Malawi a chuté de plus de 50 %, le pourcentage d'accouchements en établissement de santé y ayant augmenté de 83 % et le pourcentage d'accouchements assistés par une sage-femme ou du personnel infirmier de 36 %[136].

Le gouvernement suédois a chargé le Conseil national de la santé et de la protection sociale de mettre en œuvre des mesures pour l'amélioration de la protection de la maternité et de la santé des femmes. L'objectif est de garantir la continuité des soins et d'élaborer des directives nationales afin que les sages-femmes puissent accompagner les patientes avant, pendant et après l'accouchement dans le cadre d'un parcours de soins cohérent, selon le modèle *caseload midwifery*[137].

Conformément à l'**Engagement mondial 2** et à l'**Appel à l'action 1**, la vice-présidente des États-Unis a annoncé le lancement d'une campagne de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Aux États-Unis, les taux de mortalité et de morbidité maternelles figurent parmi les plus élevés du monde développé, avec des niveaux disproportionnés chez les femmes noires et autochtones[138]. Le gouvernement a récemment lancé une initiative en 50 mesures, axées par exemple sur les facteurs structurels de disparité en matière de santé maternelle, tels que le stress environnemental, le logement et l'insécurité alimentaire ou économique[139].

La Commission se félicite de la publication par l'OMS d'un guide intitulé *Critical considerations for achieving universal access to sexual and reproductive health in the context of universal health coverage through a primary health care approach* (« Considérations essentielles pour parvenir à un accès universel à la santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la Couverture Sanitaire Universelle au moyen d'une approche de soins de santé primaires ») ; cela constitue un effort transversal autant qu'une contribution directe à l'**Appel à l'action 2** (« Placer les droits et le développement au cœur des préoccupations »). Ce guide contient des conseils sur l'inclusion de services complets de santé sexuelle et reproductive dans les ensembles de prestations de santé, la planification et la mise en œuvre d'ensembles intégrés de services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que des processus et des mesures de responsabilisation pour garantir l'accès universel à tous les services essentiels de santé sexuelle et reproductive. L'outil Learning by Sharing Portal, conçu grâce à un partenariat de longue date entre l'OMS et l'UNFPA, offre un référentiel d'études de cas qualitatives sur l'intégration de la santé sexuelle et procréative dans les réformes liées à la Couverture Sanitaire Universelle[140].

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à de nombreuses initiatives en faveur des soins autogérés de santé sexuelle et procréative tels que l'autogestion des avortements médicamenteux. Dans le cadre de l'**Appel à l'action 3** (« Penser autrement »), l'Alliance Asie-Pacifique a conçu une boîte à outils de plaidoyer en faveur des bonnes pratiques d'autogestion de la santé au moyen d'initiatives de santé sexuelle et procréative dirigées par la société civile. Le plaidoyer en la matière consiste notamment à montrer que l'autogestion de la santé renforce les systèmes de santé.

Relativement à l'**Engagement mondial 4** sur l'accès des adolescents et des jeunes aux services et à l'information, et à l'**Appel à l'action 4** (« Aller plus loin »), la Commission note une certaine amélioration de l'accès des jeunes à une information et à une éducation complètes et adaptées à leur âge, et à des services adaptés aux adolescents, complets, de qualité et rapides. Entre 2021 et 2022, cet indicateur est passé du rouge à l'orange pour l'Asie centrale et du Sud, mais il reste encore beaucoup à faire dans cette région et ailleurs.

Lors du Sommet sur la transformation de l'éducation qui s'est tenu en 2022, 130 pays se sont engagés à transformer l'éducation, une initiative essentielle pour l'atteinte des résultats en matière de santé sexuelle et procréative. D'après les profils de pays, les populations les moins éduquées présentent les taux les plus élevés de fécondité des adolescentes, de mariages d'enfants et de besoins de planification familiale non satisfaits, et les taux les plus faibles d'accouchements assistés par du personnel qualifié. La réalisation des engagements de Nairobi et des ODD implique de veiller à ce que les adolescentes puissent poursuivre leur scolarité, quelle que soit leur origine. Il convient à cet effet de prendre des mesures d'équité, d'inclusion et de non-discrimination, et d'élaborer des programmes d'études transformateurs en matière de genre qui intègrent une éducation sexuelle complète et en finissent avec les préjugés, normes et stéréotypes sexistes.

En 2021, la République-Unie de Tanzanie a annoncé que les écolières enceintes et les mères adolescentes pourraient désormais poursuivre leur scolarité. Cette décision met fin à une politique discriminatoire qui leur interdisait d'aller à l'école[141] ; elle révolutionne aussi l'enseignement de la santé sexuelle et procréative à l'école et en dehors du système scolaire, grâce à des animations 3D qui abordent les difficultés et les inégalités qui entravent encore les droits et les choix des jeunes filles, notamment la violence sexiste et les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines, les

mariages d'enfants, précoces ou forcés et les grossesses d'adolescentes. Chaque animation informe les élèves au moyen d'un modèle féminin immédiatement reconnaissable et source d'inspiration.

En 2023, lors de sa cinquante-sixième séance, la Commission de la population et du développement débattra de la population, de l'éducation et du développement durable. Lors de sa soixante-septième séance, la Commission de la condition de la femme se penchera quant à elle sur l'innovation, le changement technologique et l'éducation à l'ère numérique comme moyens de parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes et des filles. La Commission se félicite de ces deux réunions, dans lesquelles elle voit une opportunité de maintenir l'éducation sexuelle complète à l'ordre du jour des rencontres multilatérales et de réaliser des progrès qui reflètent son rôle central dans la réalisation du développement durable, de l'égalité des sexes et d'avancées en matière de droits et d'autonomisation des femmes et des filles.

Certaines régions et certains pays ont progressé dans la mise en œuvre de l'**Engagement mondial 10** en fournissant des données actualisées, de qualité et ventilées. Entre 2021 et 2022, l'indicateur correspondant est passé du rouge à l'orange pour l'Asie centrale et du Sud et l'Océanie. En Ouzbékistan, l'UNFPA a aidé l'Institut de recherche pour la *mahalla* et la famille à théoriser le concept de résilience démographique. Il permettra de suivre et de traiter les tendances récentes qui vont en s'accélérant, notamment le vieillissement, l'urbanisation et la migration. La résilience démographique anticipe les changements démographiques, identifie leurs implications et oriente la conception de politiques fondées sur des données probantes et les droits de l'homme. Elle marque le passage d'approches étroites axées uniquement sur la population à des politiques démographiques et socio-économiques intégrées visant à assurer la prospérité et le bien-être de tous.

En 2021, dans le cadre de l'**Engagement mondial 12** concernant le respect des droits et les contextes fragiles et de crises, plus de 100 professionnels de santé et 10 équipes de santé mobiles sont venus renforcer les prestations de santé maternelle, sexuelle et reproductives dans 175 établissements de santé en situation d'urgence en Éthiopie. Ils ont fait bénéficier de services essentiels plus d'un million de personnes dans les zones les moins bien desservies. L'UNFPA fournit également des services de santé sexuelle et reproductive aux populations touchées au Soudan du Sud, y compris dans les sites de protection des civils, et dispose d'un réseau de centres polyvalents offrant des services intégrés aux victimes de violences sexistes.

Au Bangladesh, dans les camps de réfugiés de Cox's Bazar, les militants de la communauté rohingya ont signalé que la promiscuité et les normes de genre néfastes exposaient les personnes, en particulier les femmes et les filles, à diverses formes de violence. Le programme SASA! (*Start, Awareness, Support and Action* : « démarrage, sensibilisation, soutien et action ») a formé plus de 2300 hommes et femmes, militants et leaders communautaires et religieux, dans les camps et les communautés d'accueil environnantes, pour remettre en question les normes qui sont au fondement de la violence sexiste. Depuis décembre 2020, le nombre de militants pour l'égalité des sexes et la fin de la violence a augmenté et atteint 100 000 personnes.

Les organisations de la société civile continuent de plaider pour la mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence en santé reproductive (DMU) dans les situations de crise. En 2022, les conclusions de la Commission de la condition de la femme appelaient à prendre des mesures concrètes afin que les femmes et les filles jouissent de leur droit de bénéficier de normes de santé physique et mentale les plus strictes possibles, y compris dans les contextes humanitaires.

Les **Engagements mondiaux 6 et 7** et l'**Appel à l'action 5** font du financement national et international une condition de la réalisation de la justice en matière de sexualité et de procréation. Or, en raison du sous-financement persistant[142] des services, plus de 4 milliards de personnes dans le monde n'auront pas accès à au moins un service essentiel de santé sexuelle et reproductive au cours de leur vie. Dans de nombreux cas, ces services restent financés principalement par des paiements directs, alors même qu'un financement public de 9 dollars par habitant et par an suffirait à satisfaire les besoins des femmes en matière de soins contraceptifs, maternels et néonatals dans les pays à revenu faible et intermédiaire[143].

Dans les pays à faible revenu, où le coût relatif de la santé est le plus élevé, le financement des donateurs externes reste une source importante de financement des services de santé sexuelle et reproductive. Les services de santé procréative (santé maternelle et périnatale, planification familiale) reçoivent 9 % du financement mondial des donateurs alloué à la santé[144]. Pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle et assurer à la fois la durabilité globale et l'accès aux services de santé et à la protection financière, les services de santé devraient être financés principalement par des fonds publics nationaux qui combinent prélèvements obligatoires et mécanismes de prépaiement. Si les dépenses publiques de santé par habitant ont considérablement augmenté dans les pays à revenu élevé et intermédiaire au cours des dernières décennies, elles n'ont pratiquement pas augmenté dans les pays à faible revenu.

Le manque patent de financement demeure l'un des principaux obstacles aux progrès en matière de santé sexuelle et procréative et d'instauration de la couverture sanitaire universelle à l'ère des ODD. Les investissements requis portent sur l'amélioration de la mesure et du suivi des flux de ressources à destination des services de santé sexuelle et reproductive, y compris les paiements directs, ventilés selon le sexe et les principaux indicateurs d'équité. Une base élargie de données probantes permettrait de mettre en lumière les effets des réformes du financement de la santé sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et sur les résultats sanitaires[145].

Sur la base d'un accord-cadre de protection sociale, le gouvernement marocain prévoit d'offrir un régime national d'assurance maladie publique à tous les citoyens du pays d'ici à fin 2022, tout en garantissant la gratuité des services de santé sexuelle et reproductive dans les établissements de soins de santé primaires[146]. En France, le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022, approuvé par le Parlement, prévoit la fourniture d'une contraception gratuite aux filles et aux femmes âgées de 15 à 25 ans (contre 15 à 18 ans auparavant). En Écosse, la nouvelle législation contre la précarité menstruelle met à la disposition de toute personne qui en a besoin les produits nécessaires. Le gouvernement namibien a supprimé une taxe de 15 % sur les produits menstruels.

En réponse à l'**Appel à l'action 6** (« Renouveler le discours »), le programme de justice de genre de l'Alliance ACT collabore étroitement avec ses membres confessionnels et les forums et plateformes nationaux et régionaux pour mettre le pouvoir fondé sur la valeur des acteurs religieux au service de la santé et des droits sexuels et reproductifs. En Argentine, le Forum ACT affronte les discours fondamentalistes et haineux qui manipulent, nient et bafouent les libertés fondamentales des femmes et des filles dans toute leur diversité. Au Guatemala, le Forum ACT suscite soutien et actions d'envergure en s'attaquant au fondamentalisme religieux, au chauvinisme et à la résistance face aux droits des femmes ainsi qu'à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

Au Kenya, après avoir joué un rôle déterminant dans la mobilisation et la sensibilisation des jeunes ainsi que dans la prise en compte de leur opinion lors de la préparation du Sommet de Nairobi, la Coalition des jeunes de la CIPD25 a

poursuivi ses efforts en 2021. Les organisations dirigées par des jeunes et au service des jeunes ont été aux avant-postes du Plan d'action national visant à mettre en œuvre les engagements du Kenya. À l'échelle mondiale, une plateforme de jeunes défenseurs dialogue avec les jeunes pour que les acteurs restent sur la lancée des engagements de Nairobi à l'approche de l'anniversaire et du processus d'examen de la CIPD30.

Les **Appels à l'action 5 et 6** prennent acte de la nécessité de la participation du secteur privé aux engagements de Nairobi et, de manière générale, à l'action en faveur de la justice en matière de sexualité et de procréation[147]. En conséquence, le projet d'accès universel, une initiative de la Fondation des Nations Unies, rassemble des mécènes, des défenseurs et des entreprises œuvrant pour des changements systémiques, politiques et programmatiques qui garantissent que les femmes et les autres travailleurs ont accès aux services, produits et informations de santé dont ils ont besoin[148]. Il convient de lancer d'autres initiatives de ce type et d'élaborer des mécanismes de responsabilisation solides, notamment pour évaluer les effets de l'exposition environnementale à la pollution industrielle sur la santé sexuelle et reproductive, en particulier, et sur la santé en général. La Commission souligne que le secteur privé doit respecter les droits de l'homme.

Les systèmes de responsabilisation pour le secteur privé devraient s'appuyer sur des mesures et des normes partagées et reliés aux systèmes existants, tels que les ODD. L'utilisation de mesures normalisées peut engendrer une pression des pairs et contribuer au changement systémique. En réponse à l'Appel à l'action 6, il est en outre nécessaire de renforcer le plaidoyer en faveur de la santé, des droits et de la justice en matière de sexualité et de procréation, en impliquant la société civile et d'autres parties prenantes, et en incluant les points de vue des employés et des consommateurs. Le secteur privé, et les médias en particulier, constitue également un partenaire essentiel pour relayer le plaidoyer et redéfinir les normes de genre.

Malgré de nombreux progrès relatifs aux engagements mondiaux et à l'Appel à l'action, la Commission demeure préoccupée par les reculs en matière d'égalité des sexes. De nombreuses femmes sont confrontées à une plus grande pauvreté et ont vu leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive se restreindre[149]. Entre 2021 et 2022, l'indicateur de l'Asie de l'Est et du Sud-Est relatif à l'**Engagement mondial 1** (mise en œuvre accélérée des engagements de la CIPD) est passé du jaune à l'orange. L'indicateur de la région relatif à l'**Engagement mondial 12** (interventions humanitaires) est passé du vert à l'orange. L'indicateur relatif à cet engagement s'est également dégradé en Europe et en Amérique du Nord, où il est passé du jaune au rouge, principalement en raison de la guerre en Ukraine et des difficultés des pays à répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes déplacées.

Renforcer l'établissement de rapports et la responsabilisation

Dans le cadre des Examens nationaux volontaires présentés au Forum politique de haut niveau des Nations Unies et conformément aux ODD, les pays rendent compte de leurs progrès dans la mise en place d'un accès universel aux services de santé et aux droits sexuels et reproductifs[150]. Plusieurs pays ont étudié la mise en œuvre des engagements pris à Nairobi dans le cadre de leur examen. La Commission salue l'utilisation de ce mécanisme de responsabilisation à cette fin. Elle salue particulièrement les examens de 2021 de la République démocratique populaire lao, de Madagascar, de la Sierra Leone, de la Tunisie et du Zimbabwe, ainsi que les examens de 2022 du Botswana, de la Jordanie et du Mali pour avoir

rendu compte des progrès de la mise en œuvre des engagements pris à Nairobi.

Dans son Examen national volontaire de 2021, la Sierra Leone a indiqué s'être engagée à atteindre l'objectif global de zéro besoin de services de planification familiale non satisfait d'ici à 2030, ainsi qu'à créer une unité de planification familiale au sein du ministère de la Santé chargée de suivre les allocations budgétaires. Le ministre de la Planification et du Développement économique s'est efforcé d'améliorer la transparence en publiant régulièrement des informations actualisées concernant les engagements de Nairobi. Conformément à son engagement d'atteindre l'objectif de zéro décès maternel évitable d'ici à 2030, la Sierra Leone a annoncé son intention de former et de déployer 1000 sages-femmes, 180 infirmiers anesthésistes et 72 assistants chirurgicaux d'ici à 2025. Entre 2019 et 2020, le pays a formé 406 sages-femmes, 50 infirmiers anesthésistes et 24 assistants chirurgicaux. Il entend réduire la mortalité maternelle de 50 % d'ici à 2028. Elle a d'ores et déjà chuté de 38,5 % entre 2013 et 2019.

Dans son Examen national volontaire de 2022, la Jordanie a indiqué avoir préparé un projet de plan national pour mettre en œuvre les engagements de Nairobi sur la période 2021-2030 et atteindre l'objectif de zéro besoin de planification familiale non satisfait, zéro décès maternel et zéro violence familiale d'ici à 2030.

Depuis le Sommet de Nairobi, l'examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme s'est imposé davantage en tant que mécanisme permettant de tenir les États membres responsables du suivi. Lors de la trente-neuvième séance de l'Examen périodique universel, la Commission de haut niveau s'est penchée sur le cas d'Antigua-et-Barbuda, de l'Eswatini, de l'Irlande, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, du Samoa, du Suriname, du Tadjikistan, de la Thaïlande, de Trinité-et-Tobago et de la République-Unie de Tanzanie. Sur les 2176 recommandations faites par le Conseil à ces pays, au moins 959 (44 %) concernaient les engagements mondiaux et nationaux pris à Nairobi. Le Burkina Faso, le Panama, la Slovénie et l'Espagne ont formulé des recommandations mentionnant explicitement le Sommet de Nairobi, tandis que les autres pays ont repris des termes des engagements.

Lors de sa quarantième séance, la Commission a examiné les rapports d'Haïti, de l'Islande, de la Moldavie, du Soudan du Sud, du Soudan, de la République arabe syrienne, du Togo, de l'Ouganda et du Zimbabwe. Ces pays ont reçu 2249 recommandations, dont au moins 781 (35 %) concernaient le Sommet de Nairobi. Ce fort alignement crée des occasions uniques d'intégrer les engagements du Sommet de Nairobi dans les processus nationaux de mise en œuvre, de suivi et d'établissement de rapports liés à l'Examen périodique universel en vue du prochain cycle, qui se tiendra dans quatre ans pour ces groupes de pays.

Des parlementaires de divers pays, dont le Bangladesh, la République démocratique du Congo, le Danemark, la Norvège et le Pakistan, ont tenu des réunions consacrées exclusivement au suivi des engagements nationaux de Nairobi. Pour réduire les effets néfastes de la pandémie et accélérer les progrès relatifs aux engagements, l'UNFPA et ses partenaires se sont joints à des parlementaires d'Asie et d'Afrique en juin 2022 pour mobiliser et éduquer les communautés sur la pertinence des engagements ; répondre à la demande de services de santé sexuelle et reproductive ; prendre acte de la responsabilité des dirigeants et prestataires de services dans la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive de qualité centrés sur les personnes ; et évaluer et proposer des lois appropriées facilitant la mise en œuvre des engagements[151].

Lors de la 144e Assemblée de l'Union interparlementaire (UIP), des parlementaires du monde entier ont souligné l'importance de l'équité dans le domaine de la santé en insistant sur la promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. À l'occasion de la trente-troisième séance du Forum des femmes parlementaires de l'UIP[152], quelque 110 parlements nationaux se sont réunis en mars 2022 à Nusa Dua, en Indonésie, afin de s'entretenir en toute franchise des effets de la COVID-19 sur la santé, y compris sur la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Les parlementaires réunis ont fait part des mesures prises pendant la pandémie dans leur pays respectif pour renforcer les services de santé sexuelle et procréative, augmenter le budget national de la santé, intégrer les questions de genre dans la législation et acter la responsabilité des programmes gouvernementaux[153]. Ils ont consacré une part importante de leur travail à des enquêtes sur l'augmentation rapide du taux de grossesse des adolescentes pendant la pandémie aux Seychelles, en Afrique du Sud et en Ouganda, et à la levée des obstacles juridiques et administratifs à la santé sexuelle et reproductive. En révisant la législation et les statistiques de l'état civil, le Parlement rwandais a contribué à garantir aux individus une identité juridique et donc l'accès aux droits et services vitaux[154].

En octobre 2022, lors de la 145e Assemblée de l'UIP à Kigali au Rwanda, les parlementaires ont adopté la Déclaration de Kigali qui encourage les parlements à intensifier leurs efforts de promotion de l'égalité des sexes. Elle engage les membres de l'UIP à mettre fin à la discrimination, à la violence et aux autres pratiques néfastes liées au genre, ainsi qu'à garantir aux femmes et aux filles l'accès à la santé, aux droits et à la justice en matière de sexualité et de procréation[155].

Le Sommet des présidentes de parlement fait le lien avec la justice

En septembre 2022, le quatorzième Sommet des présidentes de parlement, qui s'est tenu à Tachkent en Ouzbékistan[156], a adopté une déclaration qui place le langage sur la santé, les droits et la justice en matière de santé et de procréation au cœur de la réalisation de la justice sociale et de la réalisation du développement durable mondial, régional et national.

Cette déclaration appelle à accorder la priorité aux mesures visant à remédier aux vulnérabilités résultant des lacunes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles, en particulier lors des interventions en situation de crise et de reconstruction. Elle fait de la promotion et de la protection de l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs un prérequis de la promotion de l'égalité des sexes, de la justice sociale et du développement durable.

Mobiliser le soutien régional dans le cadre du Plan d'action et du Protocole de Maputo sur les droits de la femme en Afrique

Le Plan d'action de Maputo 2016-2030 vise à assurer l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs sur tout le continent africain à travers 10 stratégies conçues pour concrétiser les engagements du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique[157]. À noter que l'un des engagements porte sur l'adaptation des engagements de la CIPD et de Beijing+20 en lois et politiques nationales en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

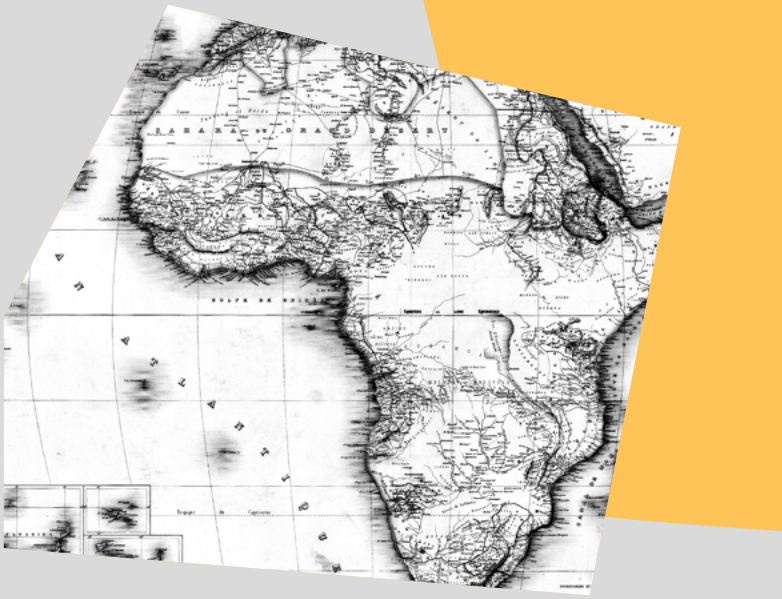
L'analyse des engagements des pays de la région a montré que 41 % d'entre eux ont souscrit aux trois zéros de l'UNFPA[158] : zéro besoin de planification familiale non satisfait, zéro mortalité maternelle évitable et zéro violence sexiste. 49 % des engagements s'alignent sur ceux du Sommet de Nairobi concernant la diversité démographique, le financement de la CIPD, la violence sexiste, les soins de santé sexuelle et reproductive dans les contextes fragiles et de crise, et la Couverture Sanitaire Universelle.

Malgré quelques différences importantes, les engagements pris par les gouvernements africains au Sommet de Nairobi sont cohérents avec le Plan d'action de Maputo et ses interventions stratégiques. Ils traduisent la ferme volonté politique de ces pays de mettre fin à la violence sexuelle et sexiste et aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, à garantir l'accès à la contraception, à prévenir la mortalité maternelle et infantile et à mettre fin aux mariages d'enfants, précoces et forcés ainsi qu'aux mutilations génitales féminines. On note un engagement important destiné à fournir des programmes adaptés aux jeunes, notamment l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, et à recueillir des données au service de la conception et de la mise en œuvre des programmes et, dans certains cas, de l'inclusion des groupes vulnérables. Cependant, l'éducation sexuelle complète et la Couverture Sanitaire Universelle ne sont pas aussi centrales dans les engagements de Nairobi qu'elles ne le sont dans les recommandations du Plan d'action de Maputo et l'Engagement de l'Afrique orientale et australe sur l'éducation sexuelle complète.

Il semble y avoir un décalage entre le manque d'engagement concernant l'avortement dans le processus de la CIPD25 et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo). Ce Protocole constitue le principal instrument juridique de protection des droits des femmes et des filles en Afrique. Contrairement à la plupart des traités internationaux sur les droits des femmes, il mentionne explicitement le droit à l'avortement.

L'Observation générale n° 2 à propos de l'article 14 du Protocole de Maputo aborde divers aspects de la santé sexuelle et reproductive tels que l'accès des jeunes à des services d'avortement médicalisé, à des services de contraception et à l'éducation sexuelle. Elle exhorte les gouvernements africains à lever les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé sexuelle et procréative. L'Observation générale n° 2 a cela d'historique qu'elle brise le silence sur des questions controversées de santé sexuelle et reproductive et rarement abordées dans le système africain des droits de l'homme. Depuis l'adoption du Protocole de Maputo, sept pays ont réformé leur législation afin de satisfaire aux critères juridiques de l'Union africaine (et dans un cas, de les dépasser) qui impliquent l'autorisation de l'avortement lorsque la vie ou la santé physique ou mentale de la femme est menacée, ainsi qu'en cas de viol, d'inceste ou d'anomalie fœtale grave[159].

La conception de la sexualité comme strictement hétéronormative a conduit, dans certaines parties de l'Afrique, à la criminalisation des personnes de sexualités non hétéronormatives et diverses. Cette criminalisation porte atteinte aux droits individuels à l'égalité et à la non-discrimination, à la vie privée et à la dignité inhérente à chacun. Parmi les autres sujets de préoccupation figurent les lacunes dans les services et informations destinés aux personnes en situation de vulnérabilité ou historiquement victimes de discrimination, telles que les adolescentes, les migrantes, les femmes en situation de handicap, les habitants des bidonvilles urbains, les personnes sans abri, les réfugiés, les personnes d'orientation sexuelle et d'identité de genre diverses et les communautés. Autre difficulté : seulement 13,2 % des engagements de l'Afrique concernent le financement de la santé et des droits sexuels et reproductifs ou l'agenda de la CIPD.



NOUVEL APPEL À L'ACTION



5 Conclusion

Le Sommet de Nairobi a mis en évidence les moyens que les mécanismes nationaux, les donateurs et les organisations internationales humanitaires et de développement doivent mettre en œuvre pour mieux combattre les injustices croisées sous-jacentes et relever les défis émergents à l'origine de mauvais résultats en matière de santé sexuelle et procréative. Il a mis en lumière les conséquences néfastes d'une réticence généralisée face à des questions complexes qui mêlent tout à la fois, religion, statut socioéconomique, handicap, identité de genre, vie sociale, culturelle et familiale et insuffisance de l'investissement national et international dans la justice en matière de sexualité et de procréation.

Les engagements de Nairobi ont donné lieu à une Feuille de route qui permettra de mettre en place un programme plus cohérent et des stratégies globales de justice en matière de sexualité et de procréation à la hauteur de cette complexité. Dans son rapport 2021, la Commission va plus loin en concevant un cadre d'accélération de la mise en œuvre de ces engagements et en identifiant les domaines qui nécessitent des efforts supplémentaires.

Le présent rapport montre que l'appel à l'action 2021 de la Commission n'a rien perdu de sa pertinence. Nous devons faire plus en vue d'instaurer une justice en matière de sexualité et de procréation. Il nous faut mettre en place de meilleurs mécanismes de redevabilité, investir plus dans les mouvements populaires, nouer des alliances avec des parlementaires, élargir la Couverture Sanitaire Universelle, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, et améliorer la transparence du financement. Comme nous l'ont appris les crises humanitaires persistantes et les difficultés croissantes que posent les mouvements antidémocratiques transnationaux, nous devons penser autrement et envisager le recours aux innovations numériques et aux soins autogérés lorsque la situation le permet.

Les engagements prévoient une analyse plus approfondie de la discrimination et l'inscription de solutions dans les normes, les lois et la pratique. Parmi les autres recommandations, on pourrait exiger que toute intervention visant à réaliser les engagements montre comment elle aborde les obstacles économiques et les besoins spécifiques des communautés évoquées dans le présent rapport.

Enfin, la Commission exhorte les pays à aller plus loin pour donner la priorité à ceux qui sont confrontés aux pires disparités en matière de justice sexuelle et reproductive, et à proposer des discours renouvelés et puissants à même d'inciter à l'action en traduisant la complexité de leurs expériences de vie et des formes d'oppression multiples qui pèsent sur eux. La justice en matière de sexualité et de procréation est un concept nouveau qui offre de nombreuses possibilités de réussite. Il s'agit d'un ensemble d'approches optimistes et robustes destinées à transformer notre manière de penser et d'agir. Nous invitons les parties prenantes à adopter ce cadre et à transformer nos interventions collectives.

La Commission se réjouit des récentes interventions fondées sur ces concepts mises en place par certains États et espère que davantage d'États et de parties prenantes se rallieront à une vision ambitieuse de la justice en matière de sexualité et de procréation pour tous.

Annexes



ANNEXE A

CADRE DE SUIVI DES ENGAGEMENTS MONDIAUX DE NAIROBI

Le Sommet de Nairobi de 2019 a mis en évidence les progrès, les lacunes et l'engagement commun en faveur de la réalisation des actions inachevées du Programme d'action de la CIPD. Le Sommet a suscité un élan mondial qui s'est traduit par plus de 1 300 engagements pris par diverses parties prenantes, y compris les gouvernements. Le Sommet s'est également félicité du succès de la Déclaration de Nairobi, qui souligne l'ambition collective d'atteindre les objectifs de la CIPD pour tous, partout dans le monde. Les 12 engagements mondiaux et fondamentaux de la Déclaration sont essentiels pour assurer la mise en œuvre complète, efficace et accélérée du programme de la CIPD et pour réaliser le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Dans le premier rapport de la Commission, *Aucune exception, aucune exclusion : Assurer la santé, les droits et la justice pour tous en matière de sexualité et de procréation*, un Cadre de suivi des engagements mondiaux complète le rapport descriptif. Ce cadre utilise un code couleur pour indiquer les progrès réalisés sur les principaux indicateurs mondiaux pour chacun des 12 engagements fondamentaux, tant à l'échelle mondiale que régionale, et attribue une note globale pour chaque engagement[I]. Le vert indique les meilleures notes, suivi du jaune, de l'orange et du rouge pour les notes les plus faibles. La couleur grise indique que l'on ne dispose pas de suffisamment de données pour cet indicateur dans la région considérée. Les triangles indiquent l'évolution de 2021 à 2022. Le premier rapport de la Commission présente une base de référence des indicateurs sélectionnés et des notes régionales globales pour chaque engagement, par rapport aux critères de référence et au niveau d'ambition des engagements de la Déclaration de Nairobi. Dans le présent rapport, la Commission a poursuivi sa réflexion sur les indicateurs et mis à jour les notes régionales globales pour chaque engagement sur la base des dernières données disponibles, comme indiqué dans la présente annexe. En outre, la Commission a élaboré un ensemble de profils de pays présentés à l'annexe B. Ceux-ci illustrent l'analyse approfondie des données disponibles, notamment des données ventilées, dans le but de préciser le concept de justice en matière de sexualité et de procréation, de contribuer à la poursuite du dialogue sur la manière d'œuvrer à la réalisation des engagements de Nairobi sur le terrain et de ne laisser personne de côté.

I À l'exception des engagements 6 et 7 pour lesquels aucun indicateur ou ensemble de données pertinent n'a été défini à ce stade.



Intensifier nos efforts pour la **mise en œuvre et le financement complets, efficaces et accélérés du Programme d'action de la CIPD**, des actions clés pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, de ses résultats et de l'Agenda 2030 pour le développement durable.

ENGAGEMENT	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
2	▲	●	●	▲	▲	●	●
3	●	●	●	●	●	●	●
4	▲	●	●	●	●	●	●
5	●	●	●	●	●	●	●
8	●	●	●	●	●	●	●
9	●	●	●	●	●	●	●
10	▲	●	●	●	●	▲	●
11	●	●	●	●	●	●	●
12	●	▼	▼	●	●	●	●
NOTE GLOBALE	◎	▼	◎	◎	◎	◎	◎

Zéro besoin non satisfait en matière d'accès aux informations et aux services de planification familiale et une disponibilité universelle de moyens de contraception modernes de qualité, accessibles, abordables et sans risque.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Taux de natalité chez les adolescentes	●	●	●	●	●	●	●
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant un accès égal aux soins de santé sexuelle et procréative (ODD 5.6.2, contraception et planification familiale)	▲	●	▼	▲	▲	▼	▼
Besoin total de méthodes modernes non satisfait (toutes les femmes)	●	●	●	●	●	●	●
NOTE GLOBALE	▲	◎	◎	▲	▲	◎	◎

Zéro décès maternel évitable et un taux de mortalité maternelle de zéro, y compris pour les décès provoqués par les fistules obstétricales, en intégrant notamment un ensemble complet d'interventions relatives à la santé sexuelle et reproductive (accès à des avortements sans risque conformément à la loi, mesures pour prévenir et éviter les avortements risqués et pour garantir des soins post-avortement, etc.) dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux relatifs à la Couverture Sanitaire Universelle. Il s'agit également de protéger et de garantir le droit de tous à l'intégrité physique, à l'autonomie et aux droits reproductifs, et de fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Indice de couverture sanitaire universelle (ODD 3.8.1)	●	●	●	●	●	●	●
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant un accès égal aux soins de santé sexuelle et reproductive (ODD 5.6.2, soins de maternité)	▲	●	●	●	●	▼	●
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié (ODD 3.1.2)	●	●	●	●	●	●	●
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)	●	●	●	●	●	●	●
Législation relative à l'avortement à l'échelle mondiale	●	●	●	●	●	●	●
NOTE GLOBALE	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

L'accès des adolescents et des jeunes, en particulier des filles, à une **information complète et adaptée à leur âge, à une éducation et à des services complets**, de qualité, rapides et adaptés aux adolescents afin de leur permettre de choisir librement et en connaissance de cause leur sexualité et leur vie reproductive, de se protéger de manière adéquate des grossesses non désirées, de toutes les formes de violences sexistes et sexuelles et des pratiques néfastes, des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida, et d'être en mesure de réussir en toute sécurité une transition vers l'âge adulte.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 15 ans	●	●	●	●	●	●	●
Pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans	●	●	●	●	●	●	●
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (toutes les femmes âgées de 15 à 24 ans)	●	●	●	●	●	●	●
Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives âgées de 15 à 24 ans (ODD 3.3.1)	●	●	●	●	●	●	●
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant un égal accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (ODD 5.6.2, éducation à la sexualité)	●	●	▼	▲	●	▲	●
NOTE GLOBALE	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎

Zéro violence fondée sur le genre et pratique néfaste, y compris zéro mariage d'enfants, précoce et forcé, ainsi que zéro mutilation génitale féminine ; **l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de toutes les femmes et de toutes les filles** afin de réaliser le plein potentiel socioéconomique de tous les individus.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Violence à l'égard des femmes perpétrée par leur partenaire (ODD 5.2.1)	●	●	●	●	●	●	●
Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans (ODD 5.3.1, moins de 15 ans)	●	●	●	●	●	●	●
Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (ODD 5.1.1, violence à l'égard des femmes)	●	●	●	●	●	●	●
Proportion de pays dotés de systèmes permettant de suivre et de rendre public le montant des ressources affectées à l'égalité des genres et à l'autonomisation des femmes (ODD 5.c.1)	●	●	●	▲	●	●	●
Légalité des relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe	●	●	●	●	●	●	●
NOTE GLOBALE	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

8 ENGAGEMENT MONDIAL DE NAIROBI

Investir dans l'éducation, la création d'emplois et la santé des adolescents et des jeunes, y compris la planification familiale et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes, notamment les filles, **afin d'exploiter toutes les promesses du dividende démographique.**

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Taux net scolarisation dans le secondaire							
Proportion de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation (ODD 8.6.1)							
Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans (ODD 5.3.1, moins de 18 ans)							
NOTE GLOBALE							

9 ENGAGEMENT MONDIAL DE NAIROBI

Édifier des **sociétés paisibles, justes et inclusives**, sans laissés pour compte, dans lesquelles toutes les personnes, indépendamment de la race, la couleur de peau, la religion, le sexe, l'âge, le handicap, la langue, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et l'expression ou l'identité de genre, se sentent valorisées et capables de façonner leur propre avenir et d'apporter leur contribution à la société.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Représentation dans les institutions publiques (proportion de femmes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméral) (ODD 16.7.1)							
Représentation dans les institutions publiques (proportion de jeunes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméral) (ODD 16.7.1)							
Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (ODD 5.1.1, emploi et avantages économiques)							
Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (ODD 5.1.1, cadres juridiques généraux et vie publique)							
Présence d'institutions nationales de défense des droits de l'Homme indépendantes et conformes aux Principes de Paris (ODD 16.A.1, statut A)							
Protection contre les crimes motivés par la haine (ILGA)							
Protection contre l'incitation à la haine (ILGA)							
NOTE GLOBALE							

10 ENGAGEMENT MONDIAL DE NAIROBI

Fournir des **données de qualité et ventilées en temps opportun**, qui garantissent le respect de la vie privée des citoyens et incluent les jeunes adolescents, investir dans les innovations numériques en matière de santé, comme les méga données, et dans l'amélioration des systèmes de données pour étayer les politiques visant à atteindre un développement durable.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Inventaire de l'Observatoire des données ouvertes, note globale (couverture et ouverture des statistiques officielles)							
Exhaustivité de l'enregistrement des naissances (ODD 17.19.2)							
Exhaustivité du recensement (ODD 17.19.2)							
Exhaustivité de l'enregistrement des décès (ODD 17.19.2)							
Ensemble de données opérationnelles communes							
NOTE GLOBALE							

11 ENGAGEMENT MONDIAL DE NAIROBI

S'engager en faveur de l'idée que rien ne peut être discuté et décidé sur la santé et le bien-être des **jeunes** sans leur **implication et leur participation véritables** (« nous voulons participer à tout ce qui nous concerne »).

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Autonomisation économique							
Éducation							
Politique relative à la jeunesse et participation politique des jeunes							
Sûreté et sécurité							
NOTE GLOBALE							

12 ENGAGEMENT MONDIAL DE NAIROBI

S'assurer que les **besoins et droits fondamentaux** des populations touchées, en particulier ceux des filles et des femmes, sont traités comme des composantes essentielles des réponses aux crises humanitaires et environnementales, ainsi que dans les contextes fragiles de reconstruction et de sortie de crise, **en offrant un accès à toute la gamme de services, d'informations et d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive**, y compris l'accès à l'avortement sans risque conformément à la loi et aux soins post-avortement, afin de réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, les violences sexistes et sexuelles, ainsi que les grossesses non désirées dans ces conditions.

	ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
Proportion de fonds « reçus » par référence à ceux « requis » pour que l'action humanitaire puisse répondre aux besoins spécifiques des femmes, des filles et des jeunes (notamment en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, et de violence fondée sur le genre et les interventions pour y faire face)							
NOTE GLOBALE							

RÉPUBLIQUE D'ALBANIE

ANNEXE B

PROFILS DE PAYS

POPULATION TOTALE [I] **2 836 790**

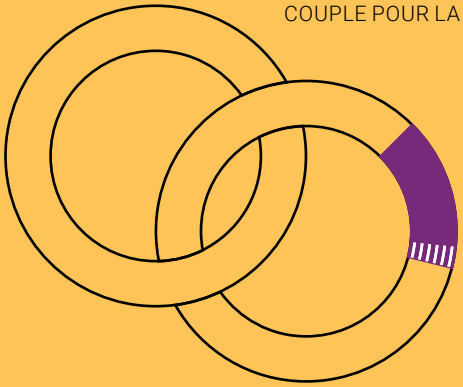
POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]

29,38 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I] **657 490**

POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I] **377 170**

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]



AVANT L'ÂGE DE 18 ANS **11,8 %**

AVANT L'ÂGE DE 15 ANS **1,4 %**



TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II] **15** / **100 000**

INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ [I] (nombre de naissances par femme) **1,38**

CHEZ LES ADOLESCENTES (15-19 ans) TAUX DE NATALITÉ [I] (nombre de naissances pour 1 000 filles) **14,03**

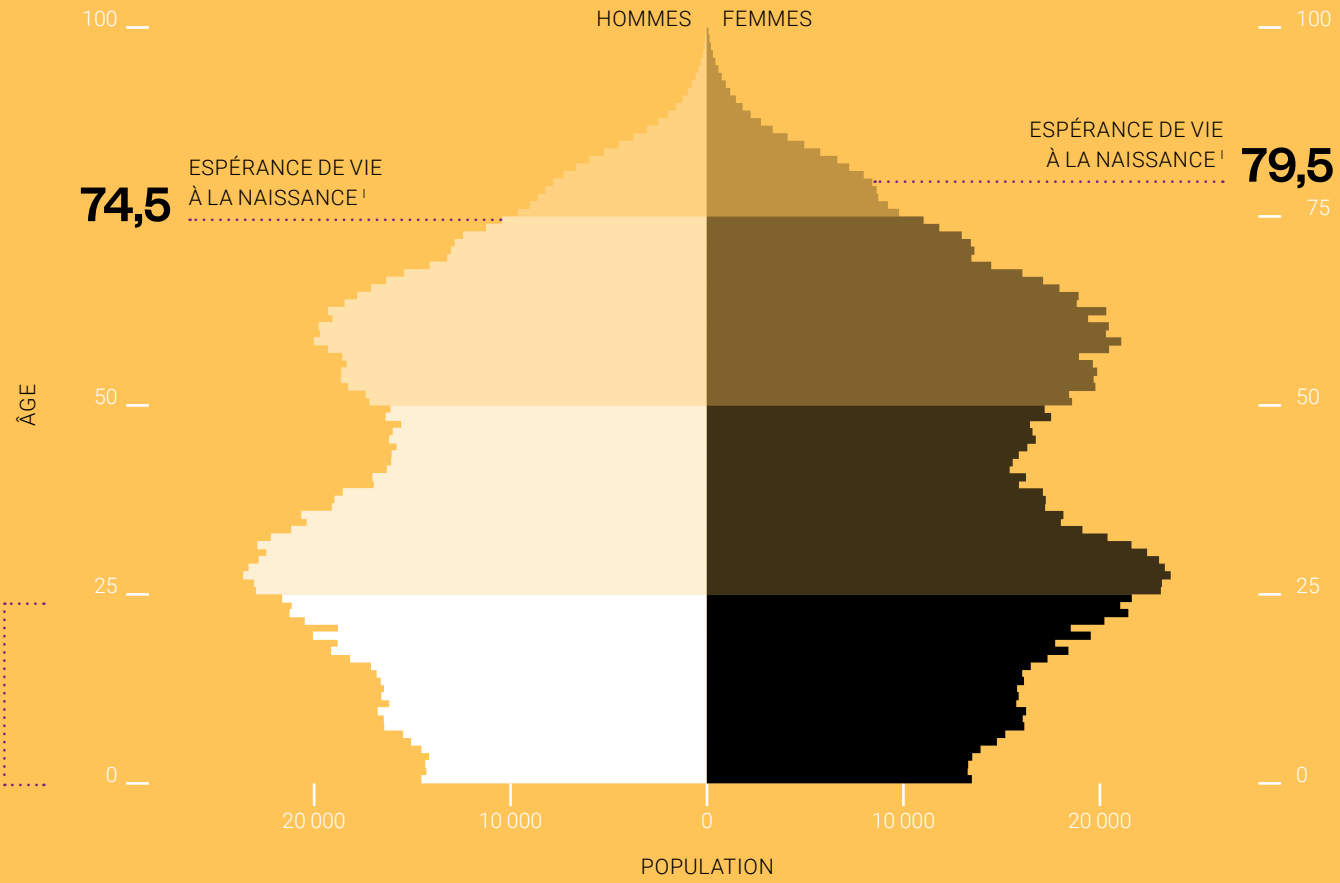
I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD

11,9 % DE BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

10,5 % DE LA DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

99,8 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

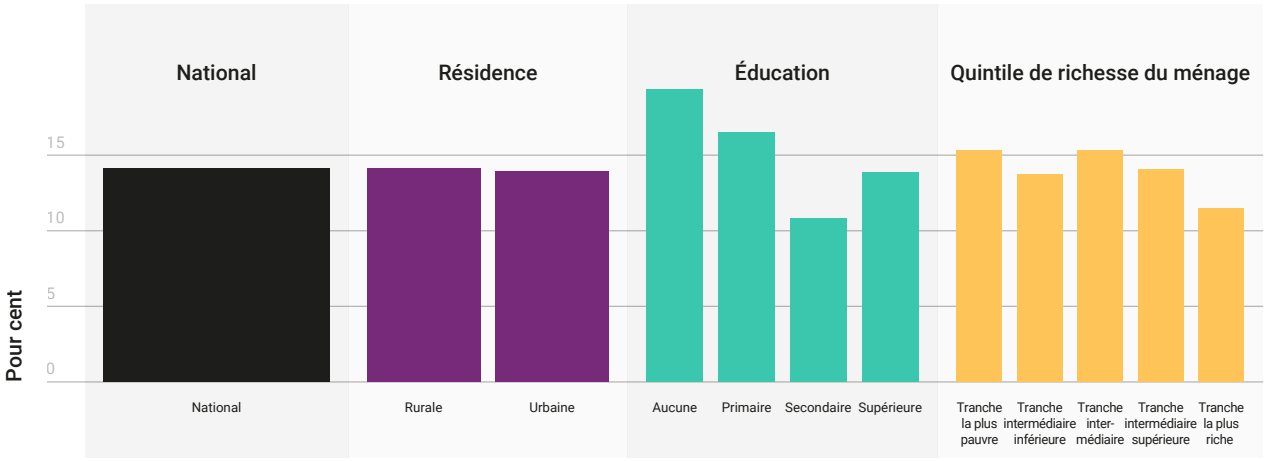
Dans le cadre des engagements pris lors de la CIPD25, la République d'Albanie s'est engagée à mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale et à mettre fin aux décès maternels évitables, ainsi qu'à augmenter le financement de la santé reproductive, maternelle et des adolescents.



I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

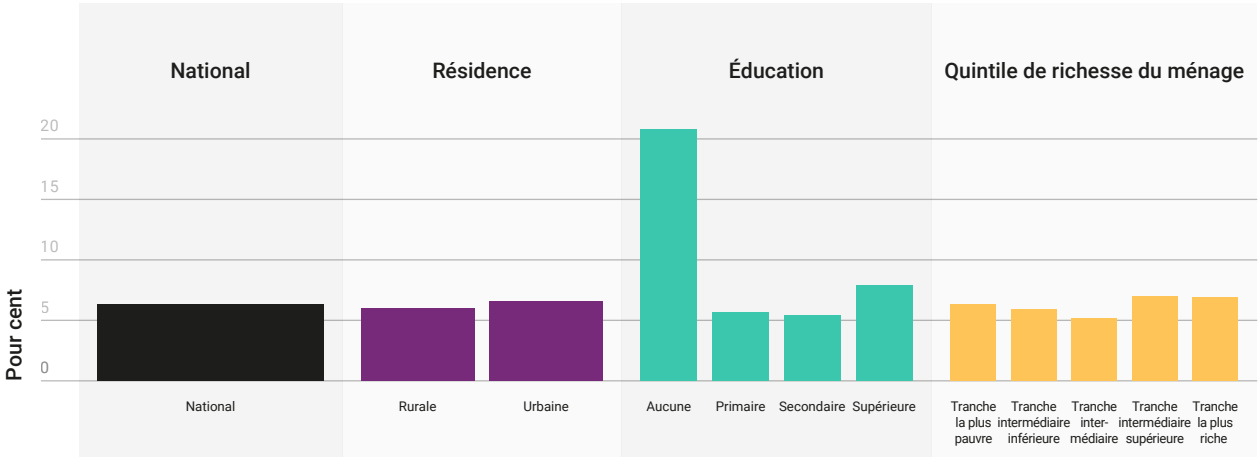
L'indice synthétique de fécondité de l'Albanie, c'est-à-dire le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme si elle vivait jusqu'à la fin de sa période de fécondité, est de 1,38. En Albanie, les méthodes traditionnelles représentent la majorité des contraceptifs utilisés. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont relativement les mêmes dans les zones urbaines et rurales, mais sont plus élevés chez les femmes sans instruction et les femmes issues des ménages les plus pauvres. La demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes est plus forte chez les femmes sans instruction, l'utilisation de méthodes traditionnelles étant plus courante chez les femmes ayant un niveau d'éducation supérieur.

Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

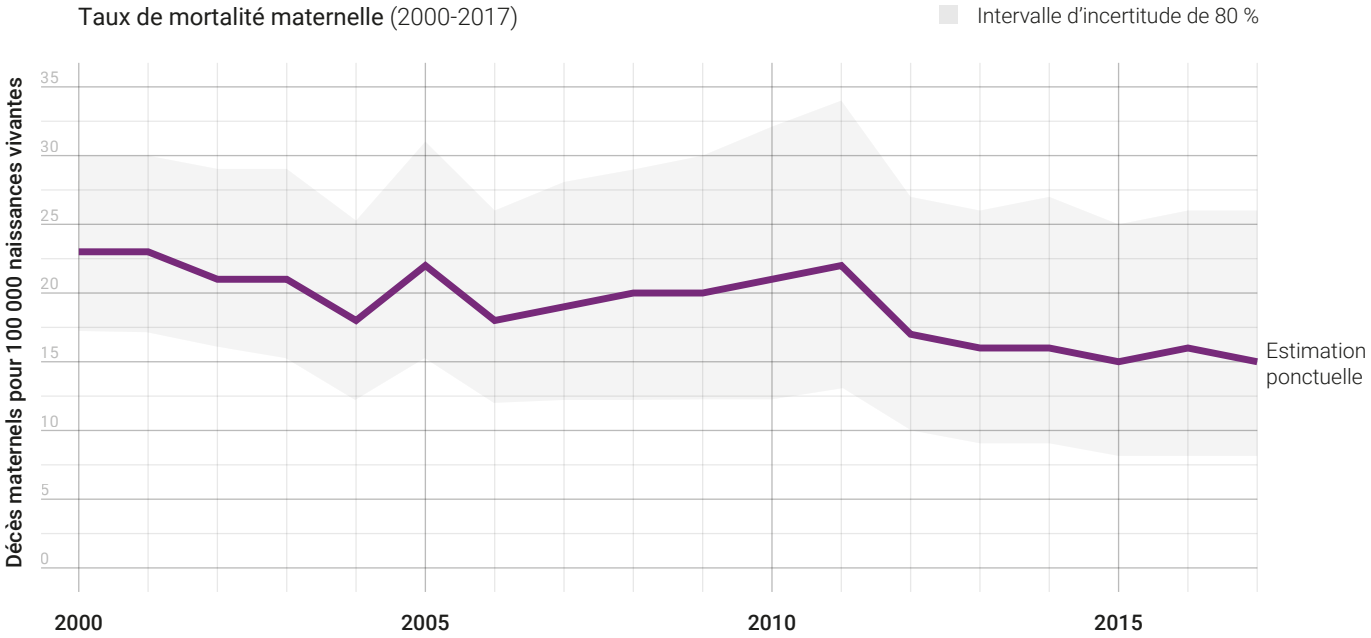
Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Le taux de mortalité maternelle de l'Albanie a diminué entre 2000 et 2017, année au cours de laquelle il a été estimé à 15 décès pour 100 000 naissances vivantes. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne la nécessité d'intégrer « une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la Couverture Sanitaire Universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique et à l'autonomie, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». L'avortement est autorisé en Albanie.

Taux de mortalité maternelle (2000-2017)



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

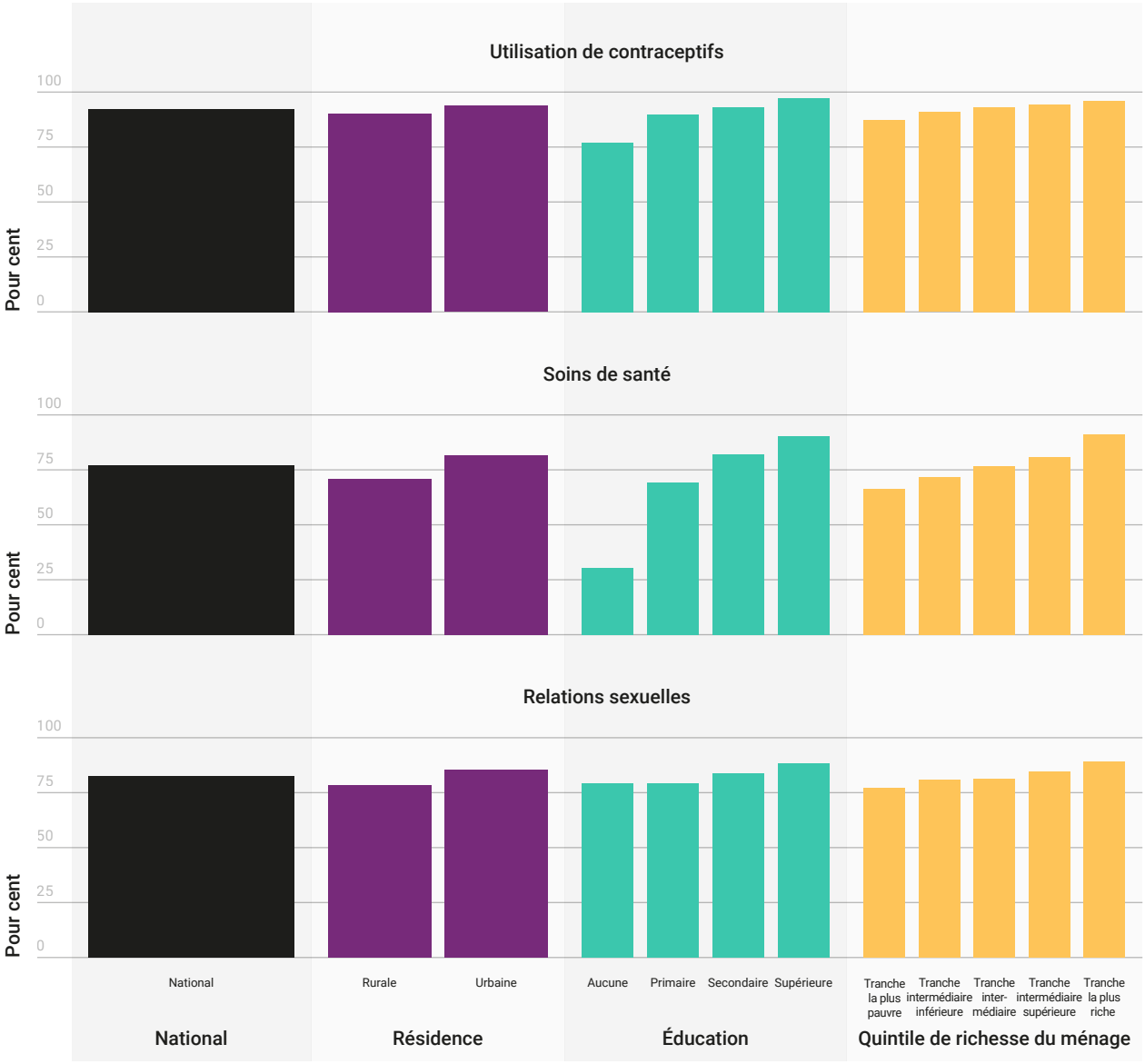
En Albanie, 93 % des femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans prennent leurs propres décisions en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. De même, 84 % des femmes mariées ou en couple décident elles-mêmes de recourir ou non à la contraception, et 84 % peuvent refuser des rapports sexuels. Ces pourcentages sont légèrement inférieurs chez les femmes sans instruction et les femmes issues des ménages les plus pauvres. L'indicateur des ODD 5.6.2 évalue la mesure dans laquelle les lois en vigueur permettent ou empêchent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive. L'Albanie s'est dotée de 86 % des lois et règlements garantissant l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins de maternité, et 100 % des lois et règlements garantissant ce même accès aux services de contraception et de planification familiale, ainsi qu'à l'éducation à la sexualité.

Mesure dans laquelle les lois et les règlements de l'Albanie garantissent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes âgés de 15 ans et plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive



Source : Fonds des Nations Unies pour la population, 2022

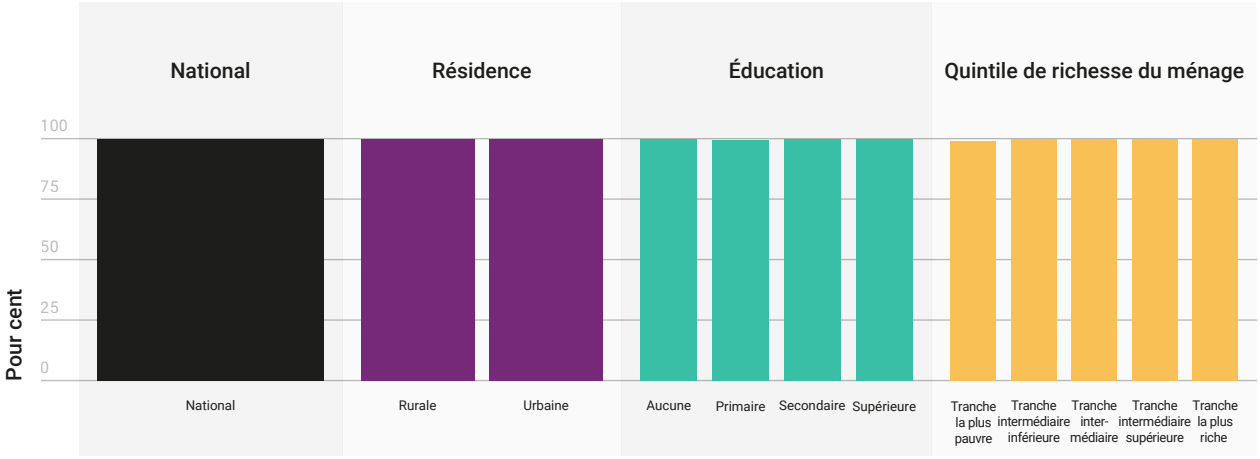
Proportion de femmes mariées prenant leurs décisions elles-mêmes et en connaissance de cause concernant les soins de santé procréative, l'utilisation de contraceptifs et les relations sexuelles



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

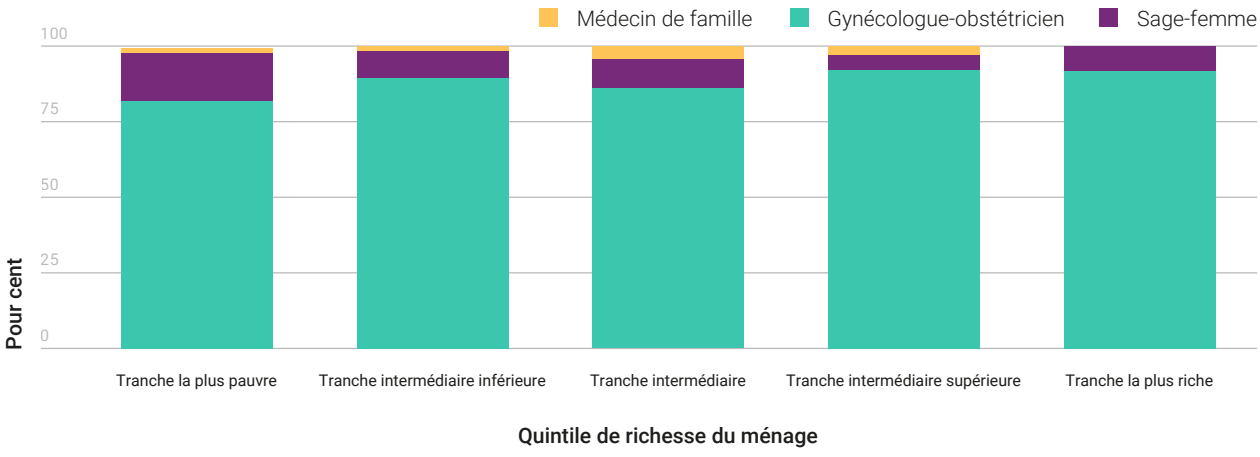
En Albanie, presque tous les accouchements chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années ont été assistés par du personnel qualifié. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié est le même pour toutes les femmes, qu'elles vivent en zone rurale ou urbaine, et quels que soient leur niveau d'éducation et le niveau de vie de leur ménage. En Albanie, la majorité des naissances sont assistées par des gynécologues obstétriciens, le pourcentage de naissances assistées par des infirmières sages-femmes n'étant que légèrement supérieur chez les femmes issues des ménages les plus pauvres.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse

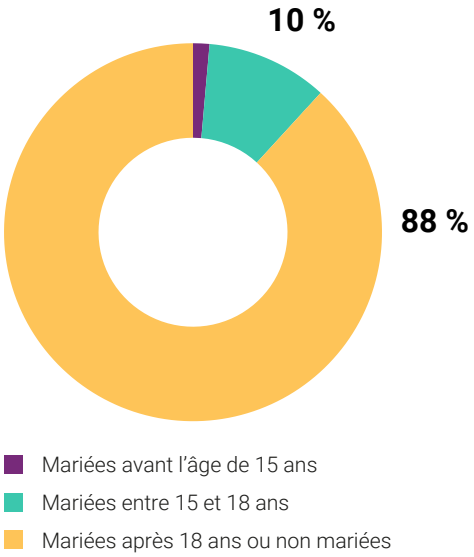


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Lors du Sommet de Nairobi, l'Albanie s'est engagée à développer et à mettre en œuvre une éducation complète à la sexualité à l'échelle nationale d'ici à 2022.

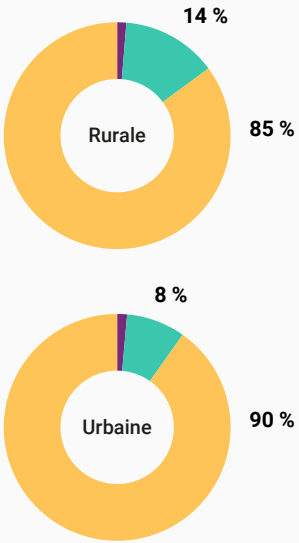
En Albanie, 11,8 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans, et 1,4 % avant l'âge de 15 ans. Cette dernière valeur est l'une des plus élevées de la région. Le mariage avant l'âge de 18 ans est plus fréquent chez les femmes n'ayant reçu qu'un enseignement primaire, et chez celles issues des ménages les plus pauvres et à revenus moyens.

Distribution de l'âge du mariage, femmes âgées de 20 à 24 ans

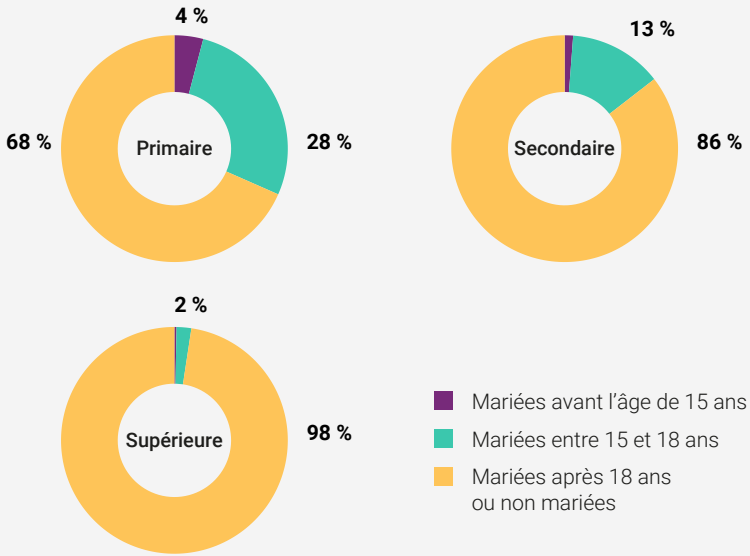


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans

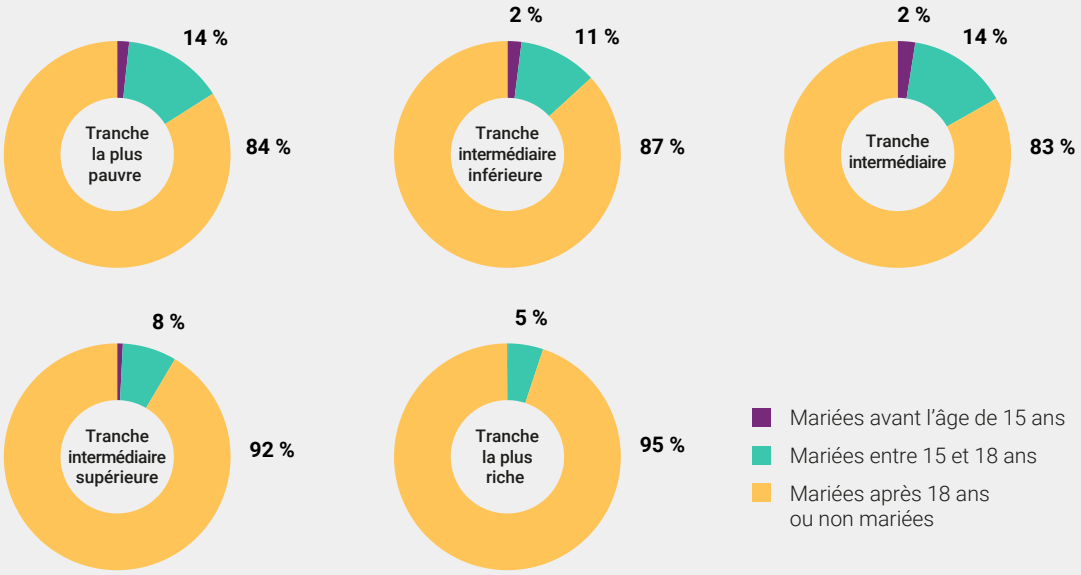


Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans

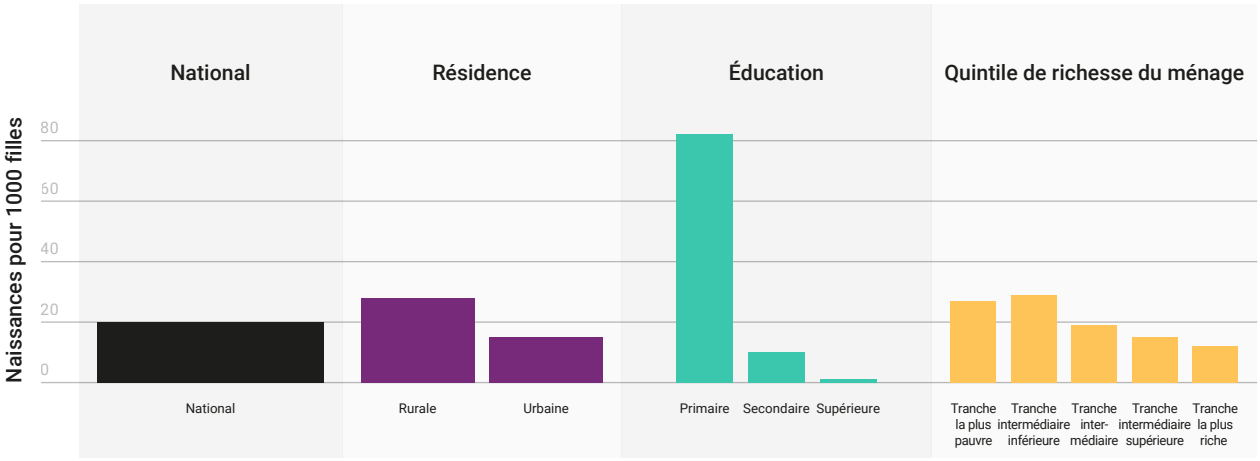


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Depuis le Sommet de Nairobi, les forums sur le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et la prévention de la violence fondée sur le genre ont été mis à profit pour promouvoir le plaidoyer en faveur du Programme d'action de la CIPD et des engagements de Nairobi ainsi que pour renforcer la coopération entre les parties prenantes.

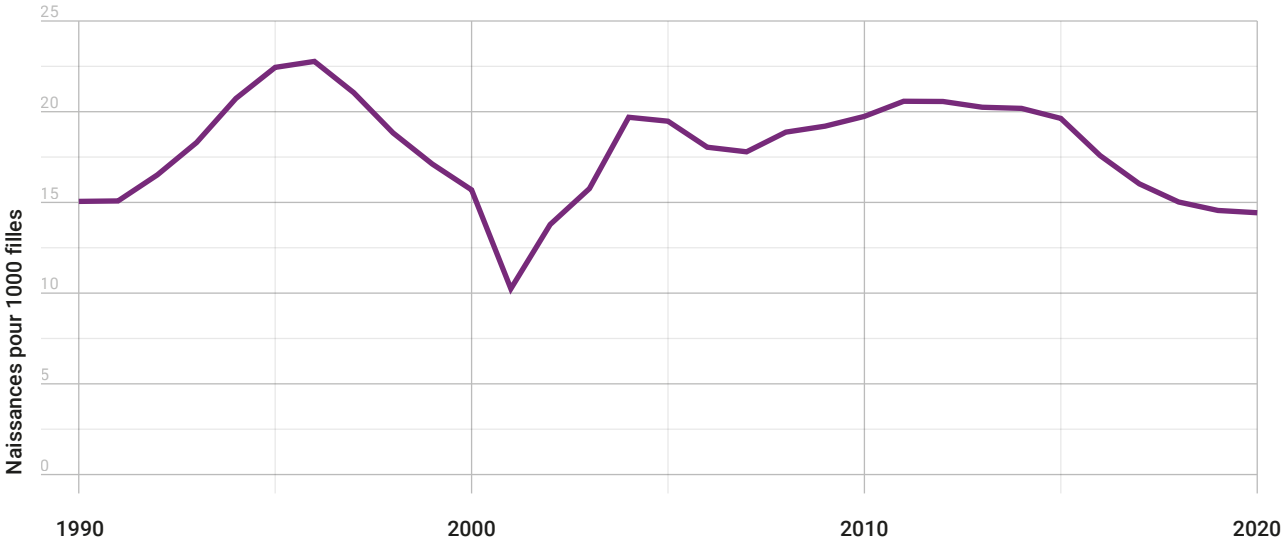
En Albanie, le taux de natalité chez les adolescentes en 2020 était quasiment identique à celui de 1990. Les adolescentes n'ayant suivi qu'un enseignement primaire affichent le taux le plus élevé. Ce taux est aussi plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Le taux de natalité chez les adolescentes issues des ménages les plus pauvres est deux fois plus élevé que celui relevé dans les ménages les plus riches.

Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

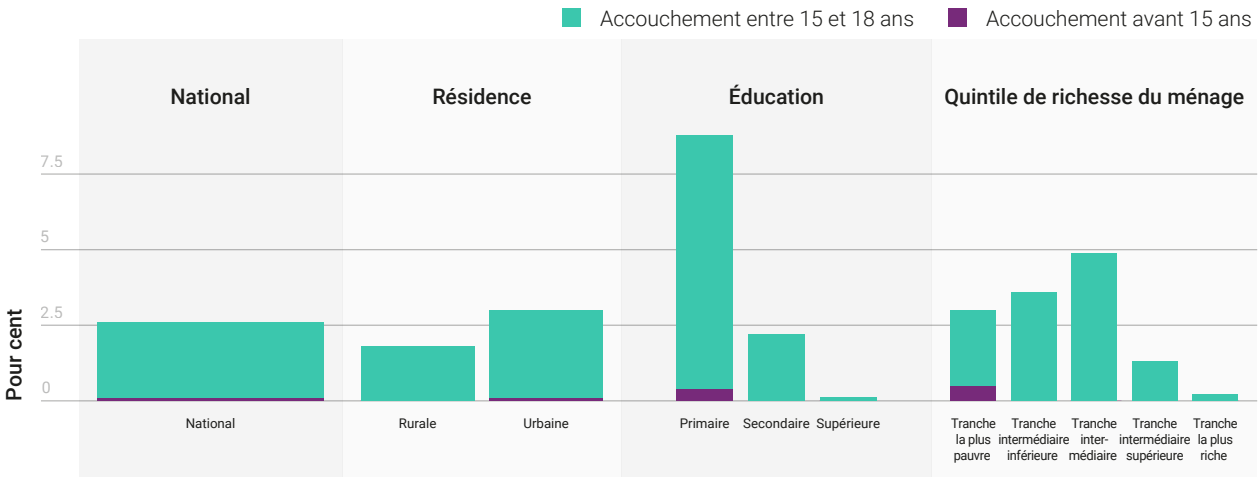
Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



Source : Perspectives population mondiale 2022

En Albanie, 2,6 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont accouché avant l'âge de 18 ans. La plupart des naissances se produisent chez les femmes n'ayant reçu qu'un enseignement primaire, et chez les femmes issues des ménages à revenus moyens.

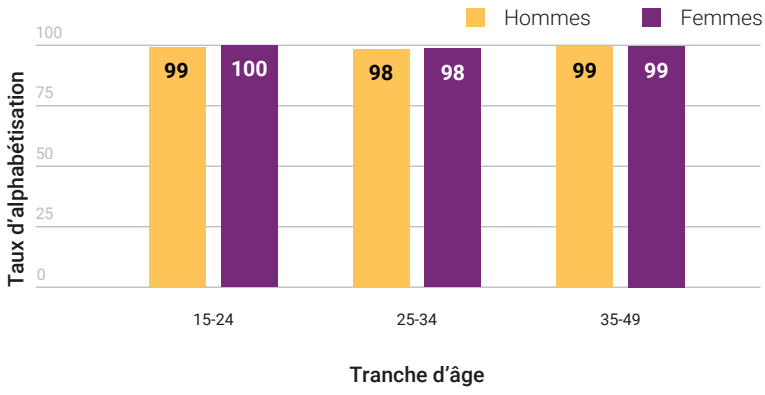
Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Le taux d'alphabétisation en Albanie est extrêmement élevé quels que soient la tranche d'âge et le sexe. L'enseignement secondaire complète l'offre d'éducation de base qui a débuté au niveau du primaire et vise à jeter les bases de l'apprentissage tout au long de la vie et du développement humain, en proposant un enseignement plus axé sur les disciplines ou les compétences, avec des enseignants plus spécialisés. En 2018, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, le taux net de fréquentation des écoles secondaires en Albanie[IV] était de 87.

Taux d'alphabétisation selon l'âge et le sexe

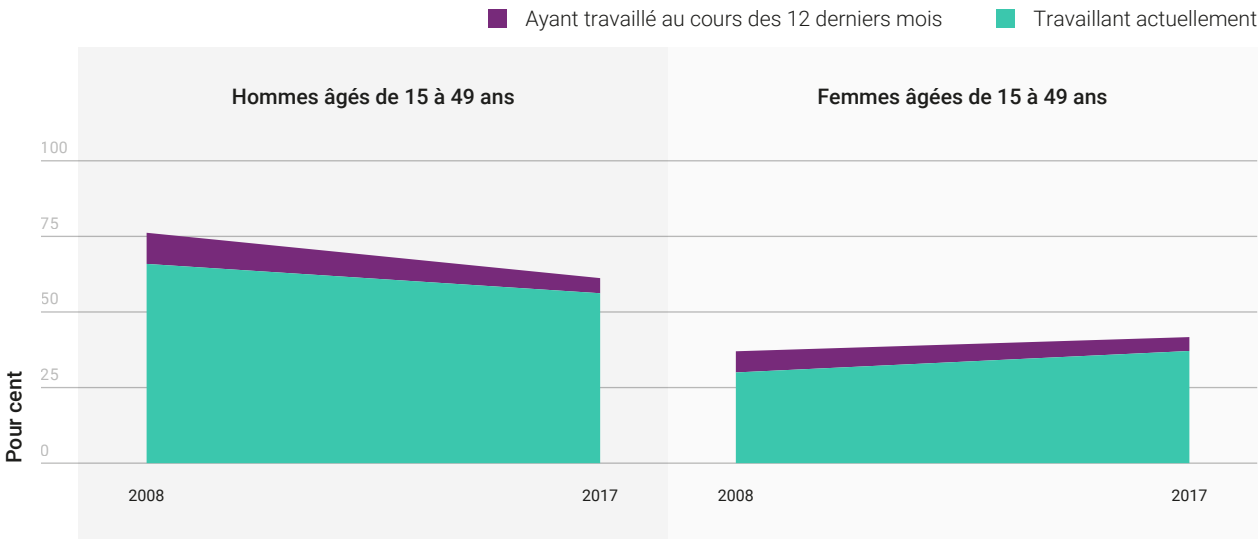


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

IV Rapport entre le nombre d'enfants d'âge scolaire officiel inscrits à l'école et la population d'âge scolaire officiel correspondante.

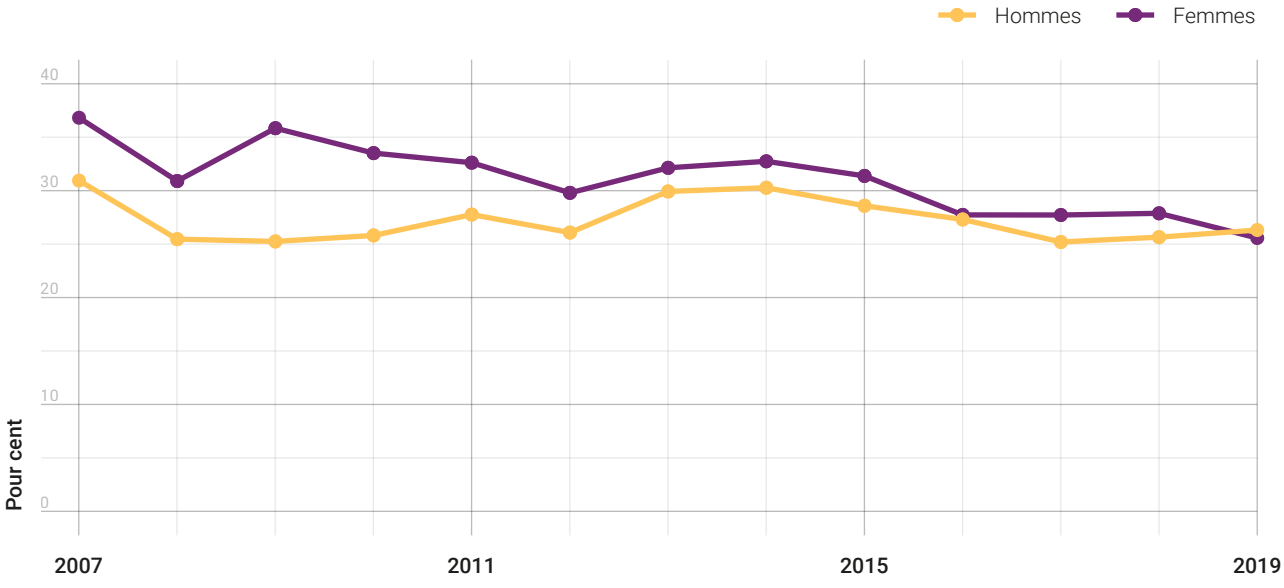
Les tendances de l'emploi pour les hommes ont diminué en Albanie de 2001 à 2016, alors qu'elles ont augmenté pour les femmes au cours de cette période. De plus, la proportion d'hommes ayant travaillé au cours des 12 derniers mois a diminué, tandis que la proportion de femmes est restée la même. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. En Albanie, le pourcentage de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation est en diminution chez les femmes ; en 2019, il était pratiquement le même pour les hommes et que pour les femmes.

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 2008-2017

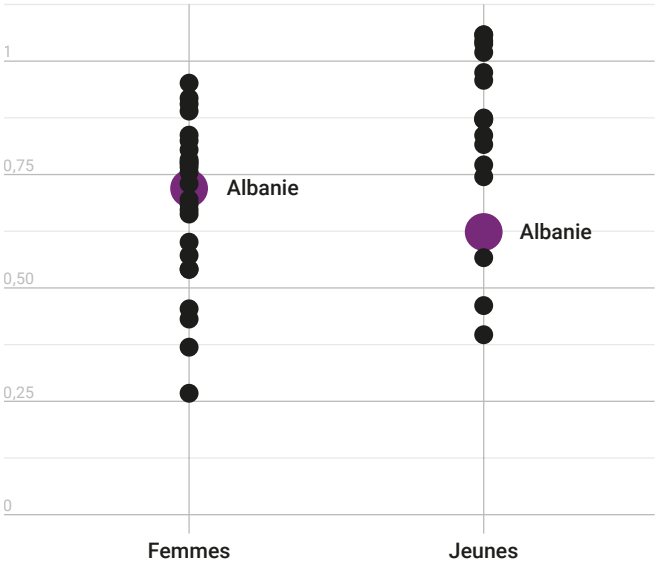
Pourcentage de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête sur la population active, 2007-2019

L'ODD 16 vise à promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions. La proportion de femmes parlementaires en Albanie est proche de la médiane régionale, tandis que la proportion de jeunes parlementaires est la quatrième plus faible de la région (indicateur des ODD 16.7.1).

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays européens et nord-américains



Source : Union interparlementaire, 2022

En raison du vieillissement rapide de sa population et d'une émigration continue, l'Albanie est confrontée à un défi imminent : garantir l'accès à des services de soins abordables et de qualité pour toutes les personnes âgées qui en ont besoin. Entre 2020 et 2050, la population âgée de 65 ans ou plus passera de 420 000 à 623 000 personnes, et sa part dans la population totale passera de 15 % à 26 %[V]. Dans le cadre des engagements pris lors de la CIPD25, l'Albanie s'est engagée à mettre en œuvre le Plan d'action national 2020-2025 pour les personnes âgées, en y affectant un budget correspondant, en contrôlant sa mise en œuvre étape par étape et en prenant les dispositions légales nécessaires d'ici à 2023. Depuis le Sommet de Nairobi, le Plan d'action national 2020-2024 sur le vieillissement a été rédigé et adopté.

Pour concrétiser les engagements de la CIPD25, le ministère albanais de la Santé et de la Protection sociale a créé, en avril 2020, un protocole garantissant que les refuges pour femmes du pays fonctionneraient sans interruption pendant la pandémie de COVID-19. Ce protocole a érigé les refuges destinés à la protection contre la violence domestique au rang de services essentiels.

En suivi des engagements de la CIPD25 et au regard des lacunes et défis persistants dans l'atteinte de l'ODD 3, le fait d'« assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive, conformément aux politiques de l'UE en matière de droits fondamentaux et de droits reproductifs » est considéré comme une priorité dans le cadre de coopération pour le développement durable conclu entre le gouvernement albanais et les Nations Unies pour la période 2022-2026.

V Organisation internationale du travail, https://www.ilo.org/budapest/whats-new/WCMS_847680/lang--en/index.htm

RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

POPULATION TOTALE [I] **11 281 880**

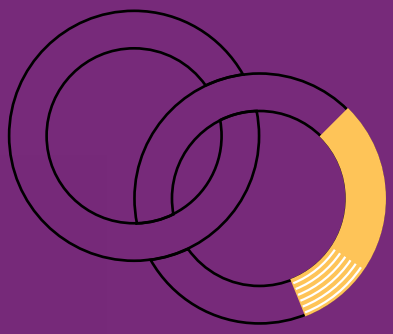
POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]

44,03 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I] **2 911 760**

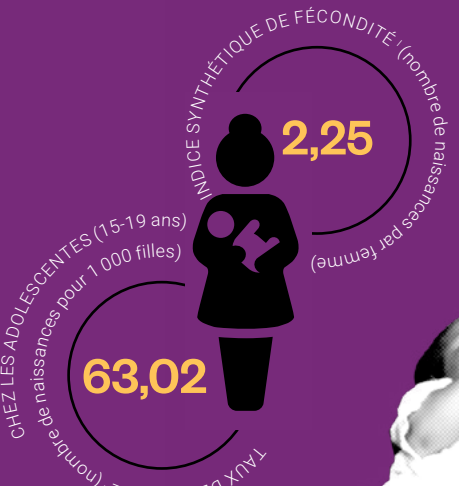
POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I] **1 922 790**

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]



AVANT L'ÂGE DE 18 ANS **31,5 %**

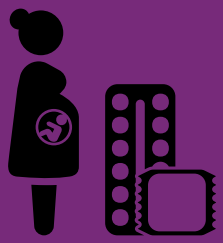
AVANT L'ÂGE DE 15 ANS **9,4 %**





TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II] **95** / **100 000**

I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD

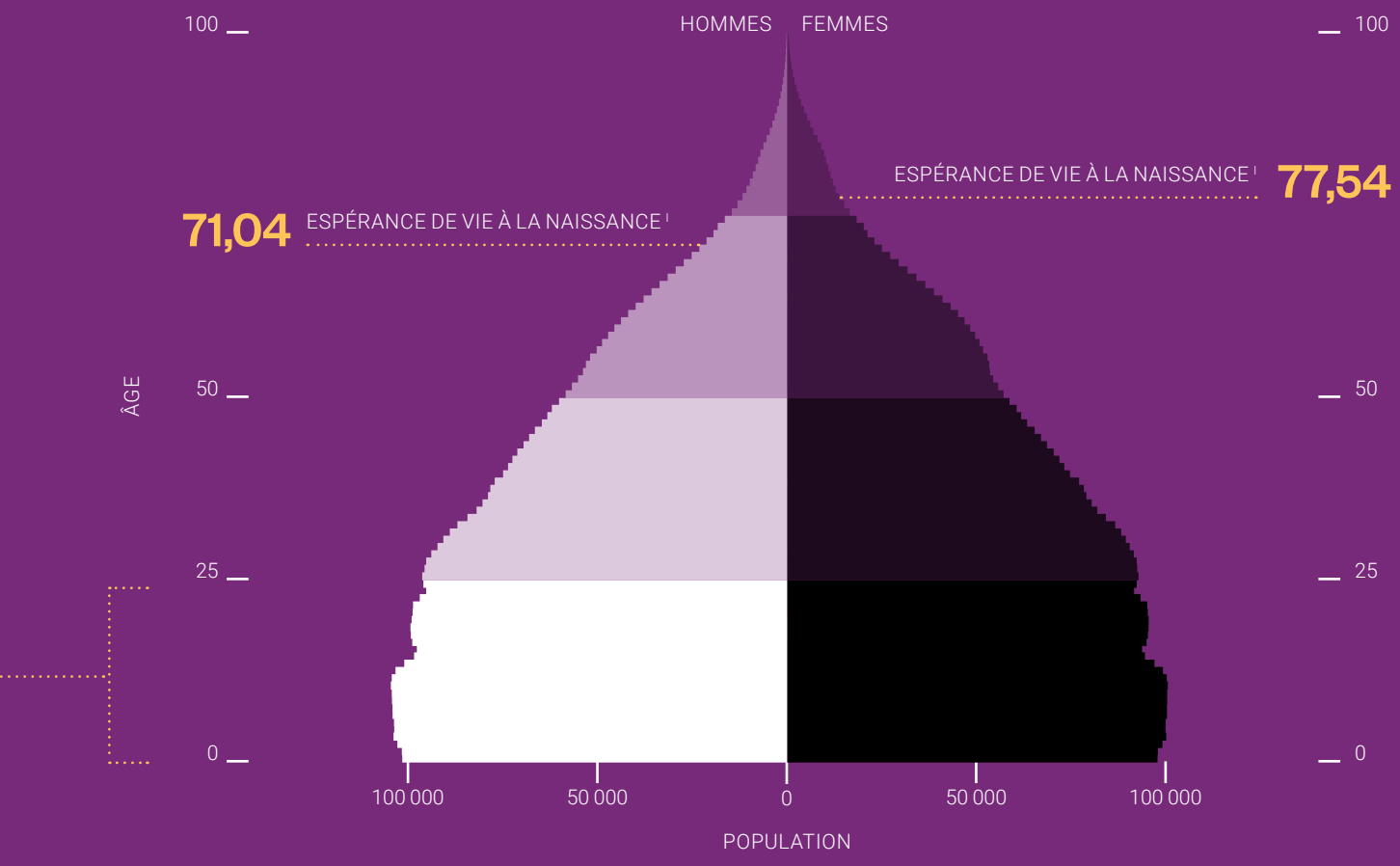


9,7 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

81,9 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

99,2 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

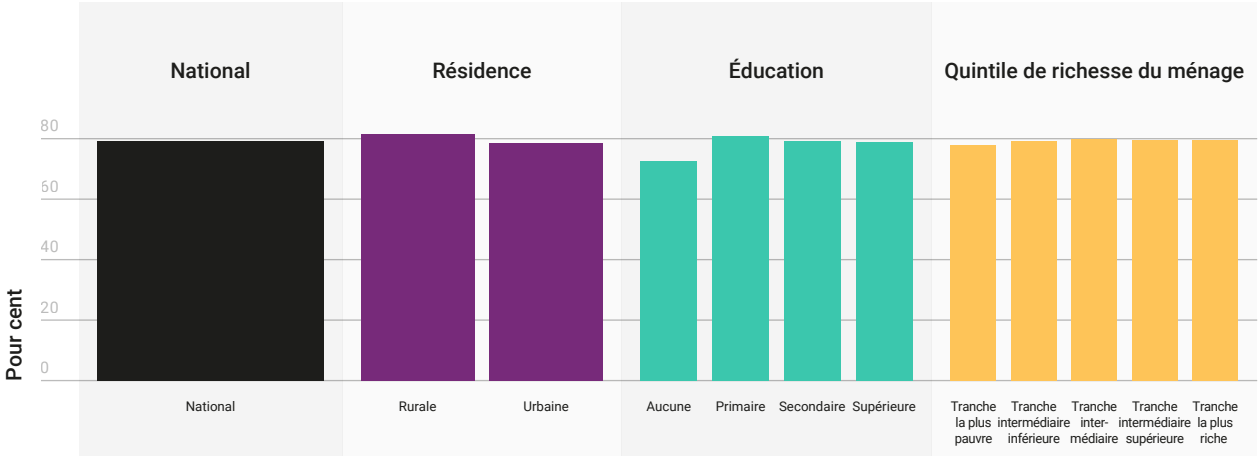
Lors du Sommet de Nairobi, la République dominicaine s'est engagée à promouvoir la **reconnaissance et la réalisation effective** des droits sexuels et reproductifs en tant que droits de l'homme. Cet engagement implique de nouvelles mesures de lutte contre la mortalité maternelle, les avortements à risque, les grossesses chez les adolescentes, les IST et le VIH.



I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

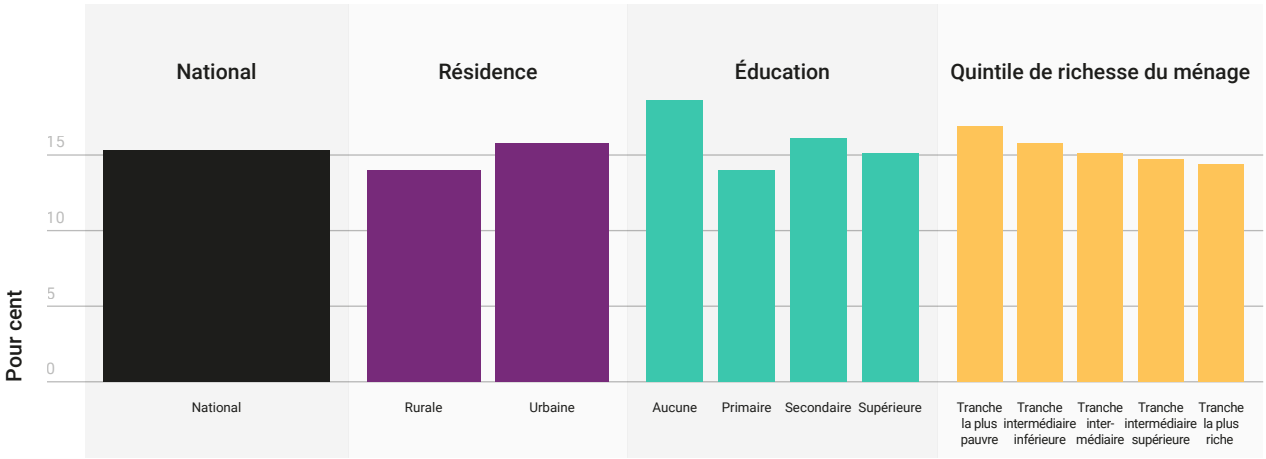
En République dominicaine, la proportion de besoins de planification familiale non satisfaits est légèrement plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les femmes sans éducation ou n'ayant reçu qu'une éducation pré-primaire et les femmes issues des ménages les plus pauvres sont les plus touchées. Les femmes des zones rurales et celles qui ont une éducation primaire au moins présentent le meilleur taux de demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes. Ce taux varie peu selon le niveau de vie du ménage.

Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

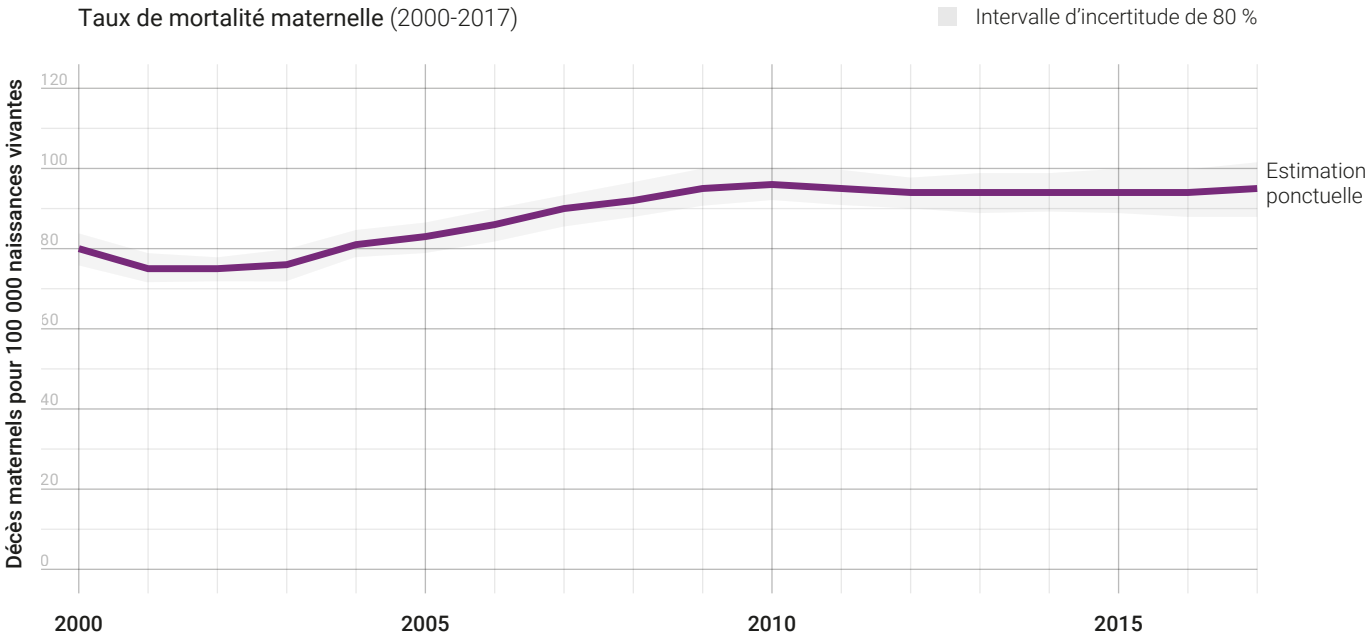
Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Le taux de mortalité maternelle en République dominicaine est resté stable entre 2000 et 2017, dernière année pour laquelle des données sont disponibles et où il a été estimé à 95 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est l'un des plus bas de la région. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne la nécessité d'intégrer « une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la Couverture Sanitaire Universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique et à l'autonomie, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». L'avortement n'est pas autorisé en République dominicaine.

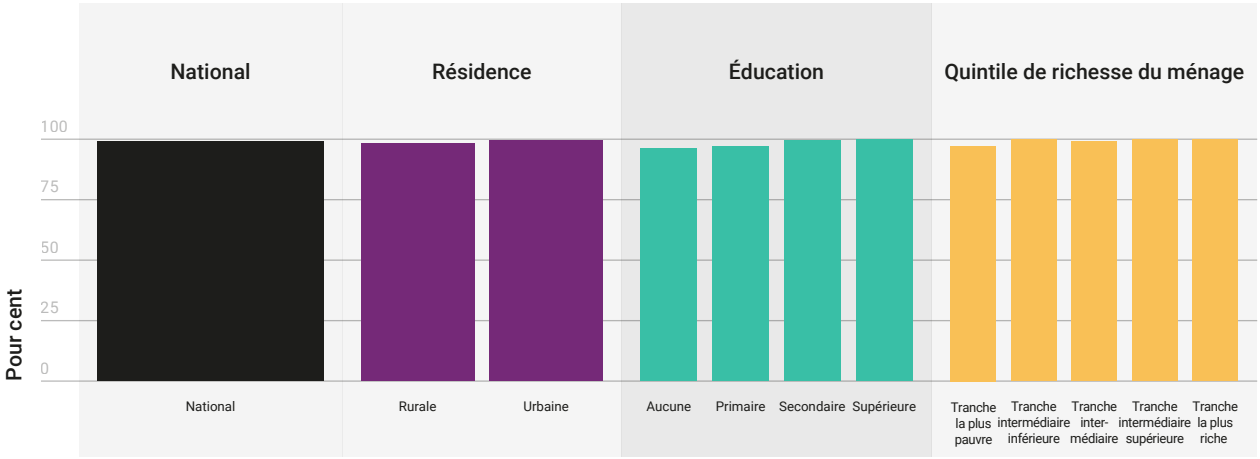
Taux de mortalité maternelle (2000-2017)



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

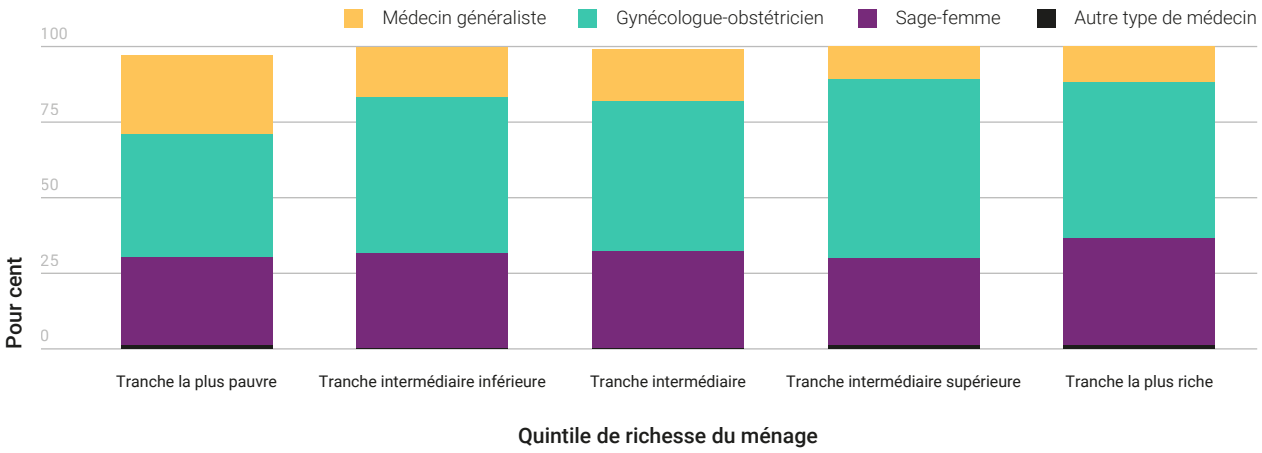
Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années est l'un des plus élevés de la région. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié dépend de la zone géographique, du niveau d'éducation et du niveau de vie du ménage. En République dominicaine, quelque 30 % des naissances sont assistées par du personnel infirmier spécialisé en maïeutique. Ce pourcentage varie peu selon le niveau de vie du ménage. À mesure que le niveau de vie des ménages augmente, la part des accouchements assistés par un gynécologue-obstétricien augmente et celle des accouchements assistés par un médecin généraliste baisse.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse

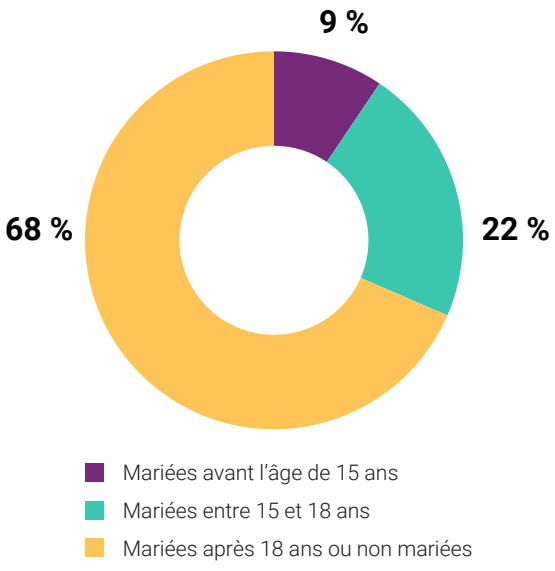


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Depuis le Sommet de Nairobi, les jeunes se mobilisent pour passer en revue et partager leurs réflexions sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et du Consensus de Montevideo. La préparation du Plan national de prévention des grossesses chez les adolescentes, le Pan de réduction des violences faites aux femmes et aux filles et la loi de prévention, de prise en charge, de répression et d'éradication des violences faites aux femmes s'inscrivent dans le droit fil de l'objectif des « trois zéros ».

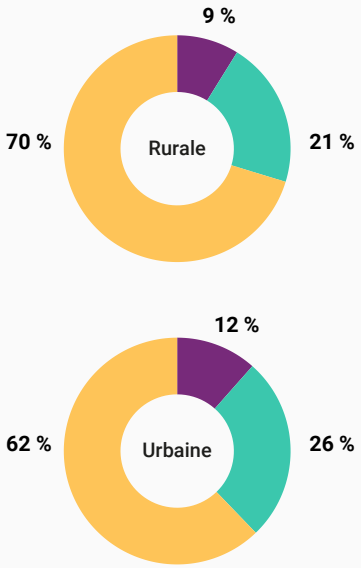
En République dominicaine, 31 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans et é avant l'âge de 15 ans. Cette dernière valeur est l'une des plus élevées de la région. Le mariage d'enfants est plus fréquent chez les femmes n'ayant reçu qu'un enseignement primaire et celles issues des ménages les plus pauvres.

Distribution de l'âge du mariage, femmes âgées de 20 à 24 ans

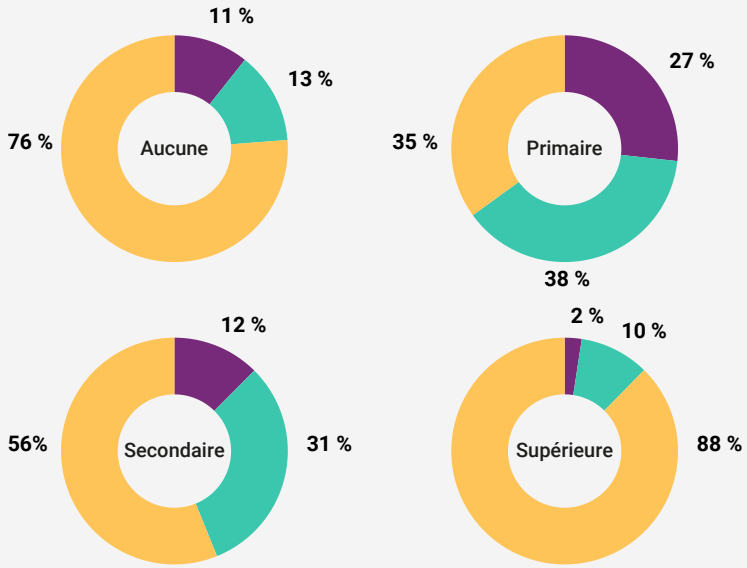


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

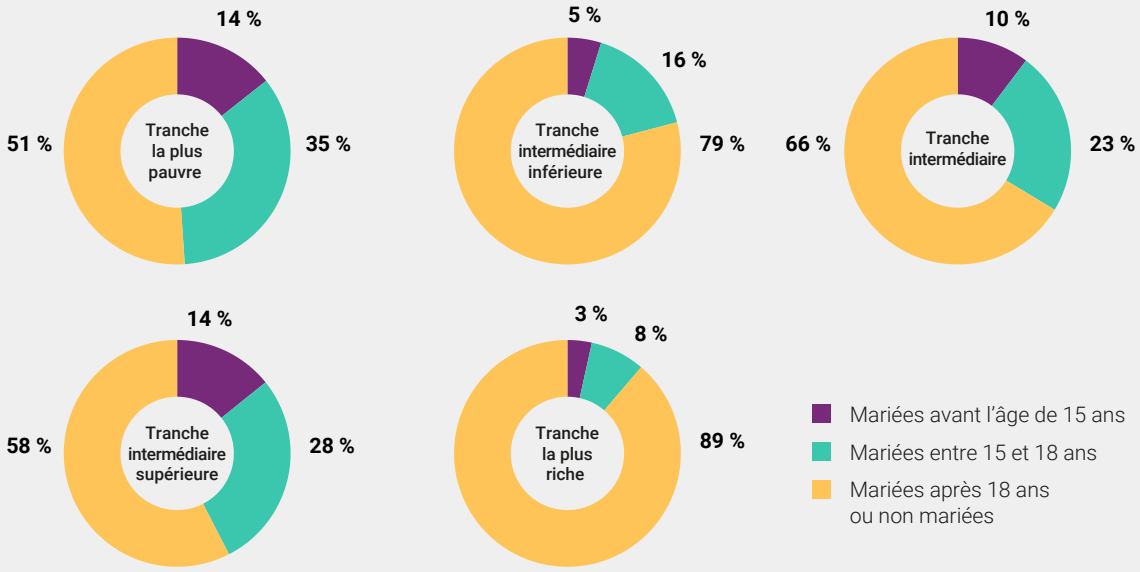
Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



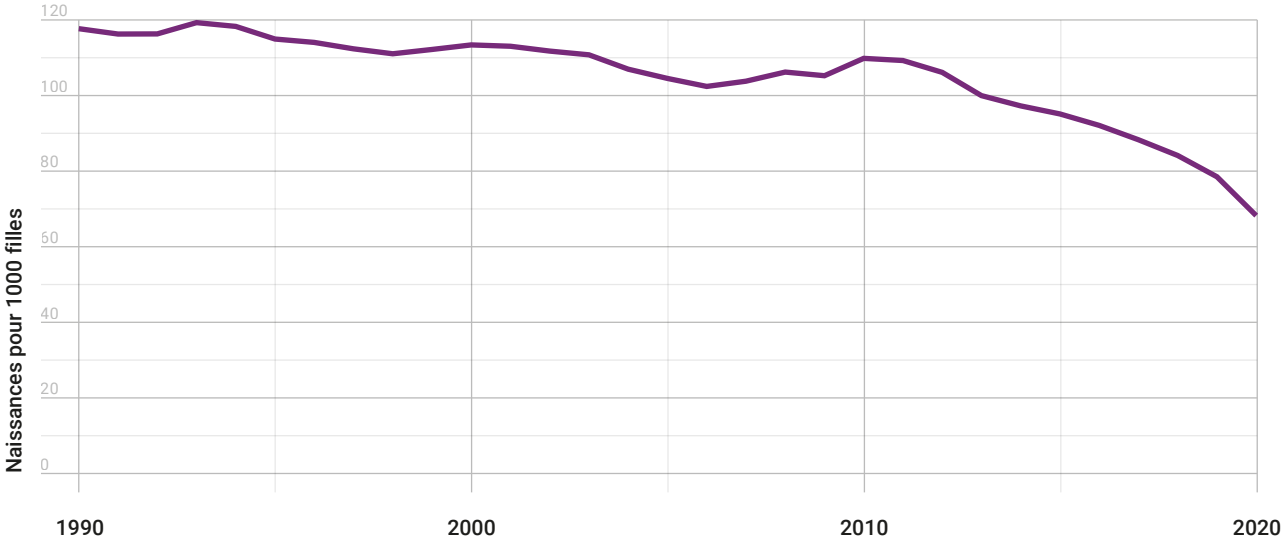
Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

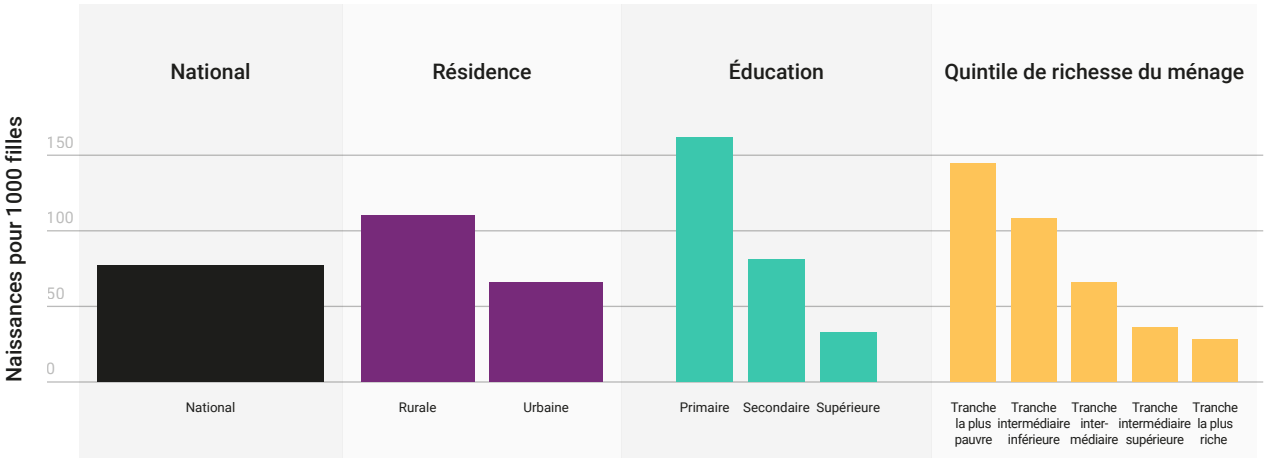
Entre 1990 et 2020, le taux de natalité des adolescentes en République dominicaine a diminué. Le taux de natalité des adolescentes est 1,7 fois plus élevé en zone rurale qu'en zone urbaine, et cinq fois plus élevé chez les filles n'ayant reçu qu'un enseignement primaire que chez celles qui ont fait des études supérieures. Il est également cinq fois plus élevé parmi les filles issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus riches.

Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



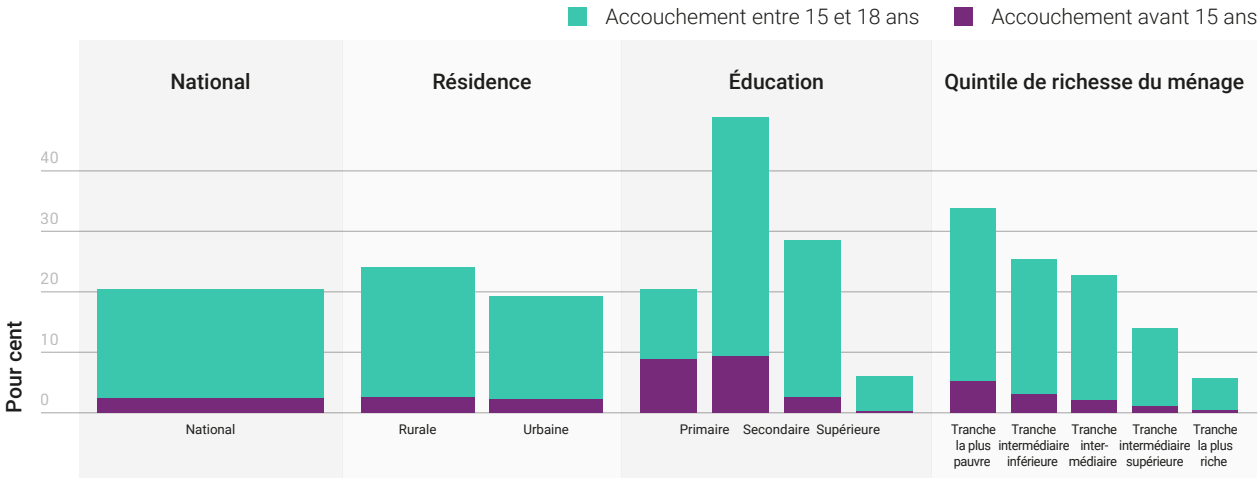
Source : Perspectives population mondiale 2022

Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans



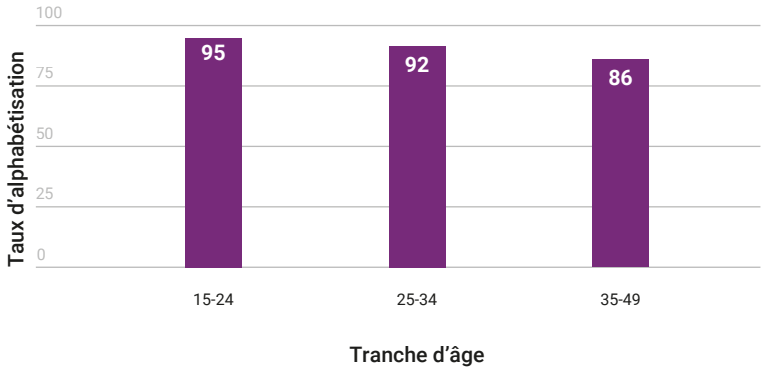
Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

23,7 % des femmes âgées de 20 à 24 ans en République dominicaine ont accouché avant l'âge de 18 ans et 3,1 % avant l'âge de 15 ans. Ces deux pourcentages figurent parmi les plus élevés de la région. La plupart des naissances se produisent chez les femmes qui n'ont qu'un niveau d'enseignement primaire, et chez les femmes issues des ménages les plus pauvres. Les accouchements avant l'âge de 18 ans sont huit fois plus fréquents parmi les femmes n'ayant reçu qu'un enseignement primaire que parmi celles qui ont poursuivi des études supérieures. Ils sont près de six fois plus fréquent chez les femmes issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus riches.

Des progrès restent à faire en matière d'inégalité entre les sexes et d'autonomisation des femmes : les indicateurs de violence sexiste atteignent des niveaux inquiétants et le nombre de cas a augmenté de 122 % entre 2015 et 2019[IV]. Selon la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), la République dominicaine est l'un des pays de la région où l'incidence des féminicides est la plus élevée.

Le taux d'alphabétisation des femmes y culmine parmi les 15-24 ans.

Taux d'alphabétisation des femmes selon l'âge

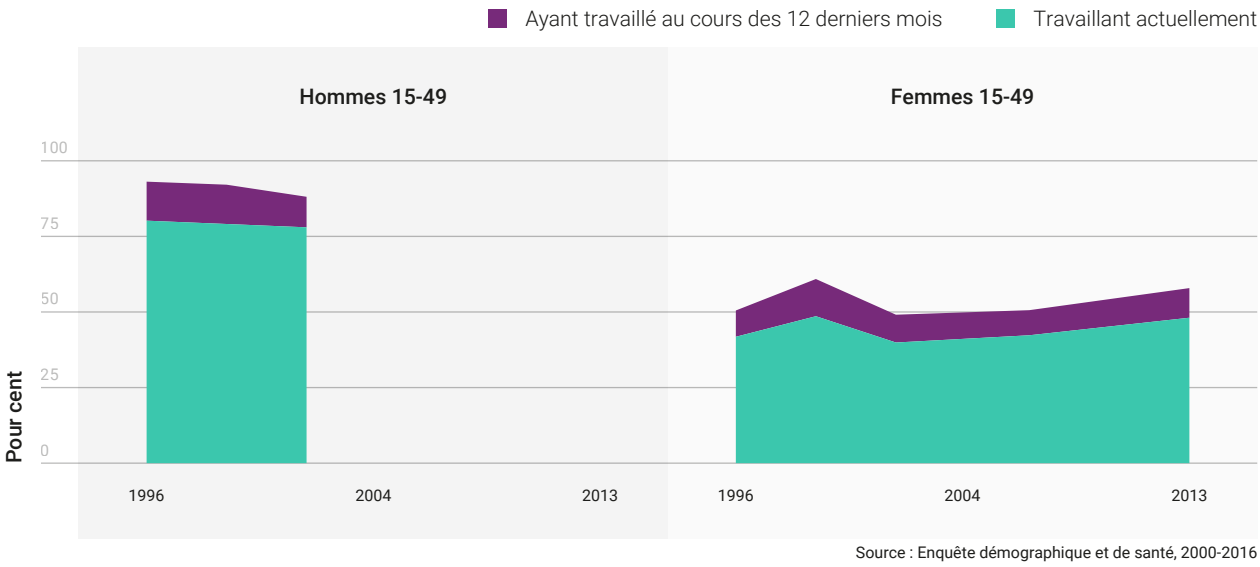


Source : Enquête démographique et de santé, 1996-2013

IV République dominicaine

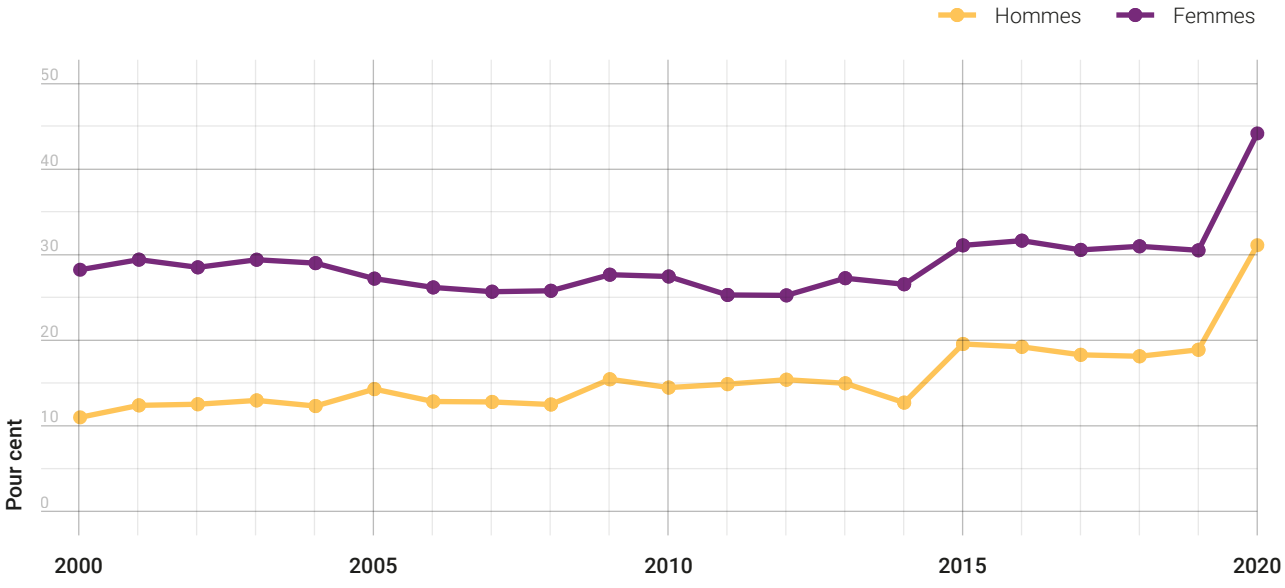
Les tendances de l'emploi chez les femmes ont peu évolué entre 2001 et 2016. Leur taux d'emploi est inférieur de moitié environ à celui des hommes. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. En République dominicaine, le pourcentage de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation a augmenté chez les hommes comme chez les femmes. Il est plus élevé chez les femmes.

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 2000-2016

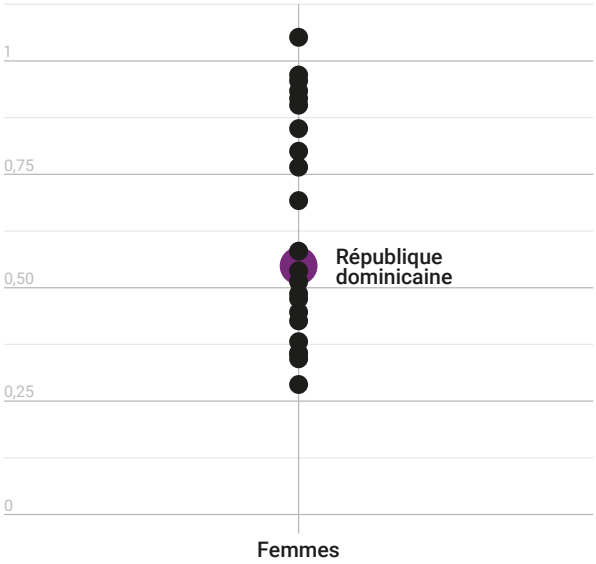
Pourcentage de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête nationale sur la population active, 2000-2014 et Enquête nationale continue sur la population active, 2015-2020

L'ODD 16 vise à promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décision. La proportion de femmes parlementaires en République dominicaine est proche de la médiane régionale. On ne dispose d'aucune information concernant la proportion de jeunes parlementaires (ODD 16.17.1).

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays d'Amérique latine et des Caraïbes



Source : Union interparlementaire, 2022

Dans le cadre de la CIPD25, la République dominicaine s'est explicitement engagée à intégrer l'approche égalitaire dans les fonctions essentielles de son système national de santé, à savoir le financement, la réglementation et la fourniture de services de santé individuels et collectifs. Pour tenir cet engagement, le gouvernement a commandé une étude nationale sur l'auto perception ethnique et raciale, en lien avec les mesures prises en faveur des populations d'ascendance africaine, ainsi qu'une cartographie des organisations, mouvements et pratiques liés à l'ascendance africaine dans le pays.

RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

POPULATION TOTALE [I] **11 653 950**

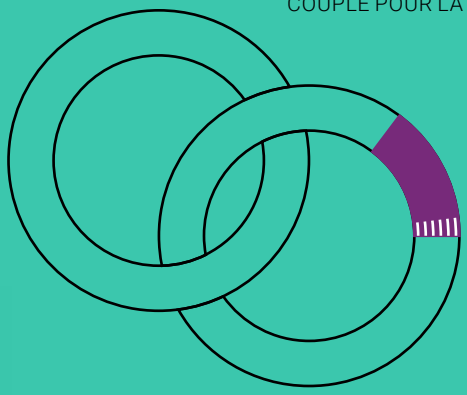
POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]

51,16 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I] **3 141 200**

POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I] **2 240 100**

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]

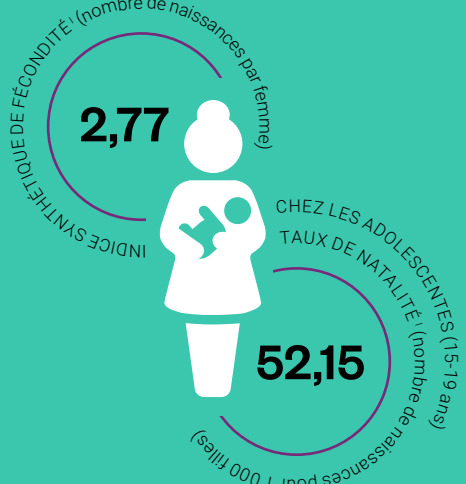


AVANT L'ÂGE DE 18 ANS **14,9 %**

AVANT L'ÂGE DE 15 ANS **2,1 %**



TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II] **480 / 100 000**



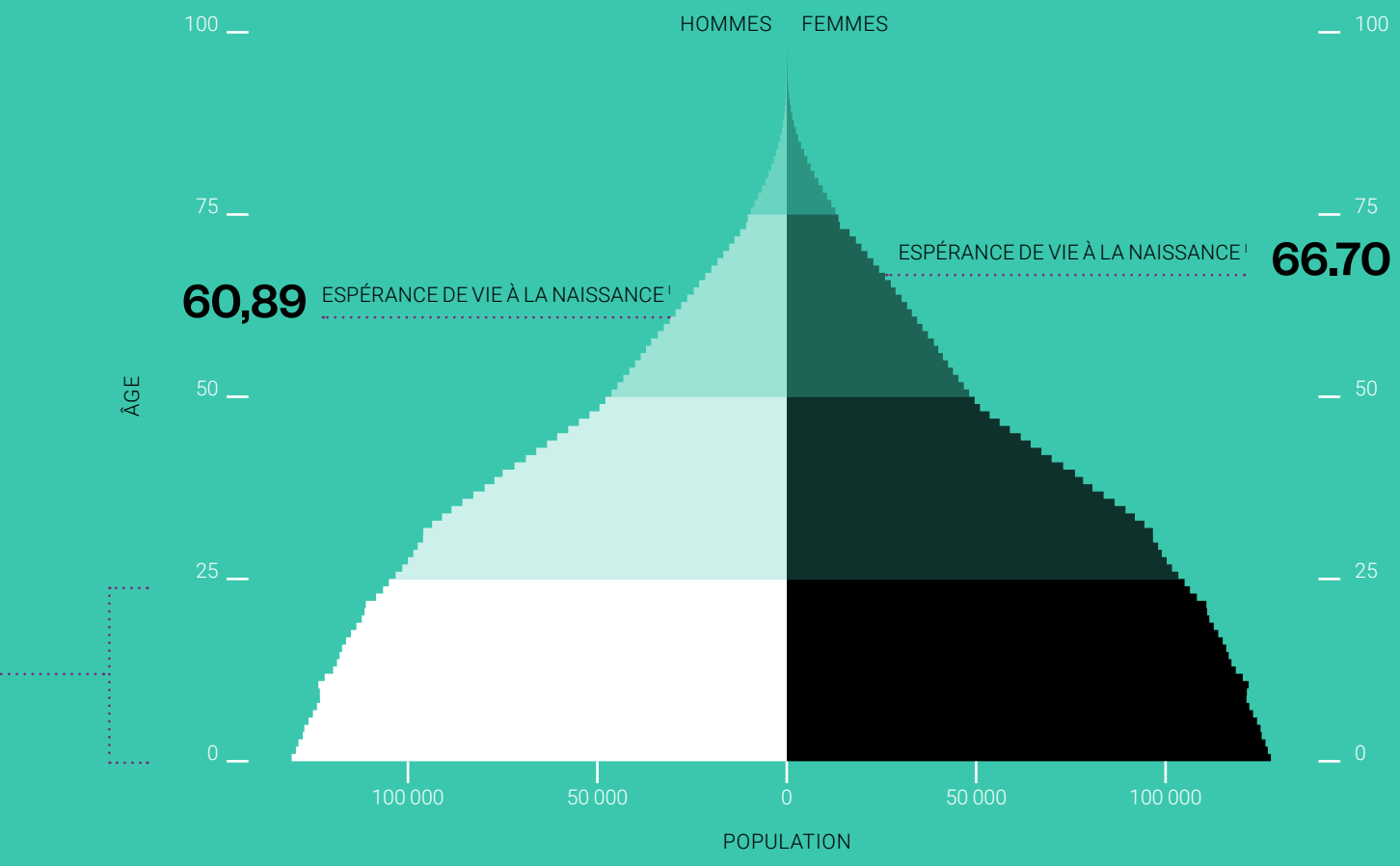
I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD

23,1 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

50,2 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

41,6 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

Les Nations unies estiment qu'au moins 1,5 million de personnes ont directement été affectées par les troubles récents en République d'Haïti, marqués par l'utilisation systématique du recours à la violence fondée sur le genre et, en particulier, le viol. La crise économique a fait flamber les prix des denrées alimentaires, et le carburant n'est souvent disponible qu'au marché noir. Le 26 septembre 2022, dans une allocution adressée au Conseil de sécurité des Nations unies, la Représentante spéciale Helen La Lime a tiré la sonnette d'alarme : « la convergence d'une crise économique, d'une crise des gangs et d'une crise politique a entraîné une catastrophe humanitaire. » Les populations vulnérables, y compris les femmes enceintes et les filles, sont les plus touchées par la restriction de l'accès aux services de santé due à cette crise. Dans ce contexte, il sera sans doute beaucoup plus difficile de trouver des voies communes et de tenir les engagements pris par Haïti dans le cadre de la CIPD25.

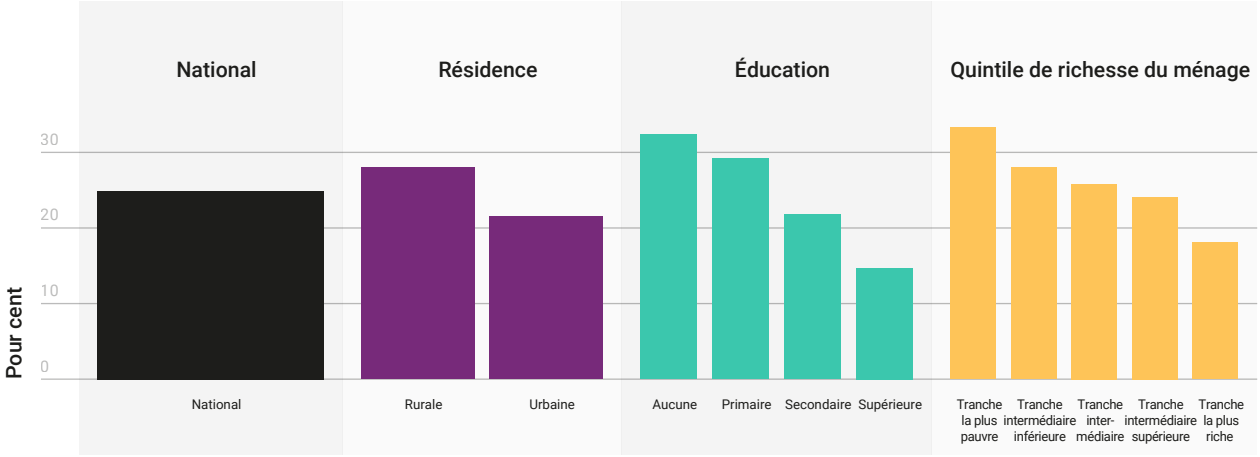


I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

Lors du sommet de Nairobi, Haïti s'est engagé à élargir l'accès à un choix de méthodes contraceptives modernes et à donner la priorité à une éducation complète à la sexualité.

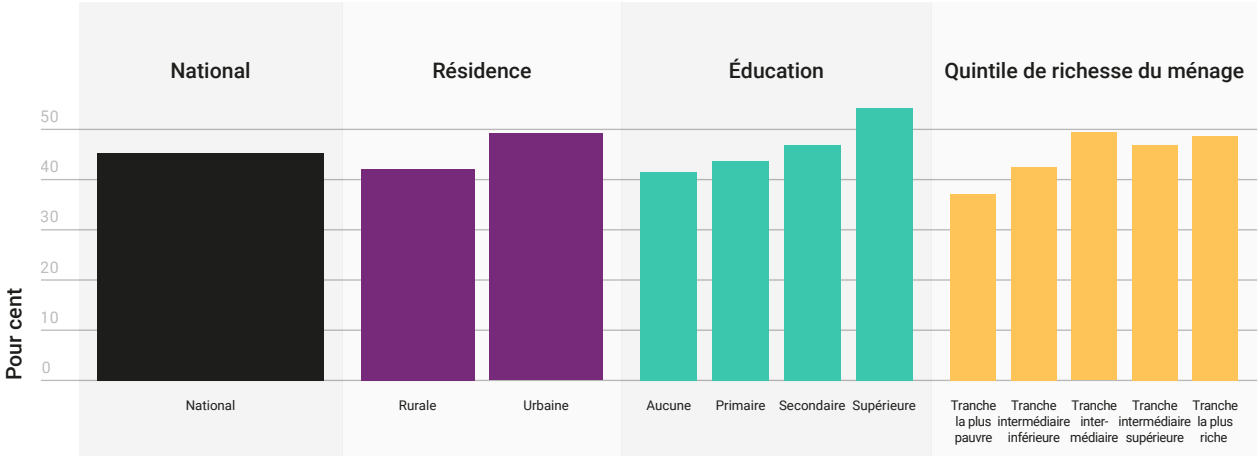
L'indice synthétique de fécondité d'Haïti, c'est-à-dire le nombre d'enfants qui naîtraient d'une femme si elle devait vivre toutes les années où elle est encore en âge de procréer, est de 2,77. L'indice synthétique de fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus élevés chez les femmes des zones rurales, les femmes sans éducation, les femmes ayant reçu simplement une éducation primaire et les femmes appartenant aux deux dernières tranches des ménages les plus pauvres. Sur la période 2016-2017, 2017 étant la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, 31,8 % des femmes mariées et en couple ont utilisé une méthode moderne de contraception. L'utilisation de contraceptifs modernes et la proportion de demandes satisfaites par des méthodes modernes sont plus importantes chez les femmes des zones urbaines, les femmes ayant reçu une éducation secondaire ou supérieure et les femmes appartenant à des ménages aux revenus moyens et élevés.

Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes

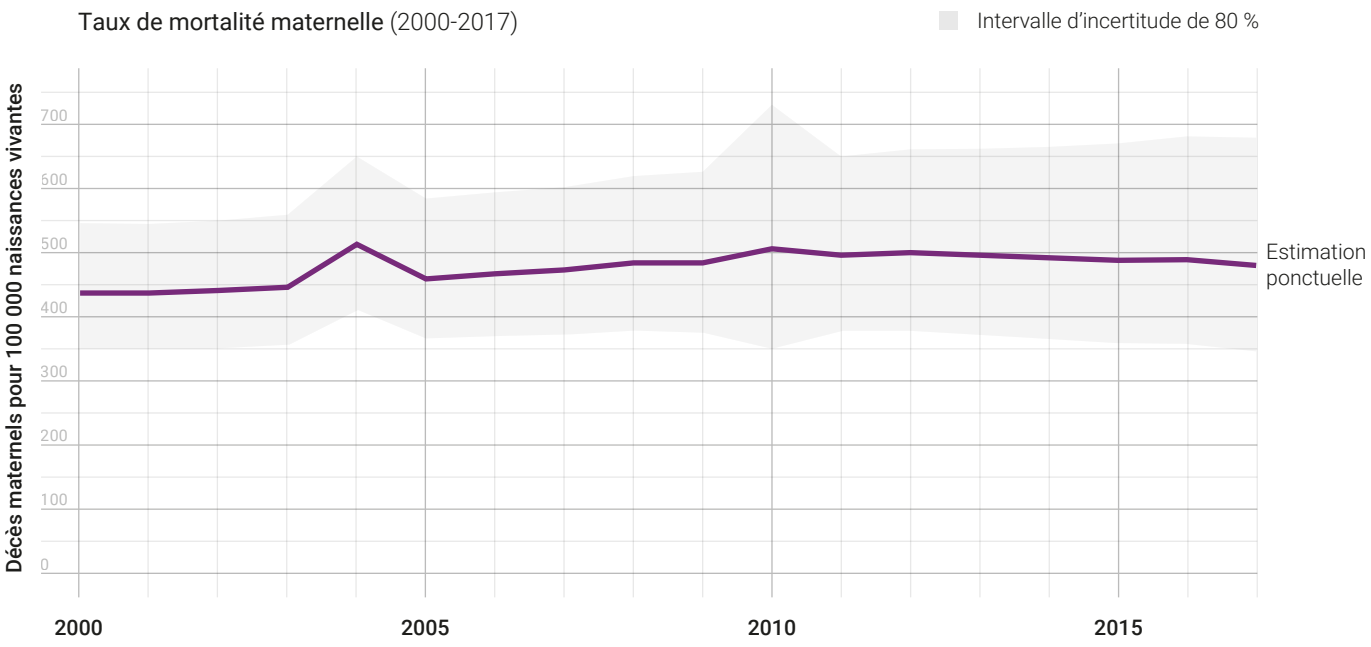


Source : Enquête démographique et de santé, 2016

Lors du Sommet de Nairobi, Haïti s'est engagé à accorder la priorité à un financement ciblé pour augmenter et faciliter l'accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité afin de réduire la mortalité maternelle.

Le taux de mortalité maternelle en Haïti est resté relativement stable entre 2000 et 2017, dernière année pour laquelle des données sont disponibles et où il a été estimé à 480 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux est le plus élevé des pays de la région. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne l'intégration d'« une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à des avortements sans risque conformément à la loi et des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement, dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la couverture sanitaire universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique, à l'autonomie et aux droits procréatifs, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». L'avortement n'est pas autorisé en Haïti. Avec l'intensification des combats dans la capitale, la perturbation de nombreux services essentiels et la destruction partielle ou totale de nombre d'établissements de santé dans le sud du pays à la suite du tremblement de terre de l'année dernière, les besoins humanitaires croissent rapidement : Plus de 4,9 millions de personnes ont actuellement besoin d'assistance, dont environ 1,3 million de femmes en âge de procréer.

Taux de mortalité maternelle (2000-2017)



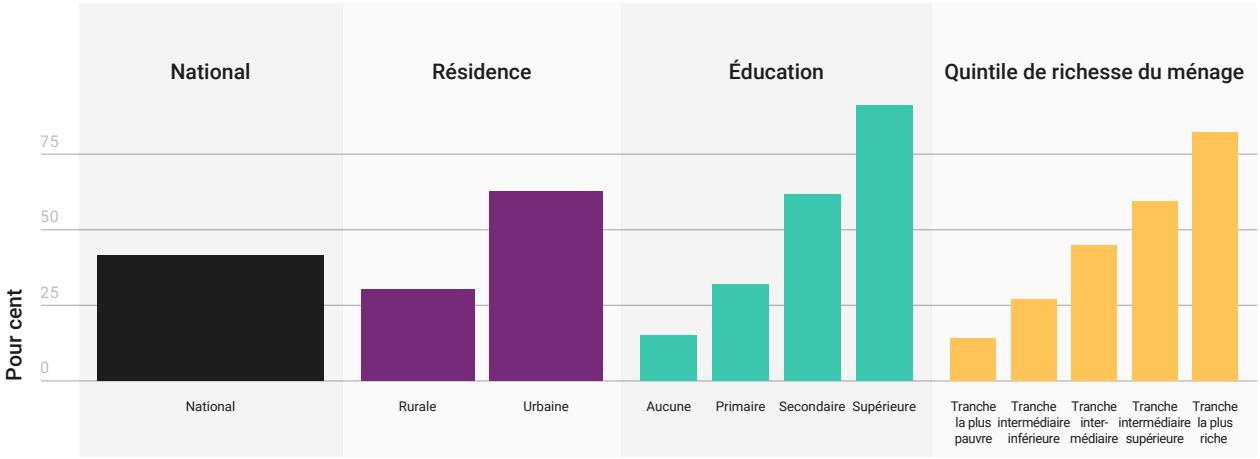
Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

Dans le contexte actuel, l'accès aux quelques centres de santé et hôpitaux qui fonctionnent encore est devenu périlleux, voire impossible. L'impossibilité de recevoir des soins essentiels de santé sexuelle et reproductive met en danger la vie des femmes et des filles qui en ont besoin, en particulier les victimes de violences sexuelles et les quelque 85 000 femmes actuellement enceintes. Parmi elles, 30 000 vont devoir accoucher en pleine crise au cours des trois prochains mois[IV].

IV https://www.unfpa.org/fr/news/violences-eprouvantes-et-effondrement-economique-femmes-et-filles-dhaiti-ont-urgemment-besoin

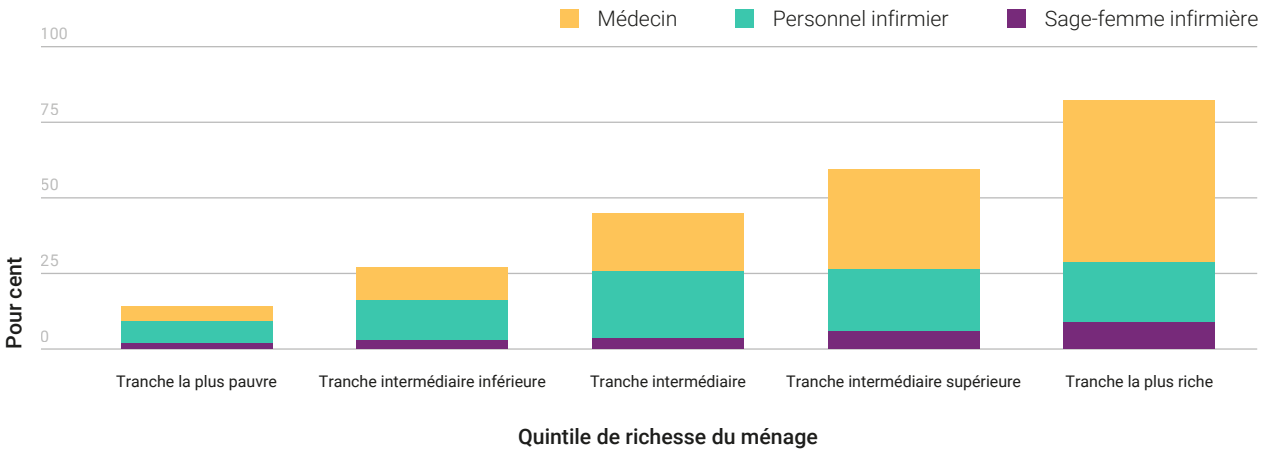
En 2017, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié en Haïti était de 41,6 %. Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années, on comptait deux fois plus d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Le pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié est six fois plus élevé chez les femmes instruites que chez les femmes sans instruction, et près de six fois plus élevé chez les femmes issues des ménages les plus aisés que chez celles issues des ménages les plus pauvres. La part des naissances assistées par des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes est proportionnelle à la richesse des ménages. Pour la plupart des femmes issues des ménages les plus pauvres, les accouchements ont été assistés par du personnel infirmier, tandis que la majorité des femmes issues des ménages les plus aisés ont bénéficié de l'encadrement de médecins.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

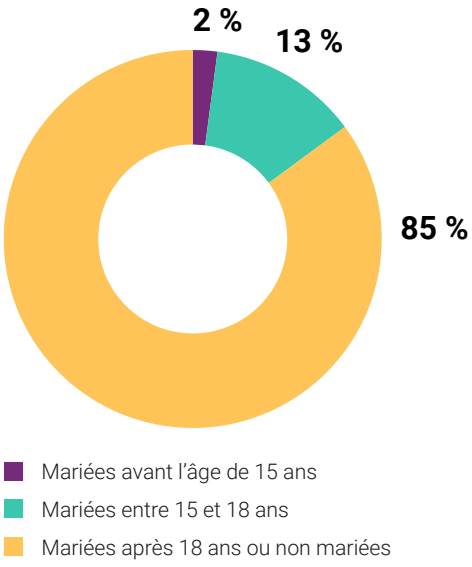
Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

En Haïti, 15 % des femmes âgées de 20 à 24 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans, et 2 % des femmes se sont mariées avant l'âge de 15 ans. Le taux de natalité des adolescentes est passé de 75,88 en 1990 à 52,15 en 2022. Ce dernier chiffre est proche de la médiane de la région.

Distribution de l'âge du mariage, femmes âgées de 20 à 24 ans

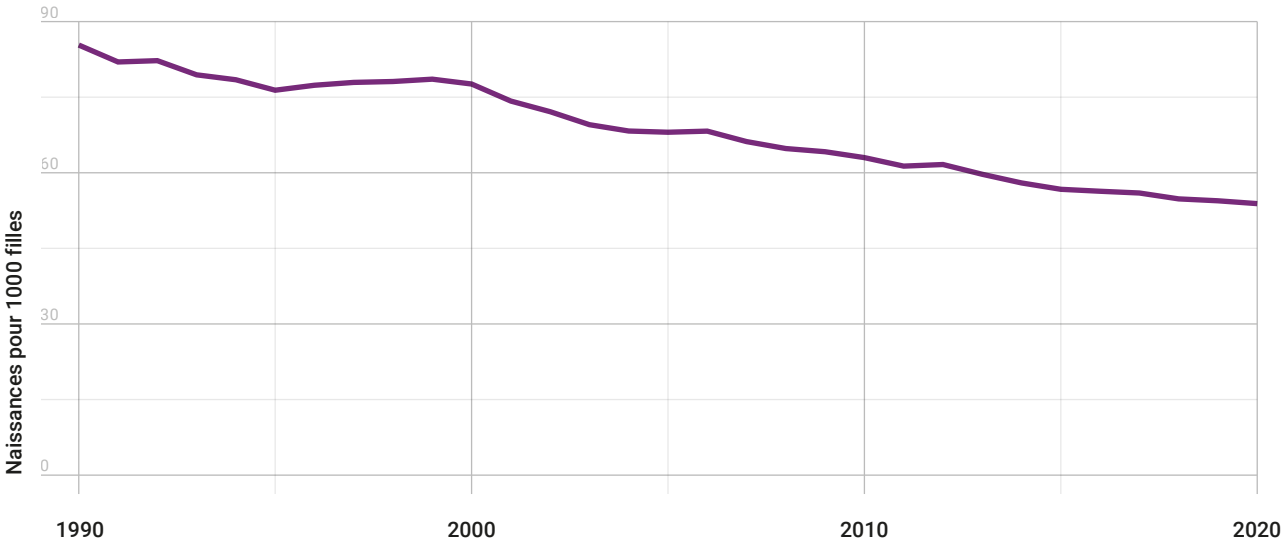


Source : Enquête démographique et de santé, 2016

Haïti a pris divers engagements lors de la CIPD25 :

- Investir dans l'autonomisation économique des femmes et des filles, encourager le leadership des femmes et prendre toutes les autres mesures nécessaires pour réduire les inégalités de genre et les discriminations fondées sur le genre.
- Adopter et appliquer des lois contre la violence basée sur le genre.
- Impliquer les jeunes dans toutes les décisions qui les concernent.
- Assurer l'accès des jeunes à un travail décent dans les secteurs public, privé et informel.

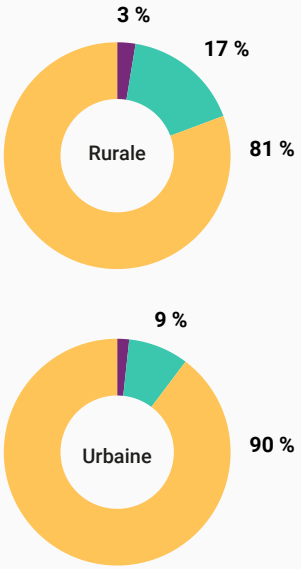
Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



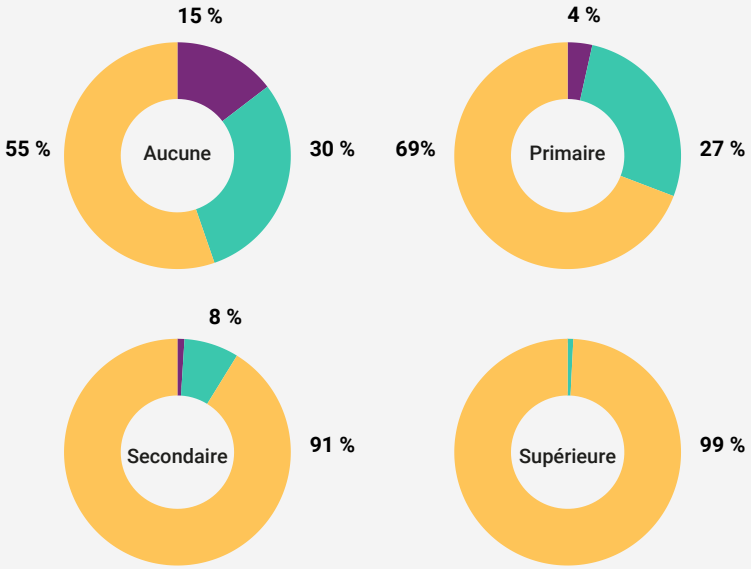
Source : Perspectives population mondiale 2022

La plupart des femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans proviennent de zones rurales. Parmi les femmes mariées avant l'âge de 18 ans, environ 45% n'ont aucune instruction, tandis que 31% ont reçu une éducation primaire. Les mariages contractés avant l'âge de 18 ans touchent en premier lieu les femmes issues des ménages les plus pauvres. Les filles issues des ménages les plus pauvres sont sept fois plus susceptibles de se marier avant l'âge de 15 ans que les filles issues des ménages les plus aisés. Ce rapport est de quatre pour un concernant les mariages contractés avant l'âge de 18 ans.

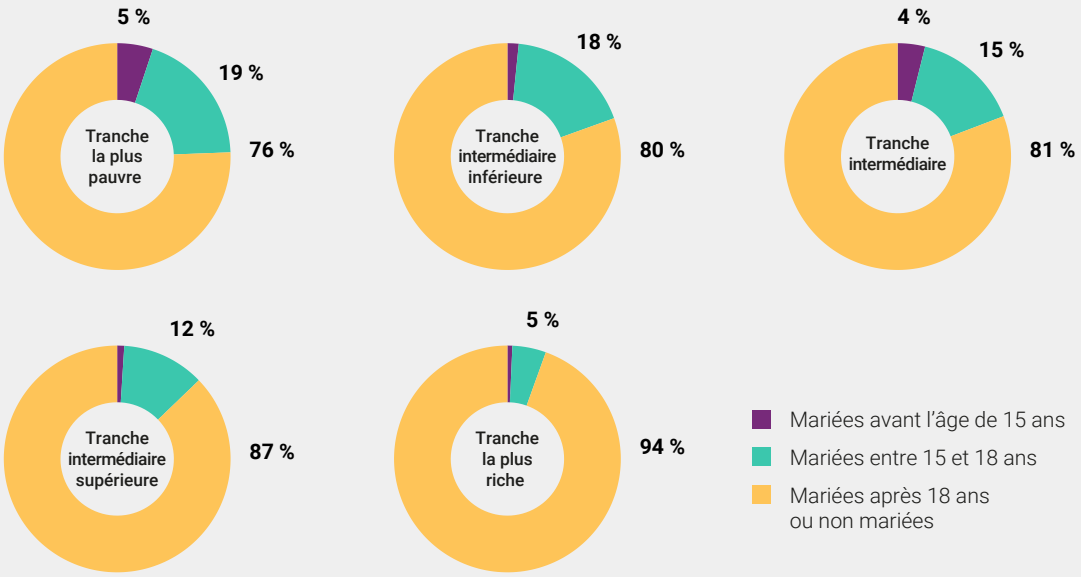
Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans



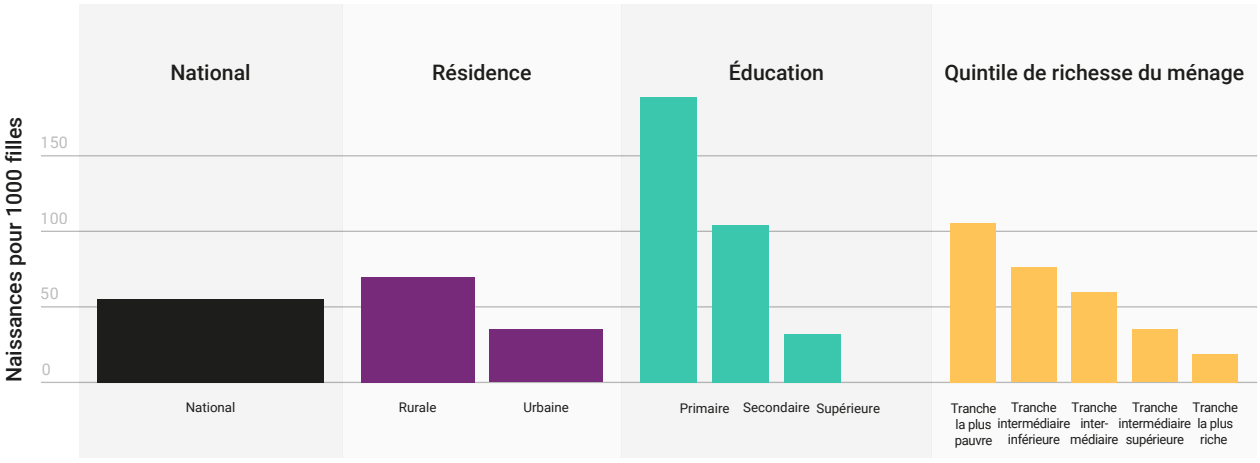
Source : Enquête démographique et de santé, 2016

Depuis le Sommet de Nairobi, l'outil du cadre de résultats qu'il convient d'utiliser pour assurer le suivi de la mise en œuvre du Consensus de Montevideo et des 10 engagements pris par Haïti à Nairobi a fait l'objet d'une validation nationale. Des groupes de jeunes influents ont signé un Pacte d'engagement sur la participation politique. Le pays a élaboré une Politique de la jeunesse et un Plan stratégique de renforcement du cadre partenarial entre acteurs au profit des jeunes. Les jeunes plaident pour l'accroissement des investissements dans la lutte contre le mariage des adolescentes, le VIH, les grossesses précoces, la violence fondée sur le genre et les violations des droits en matière de procréation. Un comité national multisectoriel a été instauré. Il réunit des organisations de la société civile ainsi que des entités étatiques.

Le cas d'Haïti a été examiné lors de la 40e séance de l'Examen périodique universel, en janvier 2022. Le pays a reçu 221 recommandations, dont au moins 63 (29 %) étaient liées au Sommet de Nairobi sur la CIPD25.

En Haïti, le taux de natalité chez les adolescentes est deux fois plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Il est sept fois plus élevé chez les filles sans instruction que chez celles qui ont fait des études secondaires ou supérieures. Les adolescentes issues des ménages les plus pauvres affichent le taux de natalité le plus haut. Il est près de six fois plus élevé chez les filles sans instruction que chez celles qui ont suivi des études secondaires ou supérieures, et 5,5 fois plus élevé chez les filles issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

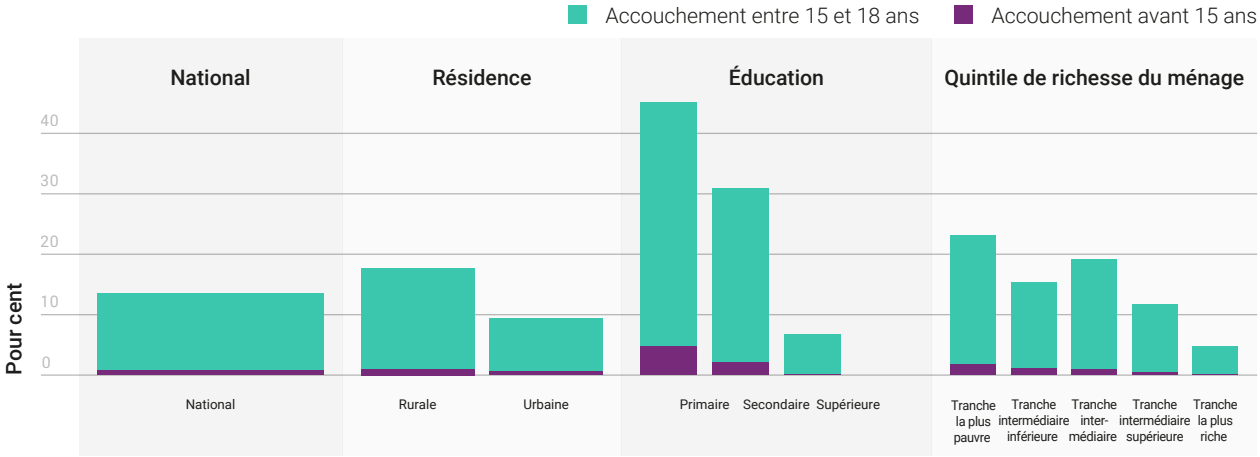
Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

La proportion de filles mariées qui accouchent avant l'âge de 18 ans est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines. La majorité des naissances avant l'âge de 18 ans ont été enregistrées chez des filles sans instruction, suivies des filles n'ayant bénéficié que d'une éducation primaire. Le nombre d'accouchements entre 15 et 19 ans est plus élevé parmi les filles issues des ménages appartenant aux deux tranches les plus pauvres. Le nombre d'accouchements avant l'âge de 18 ans est près de cinq fois plus élevé chez les filles issues des ménages les plus pauvres.

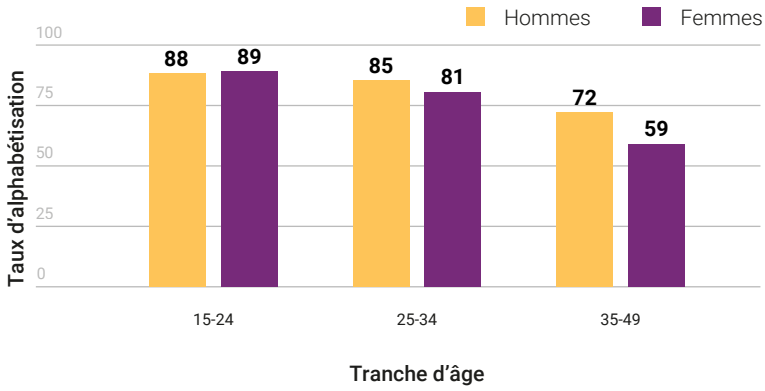
Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

En Haïti, le taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 à 24 ans est plus élevé que celui des hommes du même âge. Cependant, chez les personnes âgées de 25 à 24 ans et de 25 à 49 ans, le taux d'alphabétisation est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

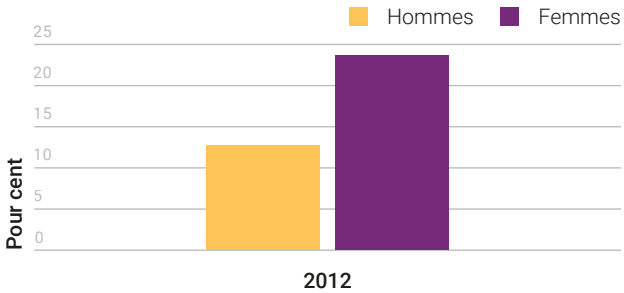
Taux d'alphabétisation selon l'âge et le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

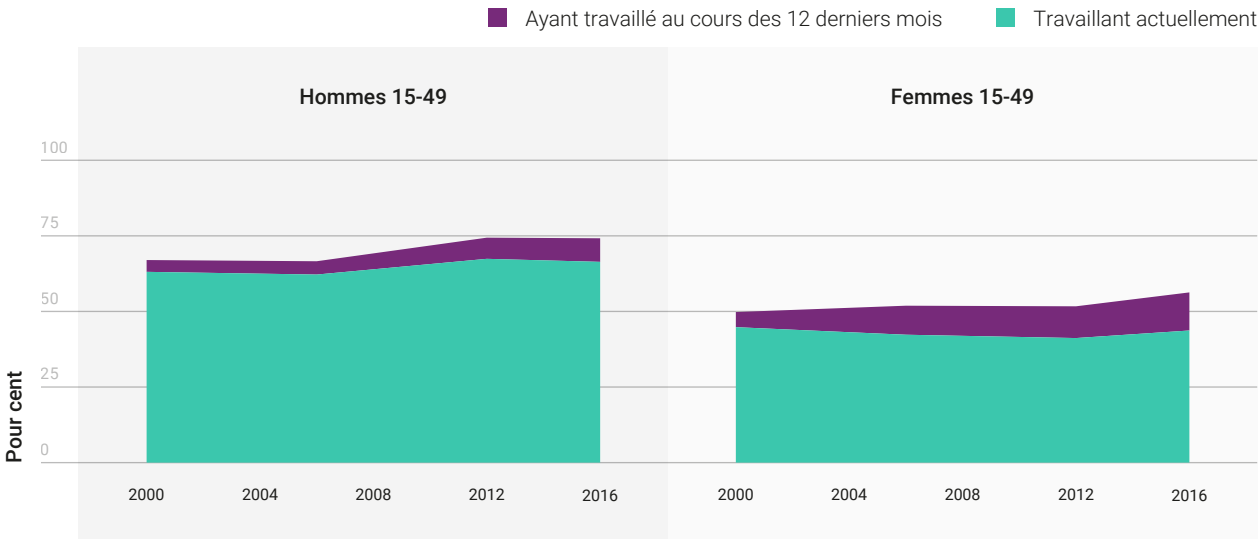
Entre 2001 et 2016, les tendances en matière d'emploi pour les hommes et les femmes sont restées relativement stables. La proportion de femmes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois a augmenté davantage que celle des hommes. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. En Haïti, le pourcentage de personnes non scolarisées, sans emploi ni formation est près de deux fois plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes.

Pourcentage de jeunes (15-24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête sur les conditions de vie des ménages après le tremblement de terre, 2012

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 2000-2016

L'absence de stabilité, de sécurité et de justice entrave gravement le progrès économique du pays. Cette réalité s'impose malheureusement de plus en plus clairement avec le ralentissement continu de l'économie haïtienne, qui se répercute davantage sur les individus et les communautés les plus vulnérables et marginalisés.

L'UNFPA estime que près de 30 000 femmes enceintes risquent de ne pas pouvoir accéder aux soins de santé essentiels et que près de 10 000 pourraient connaître des complications obstétricales mortelles si elles ne bénéficient pas d'une assistance médicale qualifiée. Les victimes de violences sexuelles pourraient se retrouver sans soutien médical et psychosocial. Malgré la situation extrêmement difficile sur le plan de la sécurité et les pénuries de carburant, l'UNFPA et d'autres organisations collaborent avec les hôpitaux, les autorités sanitaires et d'autres partenaires pour installer des systèmes d'alimentation en énergie solaire dans les établissements haïtiens. Ces efforts ont permis d'améliorer le respect de la chaîne du froid et la continuité des soins de maternité.

ROYAUME HACHÉMITE DE JORDANIE

POPULATION TOTALE [I] **11 315 550**

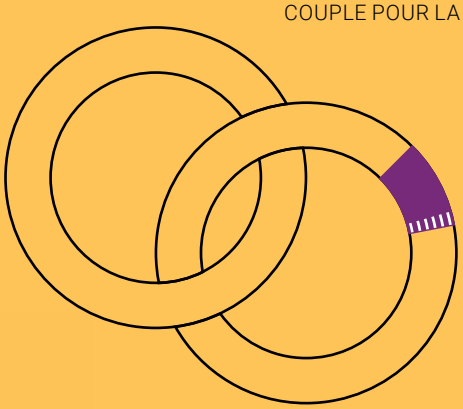
POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]

50,22 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I] **2 888 550**

POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I] **2 084 520**

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]

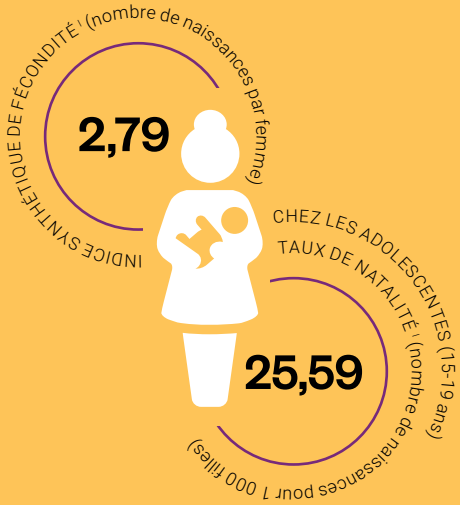


AVANT L'ÂGE DE 18 ANS **9,7 %**

AVANT L'ÂGE DE 15 ANS **1,5 %**



TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II] **46** / **100 000**



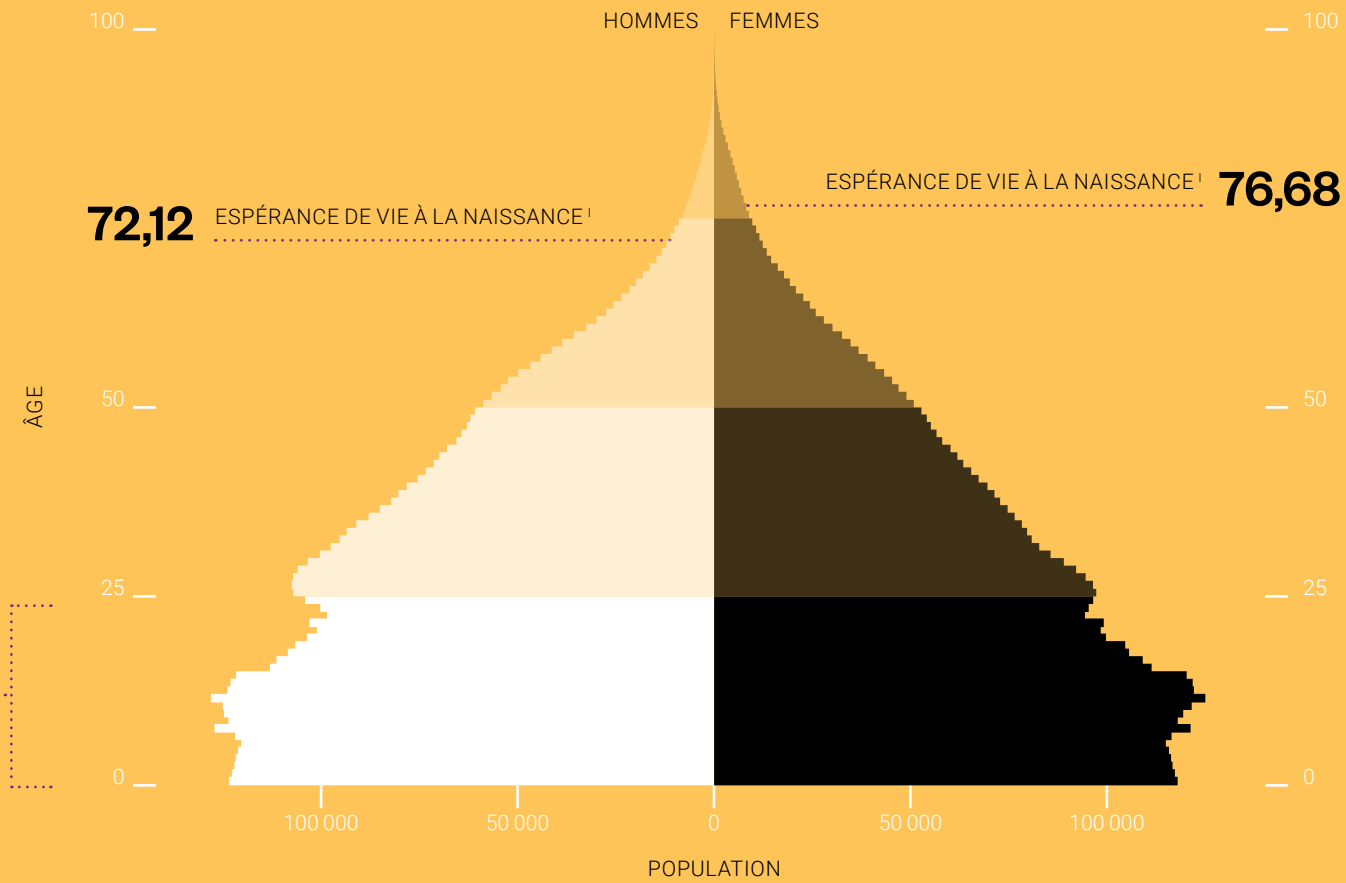
I. Perspectives de population mondiale 2022 II. ODD

8 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

57 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

99,7 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

Le Royaume hachémite de Jordanie s'est engagé à intensifier ses efforts pour la mise en œuvre et le financement complets, efficaces et accélérés du Programme d'action de la CIPD, des actions clés pour la poursuite de sa mise en œuvre, de ses résultats et du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il a également affirmé son engagement en faveur de la réalisation du programme d'action de la CIPD et des objectifs de développement durable. Le pays a pris divers engagements lors du Sommet de Nairobi sur la CIPD25. Il s'est notamment engagé à fournir des services d'information, de conseil et de planification familiale de qualité fondés sur une approche respectueuse des droits fondamentaux, en particulier dans les zones reculées et en faveur des groupes vulnérables. La Jordanie a également affirmé son engagement à réduire la morbidité et la mortalité maternelles.



I. Perspectives de population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

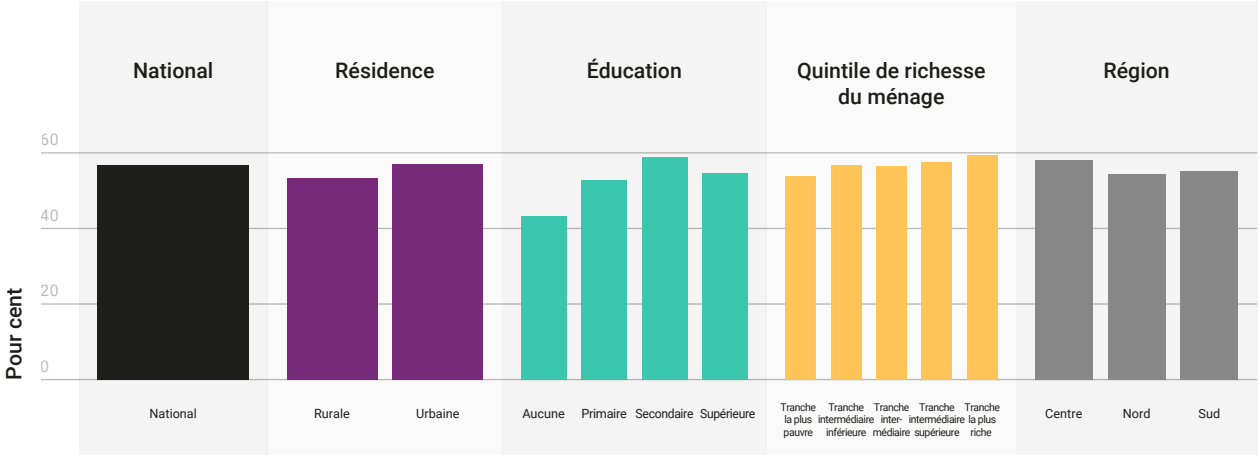
En 2017, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, 14,2 % des femmes mariées ou en couple avaient un besoin non satisfait en matière de planification familiale. Ce taux était plus élevé chez les femmes sans instruction et celles issues des ménages les plus pauvres. En 2017, 56,7 % des femmes mariées ou en couple ont vu leur demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes. Ce taux était plus élevé parmi les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures, et parmi les femmes issues des ménages aisés.

Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

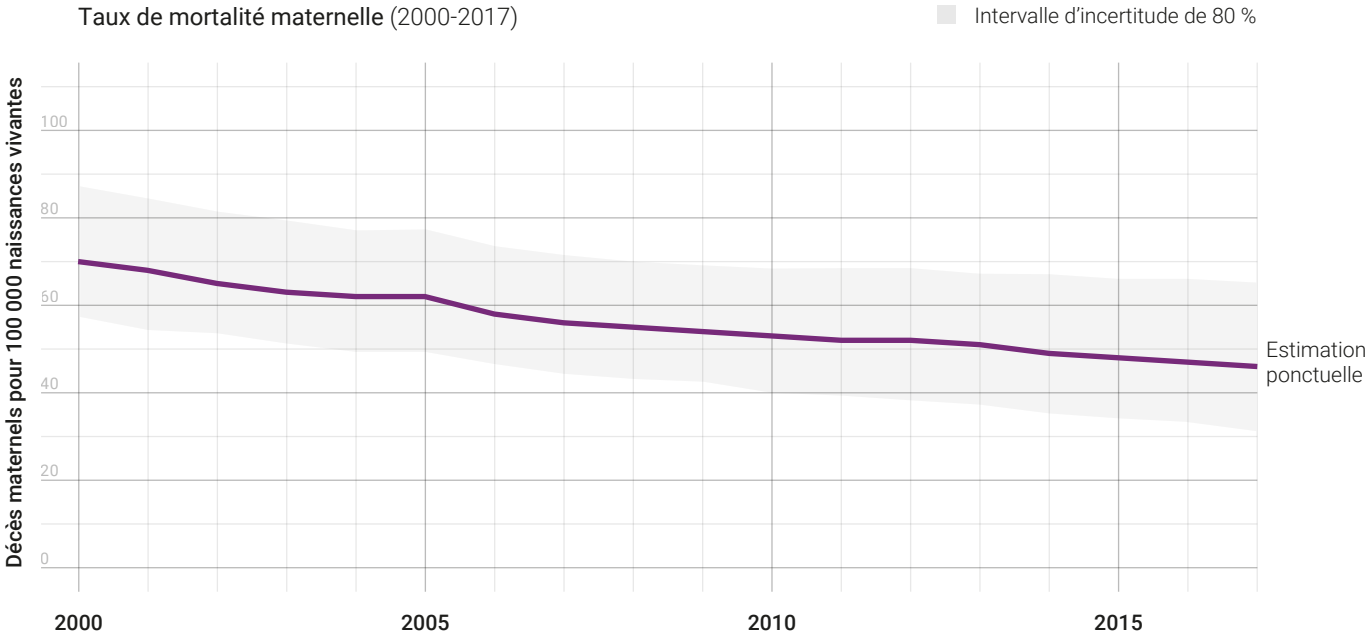
Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Entre 2000 et 2017, en Jordanie, le taux de mortalité maternelle a diminué ; en 2022, il est estimé à 46 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, une valeur basse pour la région, où le taux le plus élevé est de 295 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne l'intégration d'« une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à des avortements sans risque conformément à la loi et des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement, dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la couverture sanitaire universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique, à l'autonomie et aux droits procréatifs, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». En Jordanie, l'avortement n'est autorisé que dans certaines circonstances, notamment pour préserver la santé de la mère.

Taux de mortalité maternelle (2000-2017)

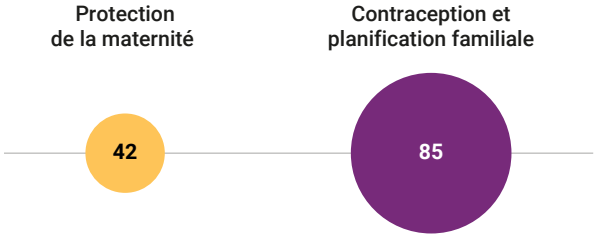


Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

Depuis le Sommet de Nairobi, les parties prenantes ont étudié les moyens d'action à mettre en œuvre pour que la Jordanie honore ses engagements. Un système de suivi et d'évaluation des ODD et des engagements pris lors de la CIPD a été mis en place. En 2022, dans son Examen national volontaire portant sur la mise en œuvre des mesures de développement durable, la Jordanie a indiqué avoir élaboré un projet de Plan national visant à mettre en œuvre les engagements du Sommet de Nairobi sur la période 2021-2030 et à éliminer, d'ici à 2030, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, les décès maternels évitables et les violences familiales.

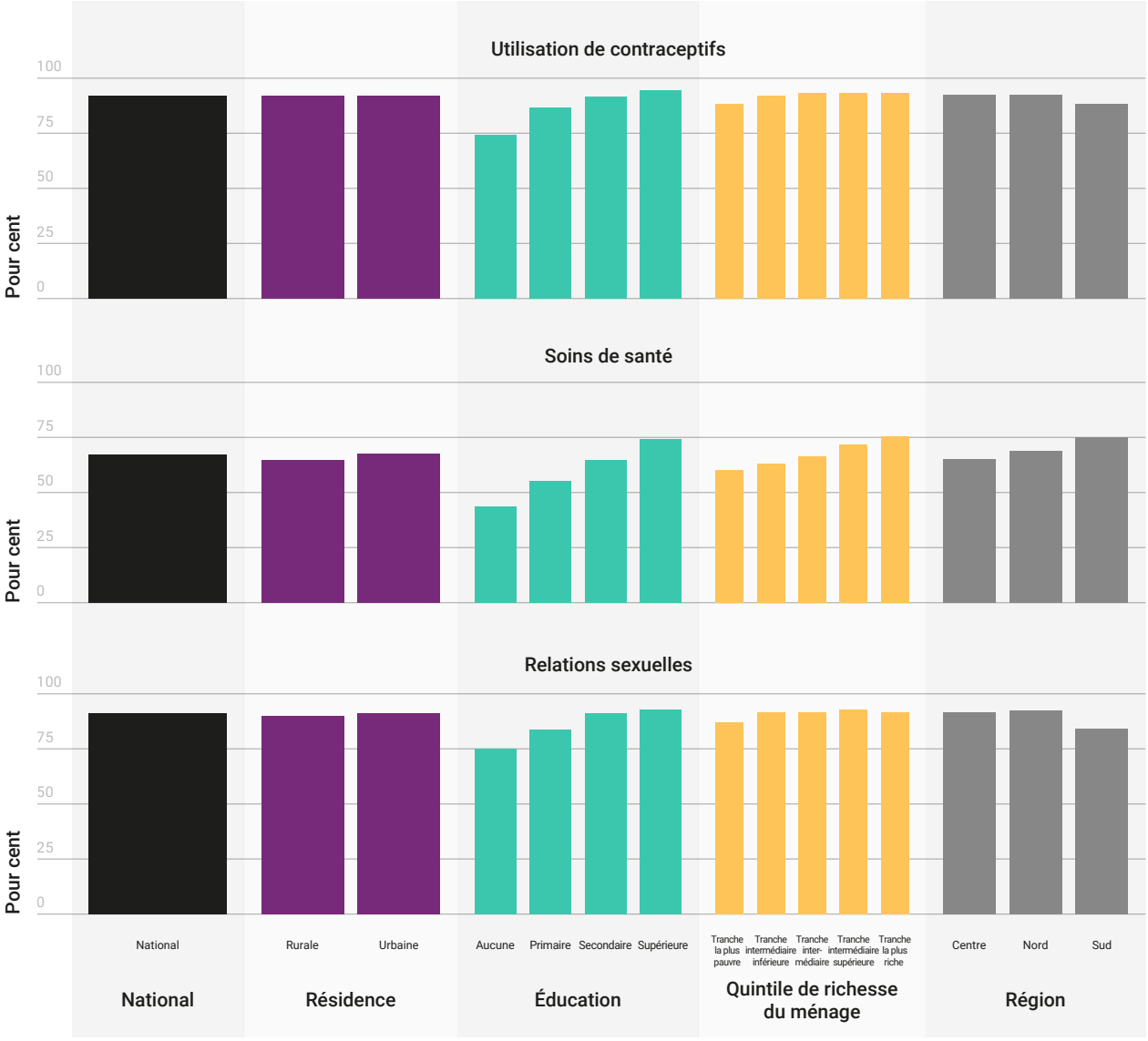
En Jordanie, parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 91,2 % sont libres de leur choix concernant les relations sexuelles, 92,3 % concernant le recours à la contraception, 67,3 % concernant les soins de santé et 58,2 % concernant ces trois types de décisions. Ces valeurs sont plus élevées chez les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures. Les indicateurs de l'ODD 5.6.2 évaluent la mesure dans laquelle les lois en vigueur permettent ou empêchent un accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive. La Jordanie s'est dotée de 42 % des lois et règlements garantissant un accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins de maternité, et de 85 % des lois et règlements garantissant l'accès aux services de contraception et de planification familiale.

Mesure dans laquelle les lois et les règlements de la Jordanie garantissent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes âgés de 15 ans et plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive



Source : Fonds des Nations Unies pour la population, 2022

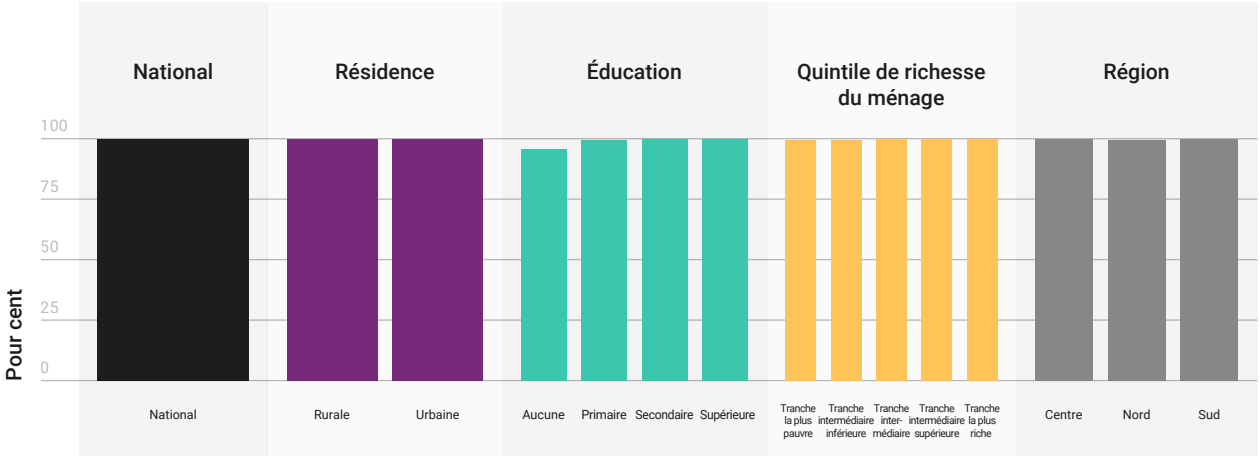
Proportion de femmes mariées prenant leurs décisions elles-mêmes et en connaissance de cause concernant les soins de santé procréative, l'utilisation de contraceptifs et les relations sexuelles



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

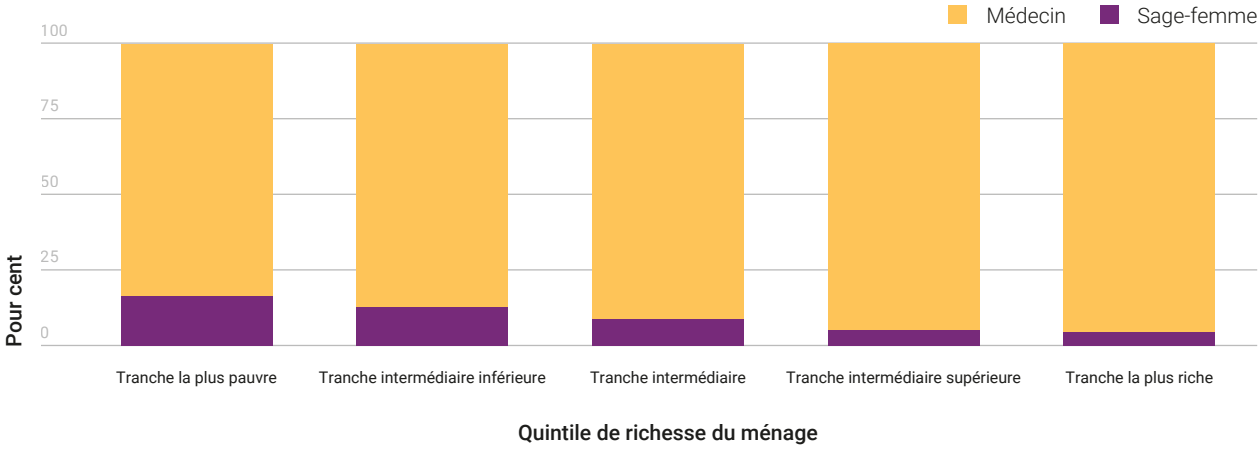
En 2017, le pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié était de 99,7 %. Il s'agit du taux le plus élevé de la région. Il varie très peu selon la localisation géographique, le lieu de résidence et le niveau de vie, et n'est que légèrement inférieur chez les femmes sans instruction. La part d'accouchements assistés par des médecins est proportionnelle au niveau de vie des ménages. Néanmoins, en Jordanie, la plupart des accouchements sont assistés par des médecins.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse



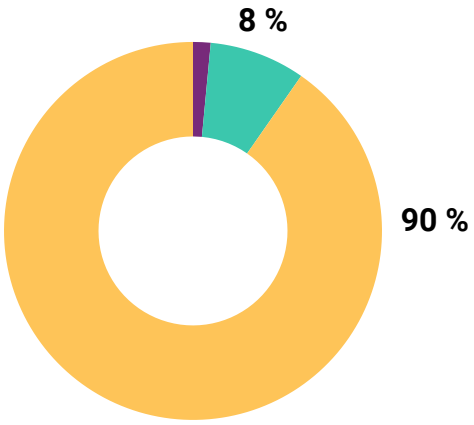
Source : Enquête démographique et de santé, 2017

La Jordanie a beaucoup progressé dans le domaine de la santé reproductive. Elle a notamment réduit le taux de mortalité maternelle en fournissant aux mères des soins de qualité dans les hôpitaux. Dans son rapport d'Examen national volontaire, publié en 2022, la Jordanie a indiqué avoir élaboré, un Plan national 2021-2030 visant à mettre en œuvre les engagements du Sommet de Nairobi et à éliminer, d'ici à 2030, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, les décès maternels et les violences familiales. Toujours en 2022, la Jordanie s'est dotée d'une Stratégie nationale 2020-2030 pour la santé sexuelle et reproductive.

Lors du Sommet de Nairobi, la Jordanie s'est engagée à veiller à ce que les adolescents et les jeunes disposent d'informations complètes et adaptées à leur âge, afin de prendre les bonnes décisions en matière de santé sexuelle et reproductive.

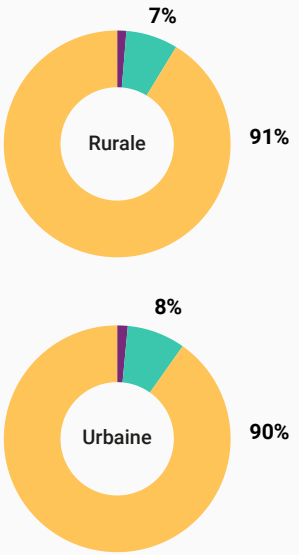
En Jordanie, 9,8 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans, et 1,5 % avant l'âge de 15 ans. Ces valeurs comptent parmi les plus basses de la région. Le lieu résidence a peu d'impact sur le pourcentage de mariages contractés avant l'âge de 15 et de 18 ans. Les femmes qui n'ont pas été scolarisées ou qui n'ont pas bénéficié d'une éducation primaire, ainsi que les femmes issues des ménages des deux tranches les plus pauvres, sont plus susceptibles de se marier avant l'âge de 18 ans.

Distribution de l'âge du mariage,
femmes âgées de 20 à 24 ans

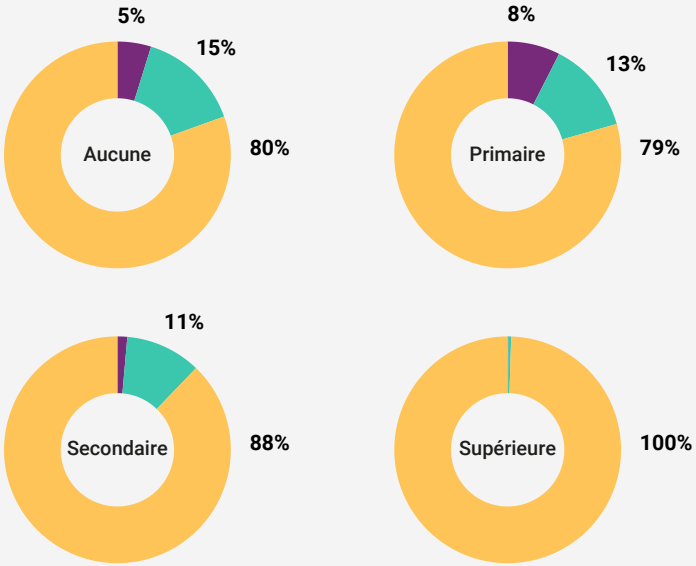


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

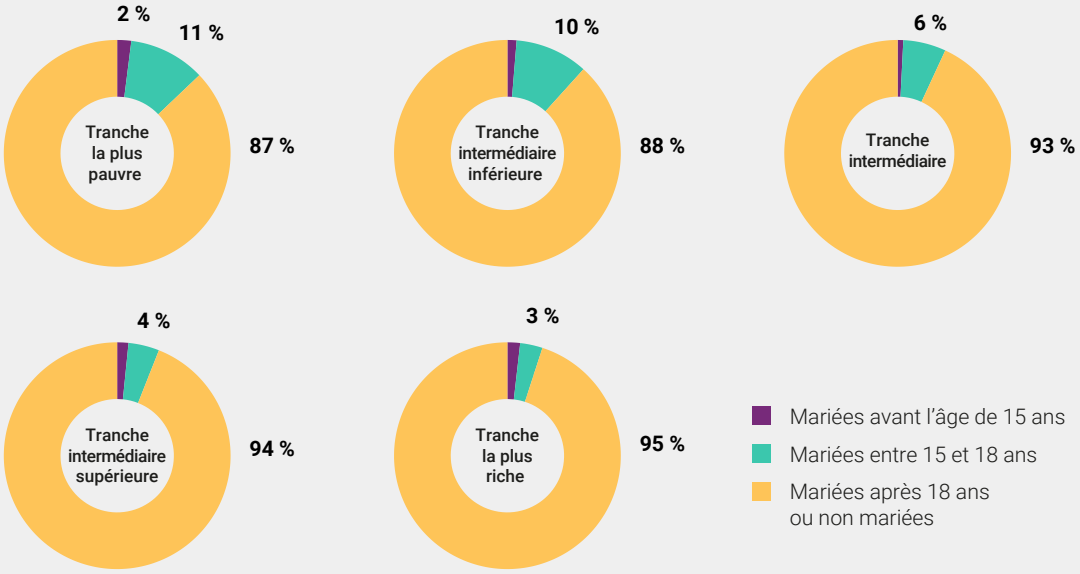
Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



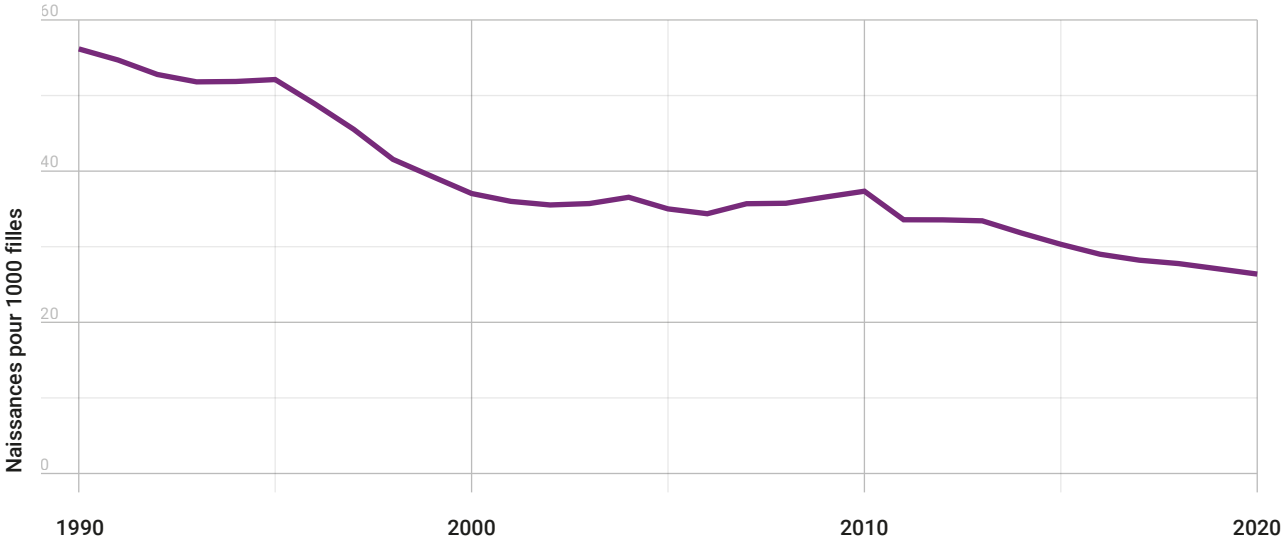
Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

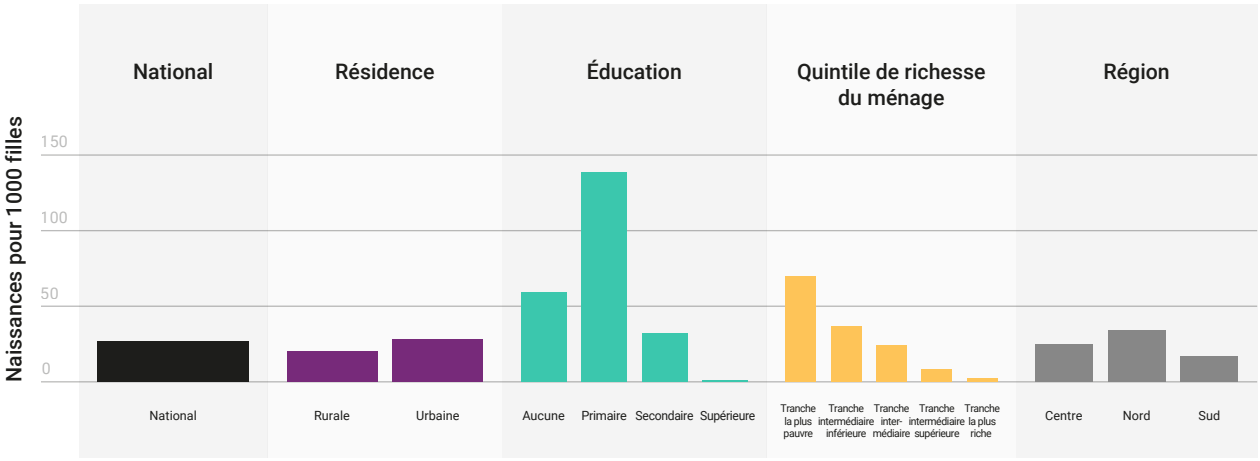
Entre 1990 et 2020, en Jordanie, le taux de natalité des adolescentes a régulièrement diminué ; en 2022, il est estimé à 24 naissances pour 1 000 filles. Le taux de natalité des adolescentes est plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Il est plus élevé chez les femmes qui ne disposent que d'une éducation primaire et chez les femmes issues des ménages les plus pauvres.

Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



Source : Perspectives population mondiale 2022

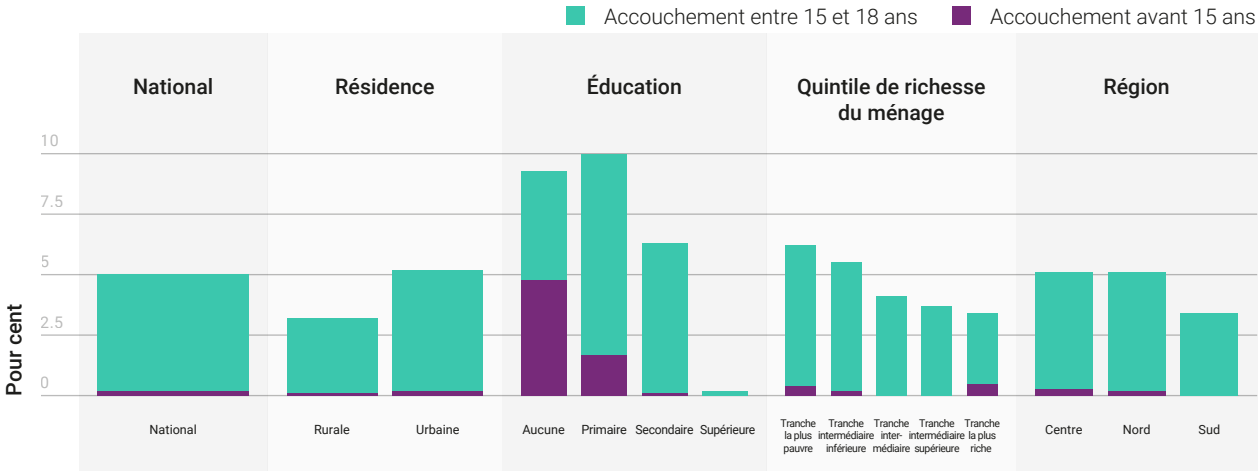
Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

La proportion de filles mariées qui accouchent avant l'âge de 18 ans est plus importante dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Elle est plus élevée parmi les filles sans instruction, celles ne disposant que d'une éducation primaire et celles issues des ménages les plus pauvres. La proportion de naissances avant 15 ans et avant 18 ans est sensiblement la même chez les femmes sans instruction. Le pourcentage d'accouchements avant l'âge de 15 ans est inversement proportionnel au niveau d'éducation des femmes et au niveau de vie des ménages.

Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans

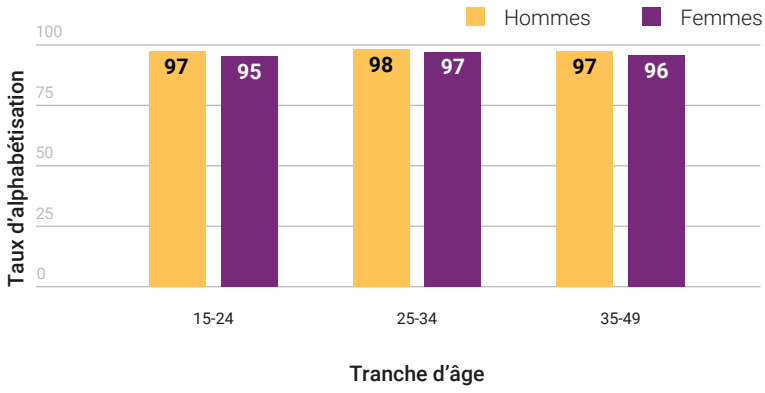


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Lors du Sommet de Nairobi, la Jordanie s'est engagée à maintenir la participation des jeunes à l'élaboration de stratégies et de plans nationaux, et à les aider à participer à la prise de décision.

Le taux d'alphabétisation, en Jordanie, est supérieur à 95 % chez les hommes comme chez les femmes, mais légèrement plus élevé chez les hommes.

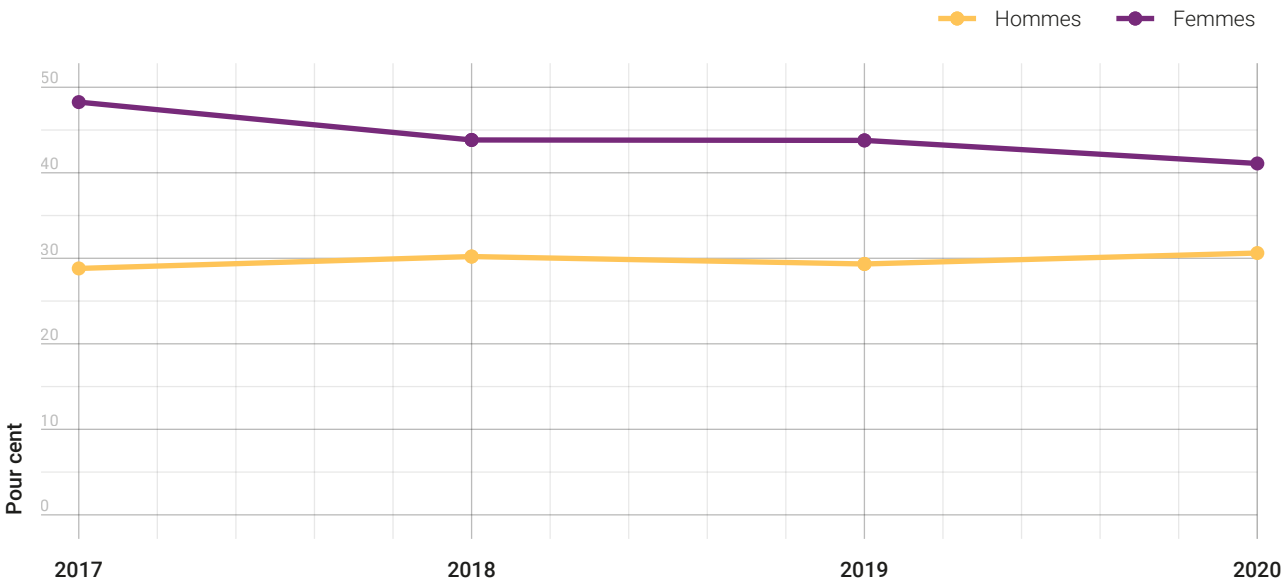
Taux d'alphabétisation selon l'âge et le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

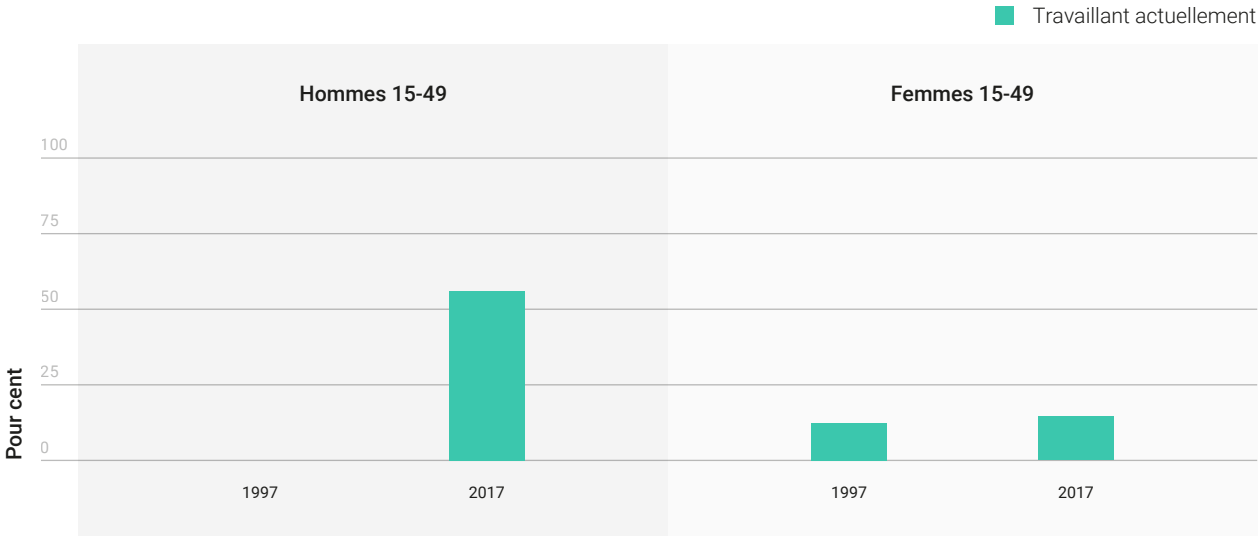
En 2017, près de quatre fois plus d'hommes (56,1 %) que de femmes (14,5 %) avaient un emploi, le pourcentage de femmes travaillant n'ayant que faiblement augmenté entre 1997 et 2017. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. En Jordanie, le pourcentage de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Entre 2017 et 2020, il a diminué chez les femmes et augmenté chez les hommes.

Pourcentage de jeunes (15-24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



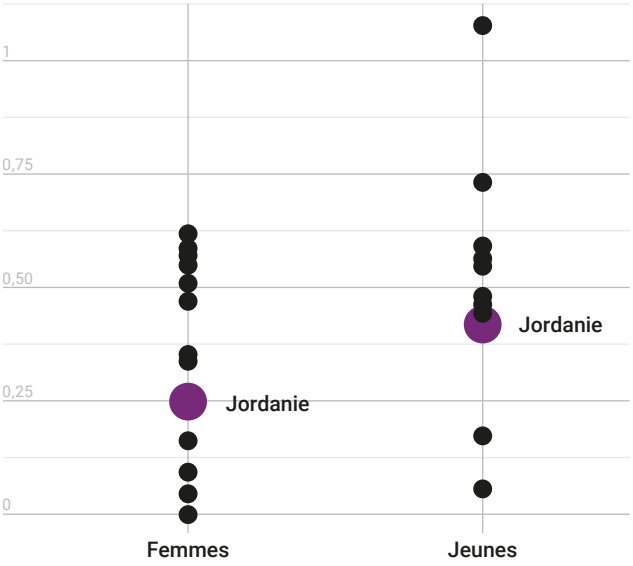
Source : Enquête sur la population active - Enquête sur l'emploi et le chômage, 2017-2020

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 1998-2017

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays d'Afrique du Nord et d'Asie de l'Est



L'ODD 16 vise à l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décision. En Jordanie, la proportion de femmes parlementaires est inférieure à la médiane régionale, tandis que celle des jeunes parlementaires est la troisième plus basse de la région (ODD 16.17.1).

La Jordanie se classe en deuxième position dans le monde pour l'accueil de réfugiés par habitant. Plus de 760 000 réfugiés sont enregistrés auprès du HCR. Ils sont principalement originaires de Syrie, d'Irak, du Yémen, du Soudan et de Somalie. Quelque 83 % d'entre eux vivent dans des zones urbaines en dehors des camps de réfugiés[IV]. L'année 2022 marque les 10 ans de l'ouverture du camp jordanien de Za'atari destiné à accueillir les Syriens déplacés. Depuis l'ouverture du camp, plus de 20 000 naissances ont été enregistrées, soit environ 40 par semaine[IV]. L'UNFPA Jordanie a été actif dès le début de la crise syrienne pour répondre, tant aux besoins des Syriens établis dans les communautés et les camps, qu'à ceux des autres populations touchées afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, mais aussi les risques de violence fondée sur le genre et leurs conséquences[V]. Dans le cadre de la CIPD25, la Jordanie s'est engagée dans la mise en place de la Plateforme jordanienne de réponse à la crise syrienne 2020-2022, qui se concentre, en coopération avec des donateurs internationaux, sur la fourniture de services de santé aux réfugiés et sur l'amélioration des services dans les centres de santé ruraux qui accueillent des réfugiés. La Jordanie s'est par ailleurs engagée à mettre en œuvre le Dispositif minimum d'urgence.

IV. HCR V. UNFPA

NÉPAL

POPULATION TOTALE [I] **30 723 210**

POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]

49,56 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I] **8 993 000**

POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (Hommes et femmes) [I] **6 407 050**

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]

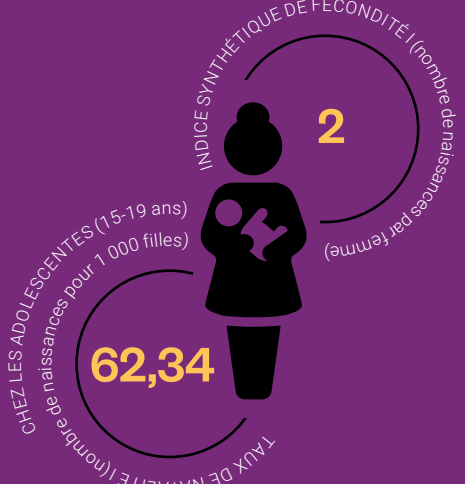


AVANT L'ÂGE DE 18 ANS **32,8 %**

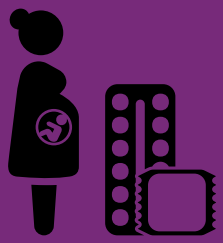
AVANT L'ÂGE DE 15 ANS **7,9 %**



TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II] **186** / **100 000**



I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD

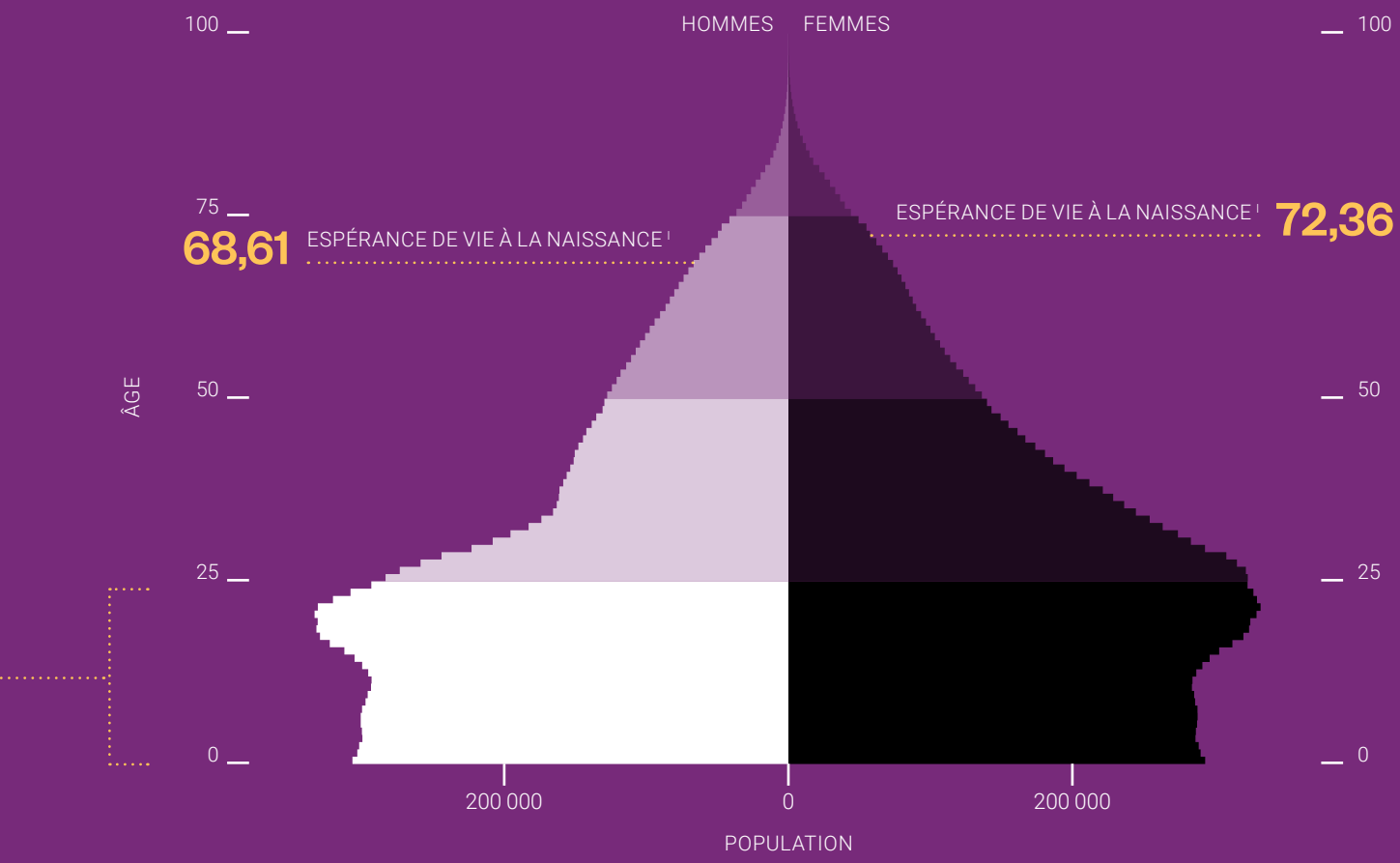


16,2 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

63,5 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

77,2 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

Dans le cadre des engagements pris lors de la CIPD25, le Népal s'est engagé à faire en sorte que les groupes marginalisés, en particulier **les adolescents et les jeunes**, soient en mesure d'exercer leurs droits reproductifs grâce à l'accès universel à des services de planification familiale de qualité, y compris la contraception moderne. Le pays continue de progresser pour répondre aux besoins non satisfaits et élargir l'accès à la planification familiale moderne.

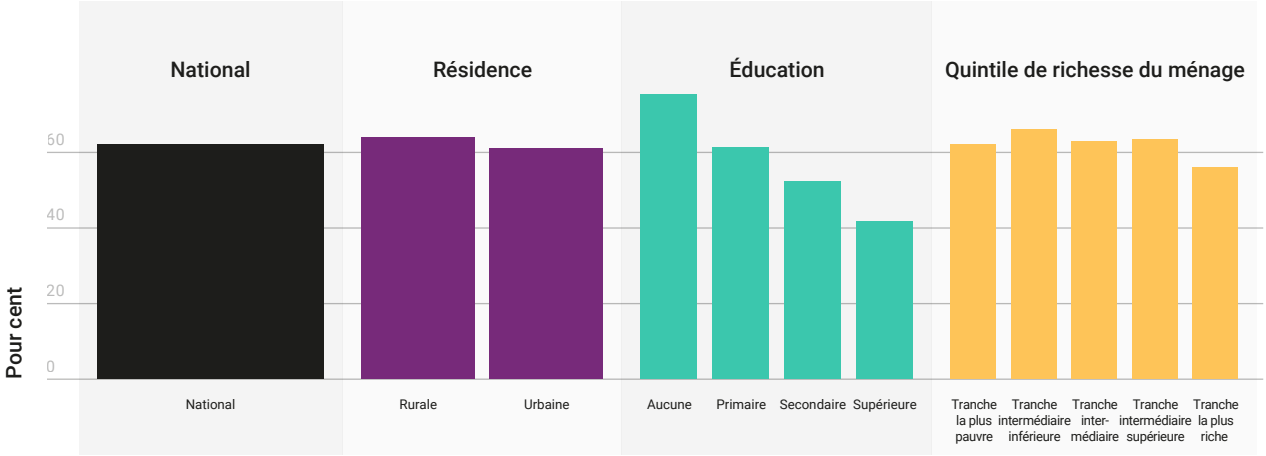


I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

L'indice synthétique de fécondité du Népal, c'est-à-dire le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme si elle vivait jusqu'à la fin de sa période de fécondité, est de 2,0 ; la province de Karnali affiche la valeur la plus élevée (2,7) et la province de Bagmati la plus faible (1,6). L'indice synthétique de fécondité est plus élevé chez les femmes sans instruction (3,2), ainsi que chez les femmes issues des ménages les plus pauvres (2,9).

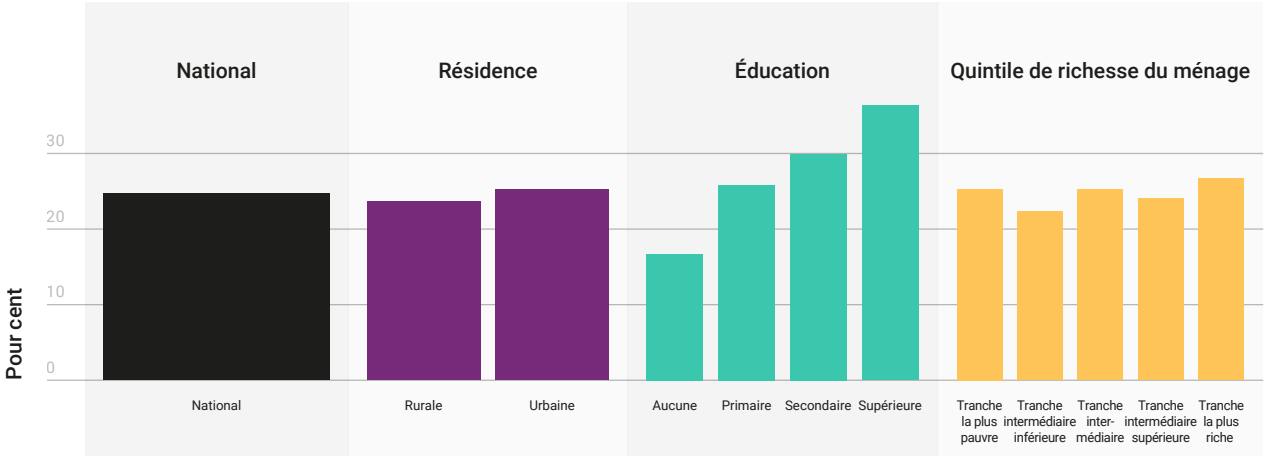
Selon les données disponibles les plus récentes, 44,2 % des femmes mariées et en couple utilisaient une méthode contraceptive moderne. Le pourcentage de la demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes s'élevait à près de 62 % au niveau national, tandis que les besoins non satisfaits étaient d'environ 25 % ; le niveau de vie des ménages a peu d'impact sur ces pourcentages. Les femmes népalaises sans instruction (principalement des femmes âgées de 35 ans et plus, qui sont également plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs pour limiter les naissances) affichent le plus faible besoin de planification familiale non satisfait et la plus forte demande de planification familiale satisfaite.

Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, femmes mariées



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

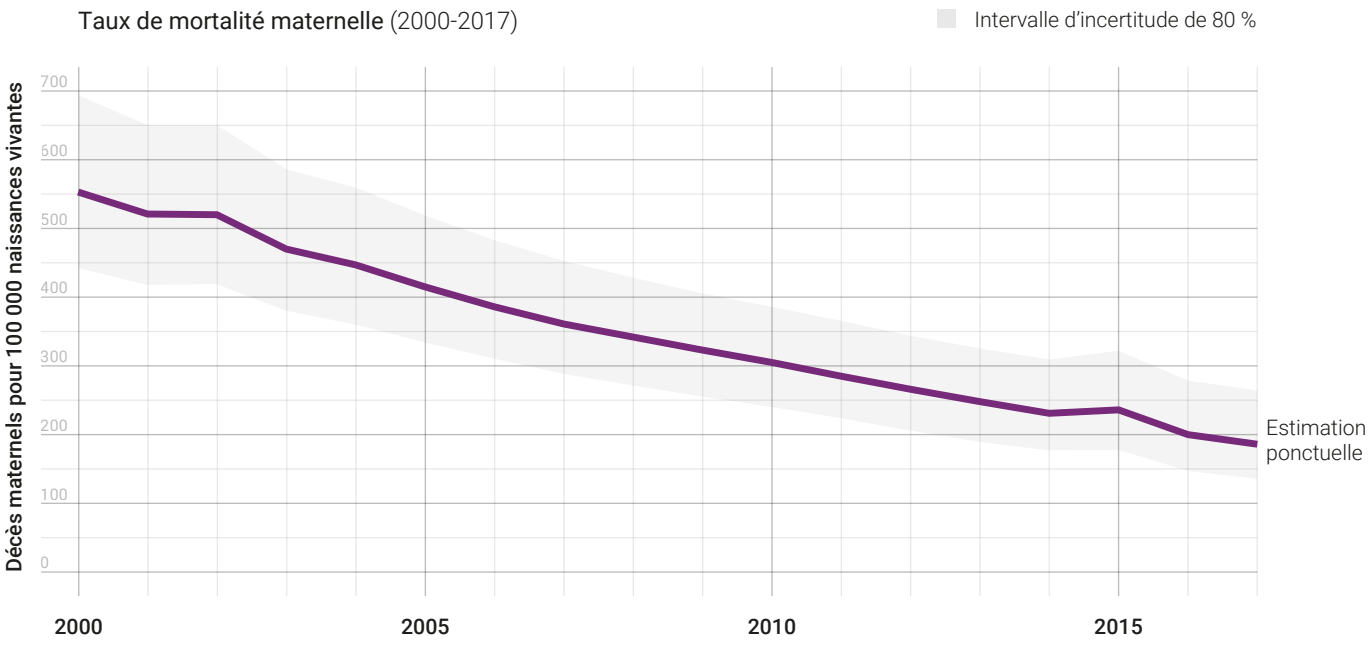
Besoin de planification familiale non satisfait, femmes mariées



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Le Népal s'est engagé à mettre fin aux décès maternels évitables et à réduire la morbidité maternelle en intégrant des services complets de santé sexuelle et reproductive dans l'ensemble de services de santé de base compris dans la Couverture Sanitaire Universelle, en veillant à ce que les naissances soient assistées par du personnel qualifié et en s'assurant que les services d'avortement légal et de soins après avortement soient sûrs, accessibles, abordables et de bonne qualité.

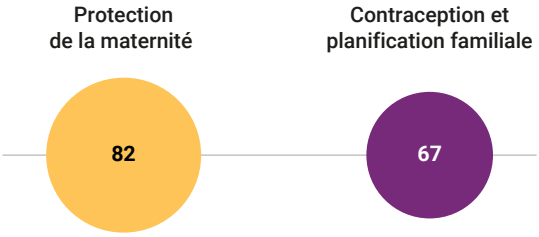
Le taux de mortalité maternelle du Népal a diminué entre 2000 et 2017, année au cours de laquelle il a été estimé à 186 décès pour 100 000 naissances vivantes. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne la nécessité d'intégrer « une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la Couverture Sanitaire Universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique et à l'autonomie, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». Le Népal est l'un des 18 pays qui ont abrogé leur interdiction totale de l'avortement, en réformant leurs lois pour autoriser l'avortement dans diverses circonstances, et l'un des 15 pays qui ont réformé leurs lois pour autoriser l'avortement pour certains motifs et pour garantir le droit des femmes népalaises à prendre leurs propres décisions en matière de fécondité.



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

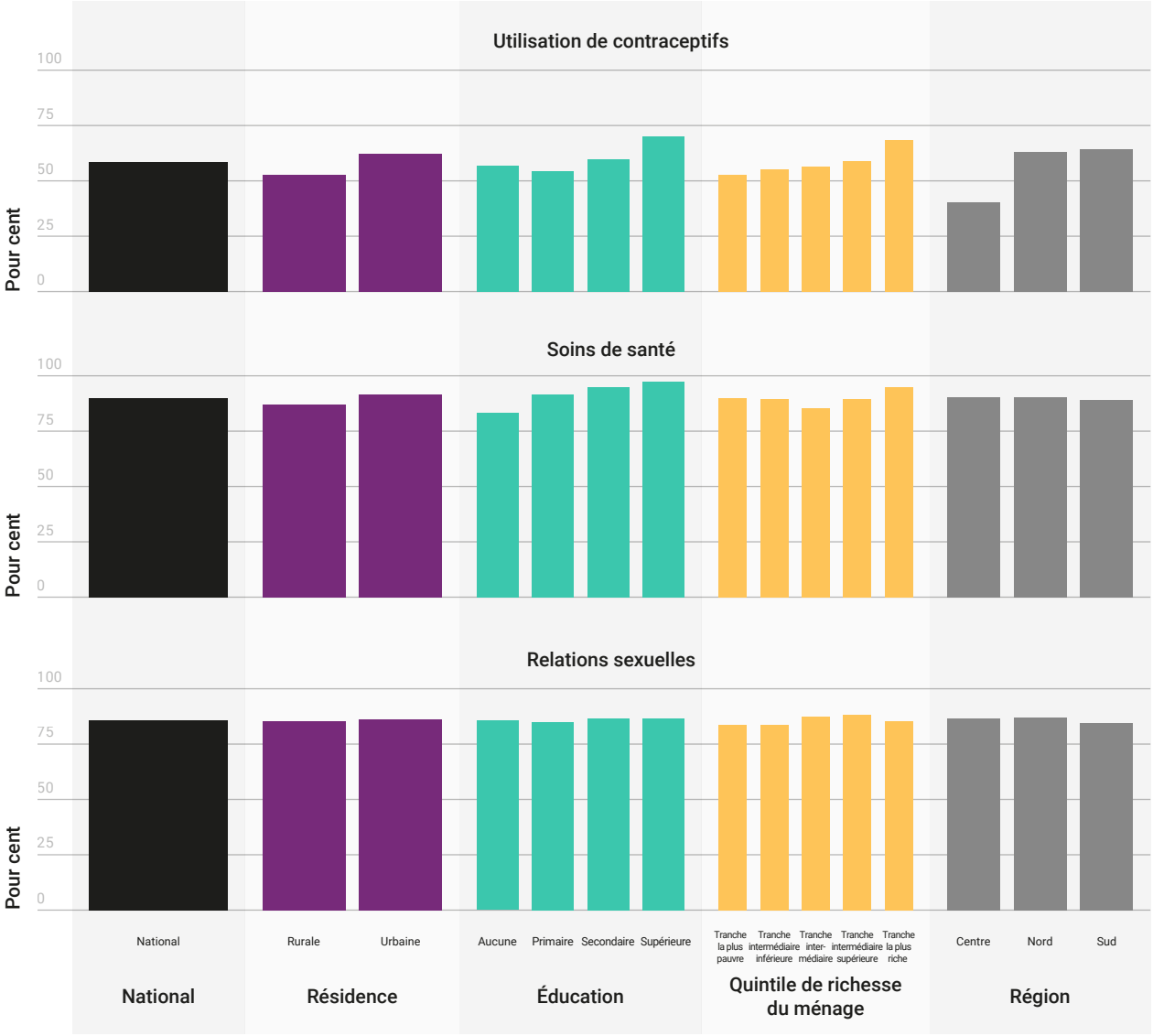
Au Népal, 59 % des femmes mariées ou en couple prennent leurs propres décisions en matière de soins de santé, 85 % décident elles-mêmes de recourir ou non à la contraception, et 91 % peuvent refuser des rapports sexuels. Dans le pays, 48 % des femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans prennent elles-mêmes les décisions concernant leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Elles décident notamment d'avoir recours ou non à des soins de santé ou à la contraception, et peuvent refuser des rapports sexuels. L'indicateur des ODD 5.6.2 évalue la mesure dans laquelle les lois en vigueur permettent ou empêchent un accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive. En moyenne, le Népal s'est doté de 48 % des lois et règlements garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

Mesure dans laquelle les lois et les règlements du Népal garantissent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes âgés de 15 ans et plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive



Source : Fonds des Nations Unies pour la population, 2022

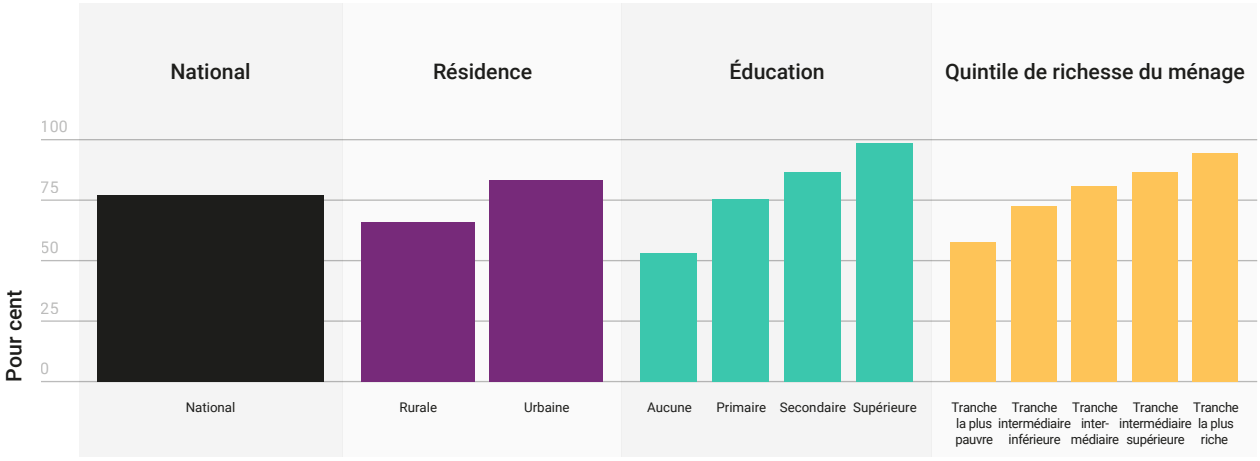
Proportion de femmes mariées prenant leurs décisions elles-mêmes et en connaissance de cause concernant les soins de santé procréative, l'utilisation de contraceptifs et les relations sexuelles



Source : Enquête démographique et de santé, 2016

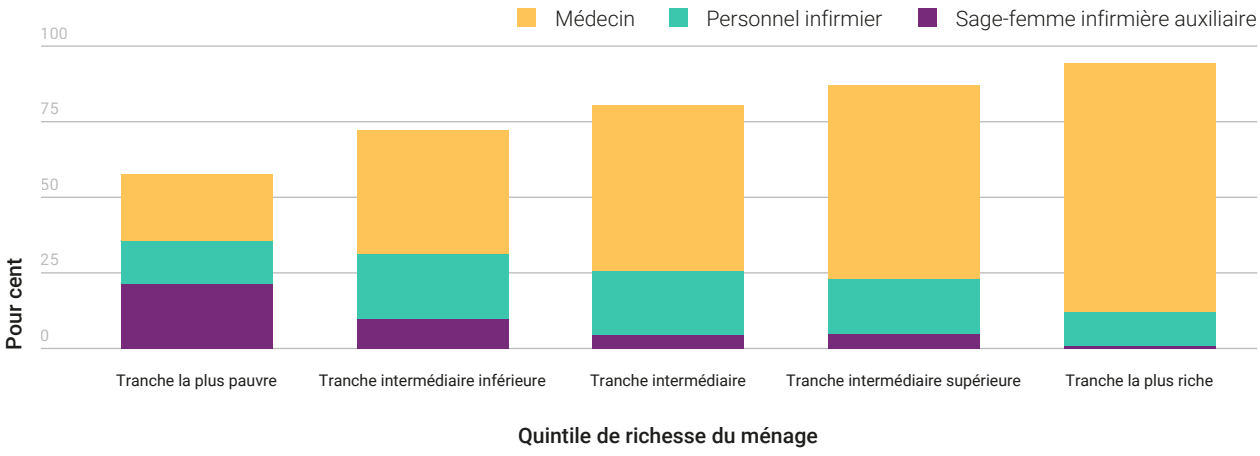
En 2019, la proportion de naissances au Népal qui ont été assistées par du personnel de santé qualifié était supérieure à 75 %. Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années, les accouchements assistés par du personnel qualifié étaient plus nombreux chez les femmes vivant dans les zones urbaines, et moins nombreux chez les femmes sans instruction et chez les femmes issues des ménages les plus pauvres. Plus le niveau d'éducation et le niveau de vie des ménages sont élevés, plus la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié augmente. Parmi les femmes issues des ménages les plus pauvres, environ autant de naissances ont été assistées par des sages-femmes infirmières auxiliaires que par des médecins. Plus le niveau de vie des ménages est élevé, plus la proportion de naissances assistées par des médecins augmente.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

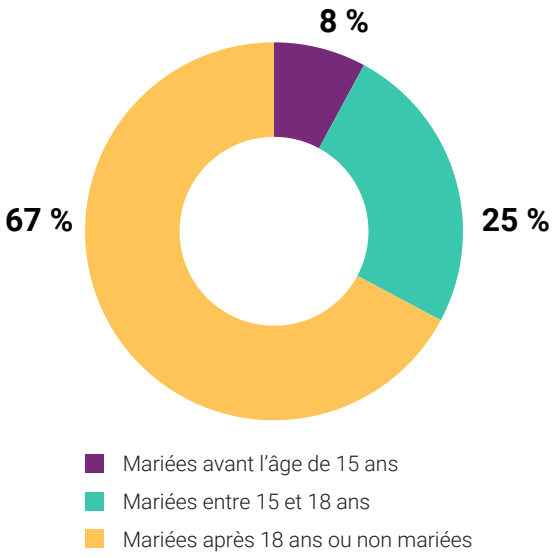
Depuis le Sommet de Nairobi, des dialogues politiques de haut niveau se sont tenus, tant à l'échelle nationale que provinciale, avec la participation des autorités nationales et locales, de partenaires au développement, de partenaires de mise en œuvre, d'ONG et d'autres parties prenantes, afin d'évoquer les inégalités en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Les jeunes mènent également un plaidoyer actif. Des réseaux et des plateformes de jeunes ont été mobilisés à l'échelle nationale et locale pour assurer le suivi des engagements qui les concernent. Une coalition CIPD25 des jeunes, composée d'organisations de la société civile dirigées par des jeunes, a été officialisée.

Lors du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, le Népal s'est également engagé à :

- s'assurer que les groupes marginalisés, en particulier les adolescents et les jeunes, soient en mesure d'exercer leurs droits reproductifs grâce à l'accès universel à des services de planification familiale de qualité, y compris la contraception moderne. De ce fait, le pays continue de faire des progrès pour répondre aux besoins non satisfaits et à élargir l'accès à la planification familiale moderne ;
- tirer parti du dividende démographique en investissant dans l'éducation, les perspectives d'emploi et la santé des adolescents et des jeunes ; et
- atteindre l'égalité des genres, éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, mettre fin aux mariages d'enfants et aux mariages précoces et forcés.

Au Népal, 33 % des femmes âgées de 20 à 24 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans, 8 % avant l'âge de 15 ans et 25 % entre 15 et 18 ans. Le pourcentage de filles mariées avant l'âge de 15 ans est près de 1,5 fois plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine. Le pourcentage de filles mariées avant l'âge de 15 ans est six fois plus élevé parmi celles issues des ménages les plus pauvres que parmi celles issues des ménages les plus aisés, et le pourcentage de filles mariées entre 15 et 18 ans est deux fois plus élevé parmi celles issues des ménages les plus pauvres que parmi celles issues des ménages les plus aisés.

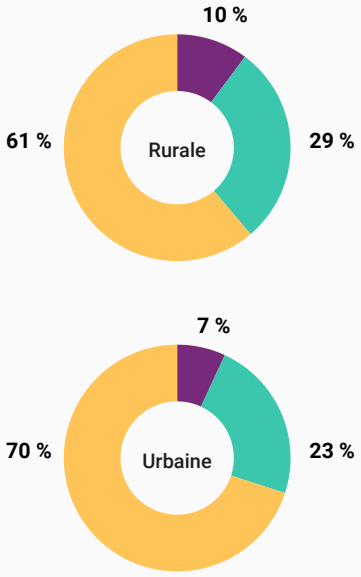
Distribution de l'âge du mariage, femmes âgées de 20 à 24 ans



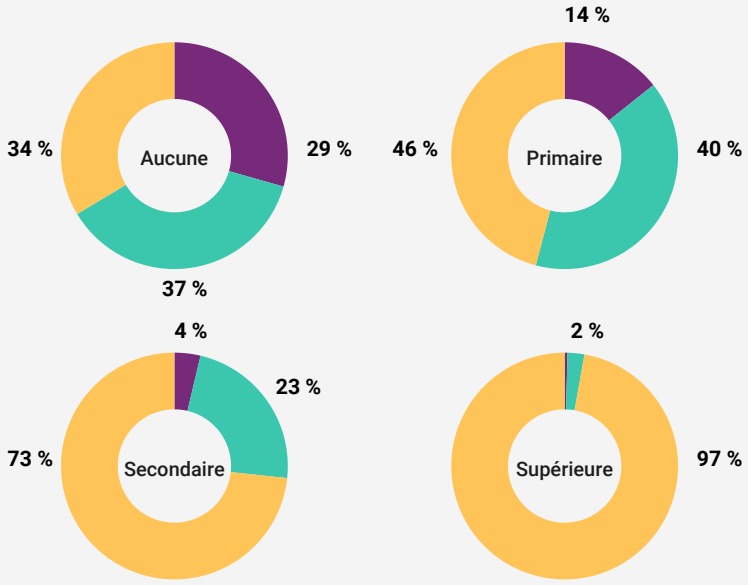
Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Le Népal a fait l'objet d'un examen lors de la 37e session de l'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies en janvier 2021. Le pays a reçu 233 recommandations, dont 89 au moins (38 % de l'ensemble des recommandations) en lien avec le Sommet de Nairobi, et plus particulièrement avec les engagements pris par le Népal au titre de la CIPD25.

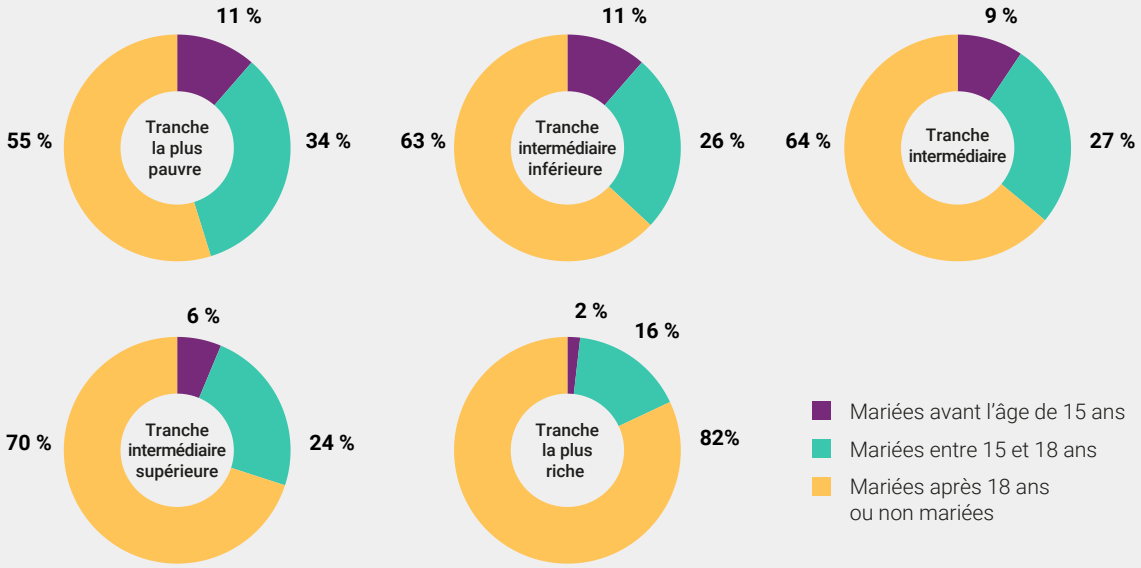
Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



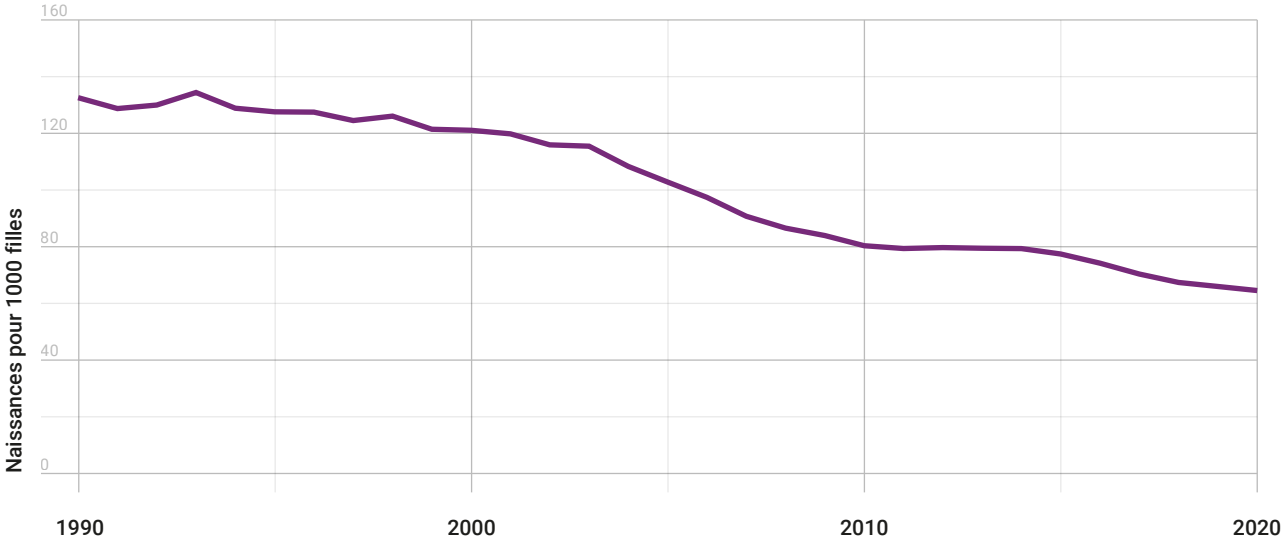
Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

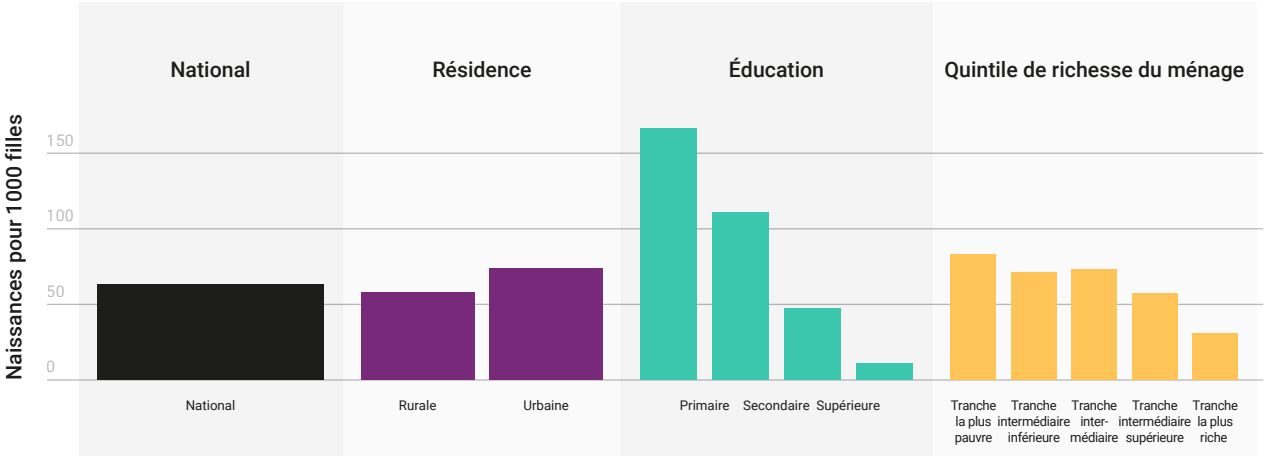
Le Népal a progressé dans sa réponse aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive, comme en témoigne la baisse du taux de natalité chez les adolescentes, mais ce taux reste l'un des plus élevés de la région. Les adolescentes vivant en zone rurale affichent le taux de natalité le plus élevé. Il est 15 fois plus élevé chez les filles sans instruction que chez celles qui ont suivi des études supérieures, et près de trois fois plus élevé chez celles issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



Source : Perspectives population mondiale 2022

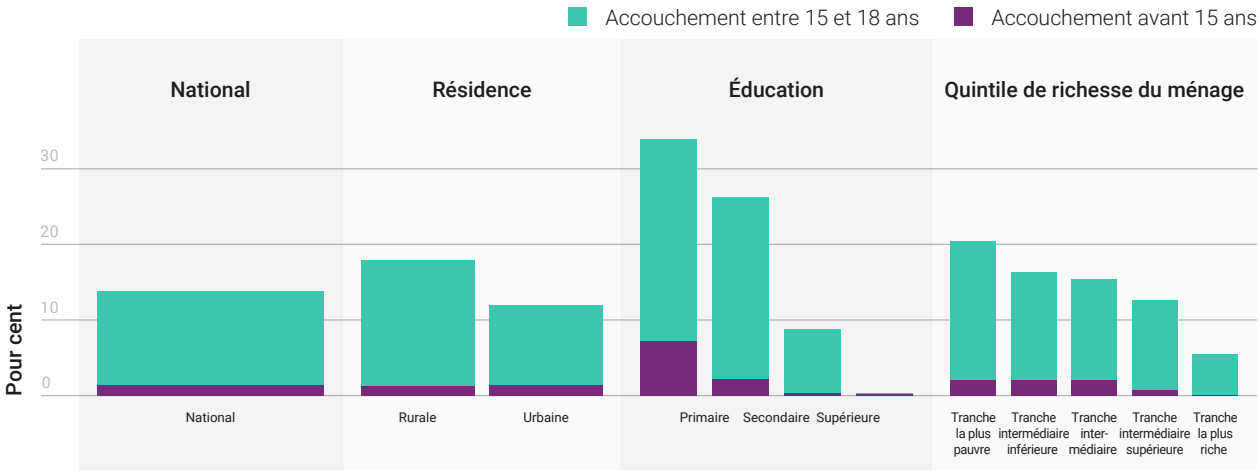
Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Un plus grand pourcentage de filles mariées accouchant avant l'âge de 18 ans vivent dans les zones rurales du pays. Les femmes issues des ménages les plus pauvres sont trois fois plus susceptibles d'avoir une naissance vivante avant l'âge de 18 ans (20 %) que les femmes issues des ménages les plus aisés (6 %). 9 % des femmes ayant un niveau d'éducation supérieur ont eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans, contre 34 % des femmes de 20 à 24 ans sans instruction.

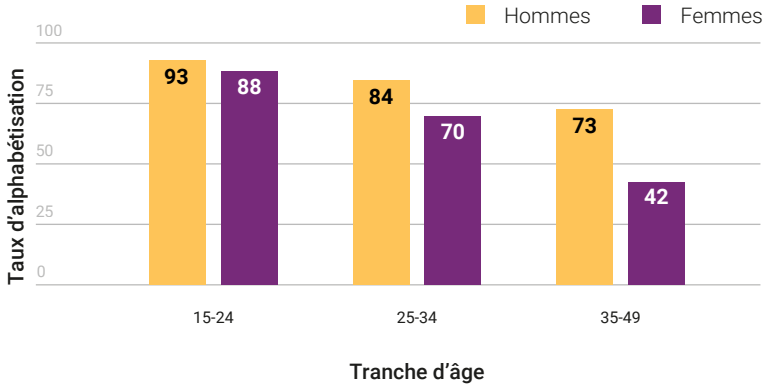
Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

Pour tirer parti des promesses du dividende démographique, il faut que les jeunes soient éduqués afin d'entrer dans la vie active. Le taux d'alphabétisation du Népal est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quel que soit la tranche d'âge. L'enseignement secondaire complète l'offre d'éducation de base qui a débuté au niveau du primaire et vise à jeter les bases de l'apprentissage tout au long de la vie et du développement humain, en proposant un enseignement plus axé sur les disciplines ou les compétences, avec des enseignants plus spécialisés. Le taux net de fréquentation des écoles secondaires au Népal[IV] est de 62, soit presque à mi-chemin entre les pays de la région affichant les taux les plus bas et ceux affichant les taux les plus élevés.

Taux d'alphabétisation selon l'âge et le sexe

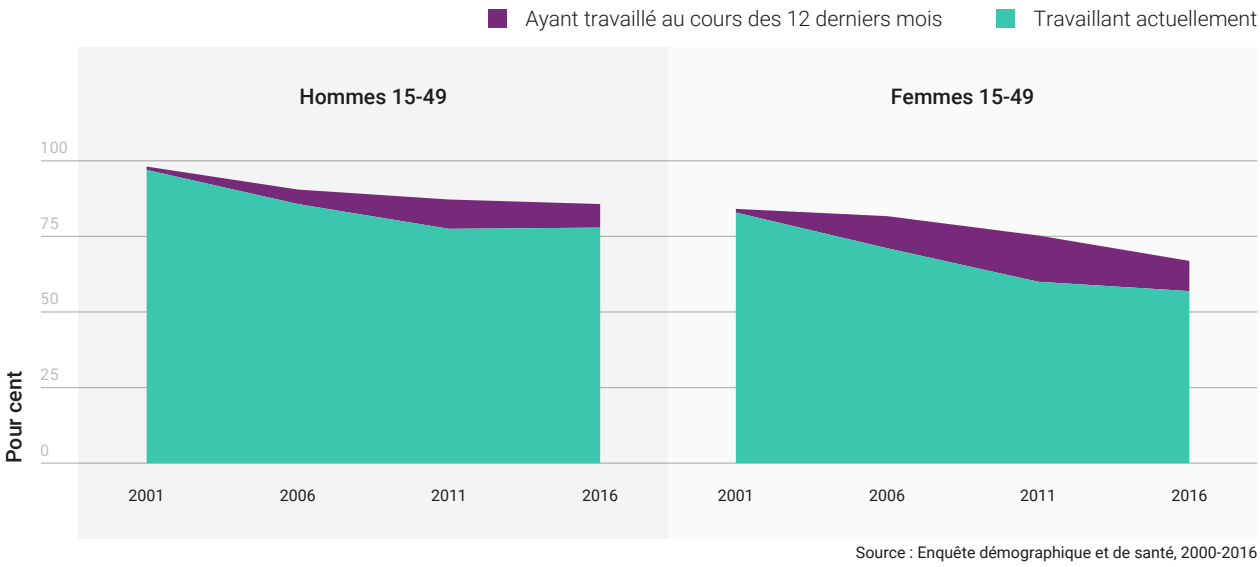


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2019

IV Rapport entre le nombre d'enfants d'âge scolaire officiel inscrits à l'école et la population d'âge scolaire officiel correspondante.

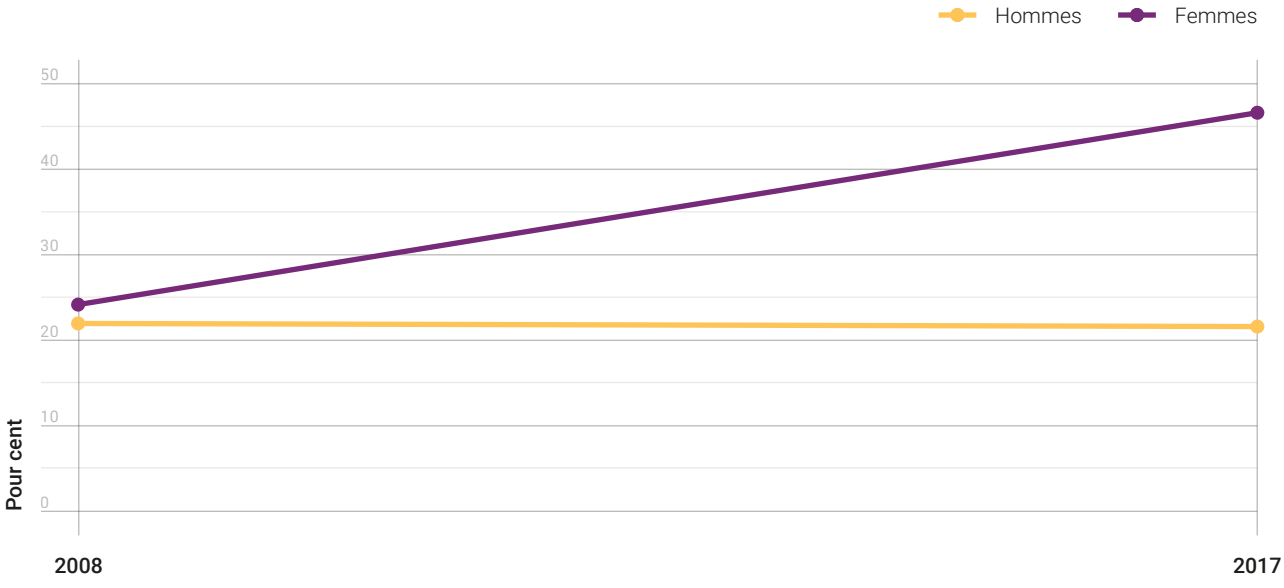
Pour tirer parti des promesses du dividende démographique, il faut que les jeunes puissent trouver un emploi. Les tendances de l'emploi, tant pour les hommes que pour les femmes, ont diminué au Népal entre 2001 et 2016, le nombre de femmes travaillant « actuellement » étant inférieur à celui des hommes. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. Au Népal, le pourcentage de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation a davantage augmenté chez les femmes que chez les x hommes. Ainsi, en 2017, ce pourcentage était 2,5 fois plus élevé chez les femmes.

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 2000-2016

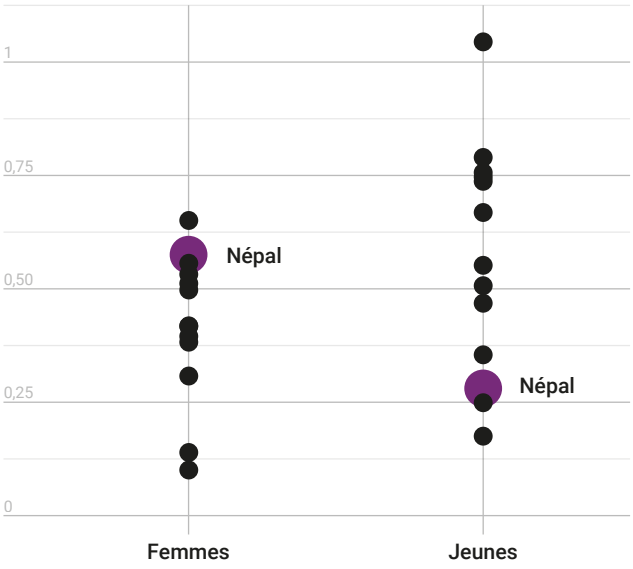
Pourcentage de jeunes (15-24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête sur la population active du Népal, 2008-2017

Les lois du Népal comptent parmi les plus progressistes d'Asie du Sud en matière de droits des personnes ayant une orientation sexuelle et une identité de genre différentes ; des réformes historiques ont été adoptées en 2007, interdisant la discrimination fondée sur le genre ou l'orientation sexuelle. En 2013, le Népal a mis en place une troisième catégorie de genre pour les documents relatifs à la citoyenneté et, en 2021, il a décidé d'inclure ce troisième genre dans le prochain recensement de la population.

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays d'Asie centrale et du Sud



Source : Union interparlementaire, 2022

Au Népal, parmi les femmes mariées qui ont subi des violences de la part de leur partenaire au cours des 12 derniers mois, 8 % ont été victimes de violences émotionnelles, 10 % de violences physiques et 4 % de violences sexuelles.

L'ODD 16 vise à promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions. La proportion de femmes parlementaires au Népal est l'une des plus élevées de la région, tandis que la proportion de jeunes parlementaires est l'une des plus faibles (indicateur des ODD 16.7.1).

Le manque de financement met en péril les gains durement acquis par le Népal en matière de développement, alors qu'il s'apprête à sortir de la catégorie des pays les moins avancés (PMA) d'ici à 2026[V]. En outre, le Népal est très exposé aux risques naturels tels que les tremblements de terre et les inondations. Par exemple, la province de Sudurpaschim a récemment été frappé par de fortes inondations et des glissements de terrain provoqués par des pluies torrentielles, qui ont entraîné des pertes humaines et des déplacements de population. Les effets du changement climatique sur les moyens de subsistance et la santé sont considérables, en particulier pour les femmes et les filles. Lors des catastrophes et des situations d'urgence, les femmes et les filles sont davantage exposées à la violence fondée sur le genre, à l'exploitation et aux abus[VI].

V Déclaration nationale du Népal lors du débat général de la 77e session de l'Assemblée générale des Nations Unies
VI UNFPA

RÉPUBLIQUE DES PHILIPPINES



POPULATION TOTALE [I] **116 451 700**

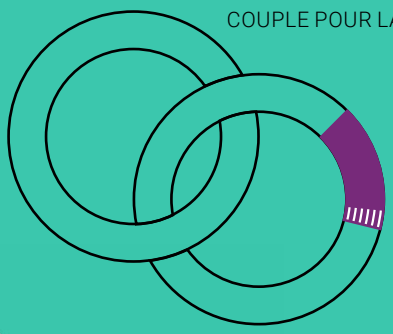
POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]

48,51 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I] **29 862 490**

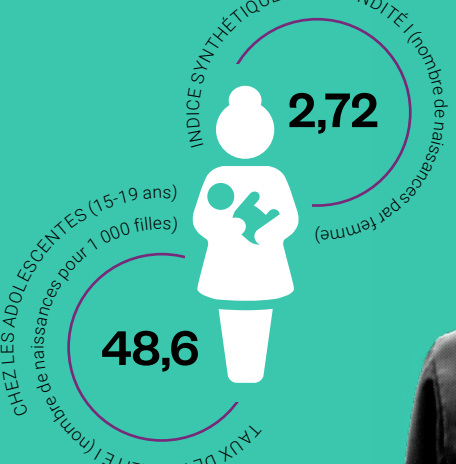
POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I] **21 359 950**

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]



AVANT L'ÂGE DE 18 ANS **16,5 %**

AVANT L'ÂGE DE 15 ANS **2,2 %**





TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II] **121**

100 000

I. Perspectives population mondiale 2022

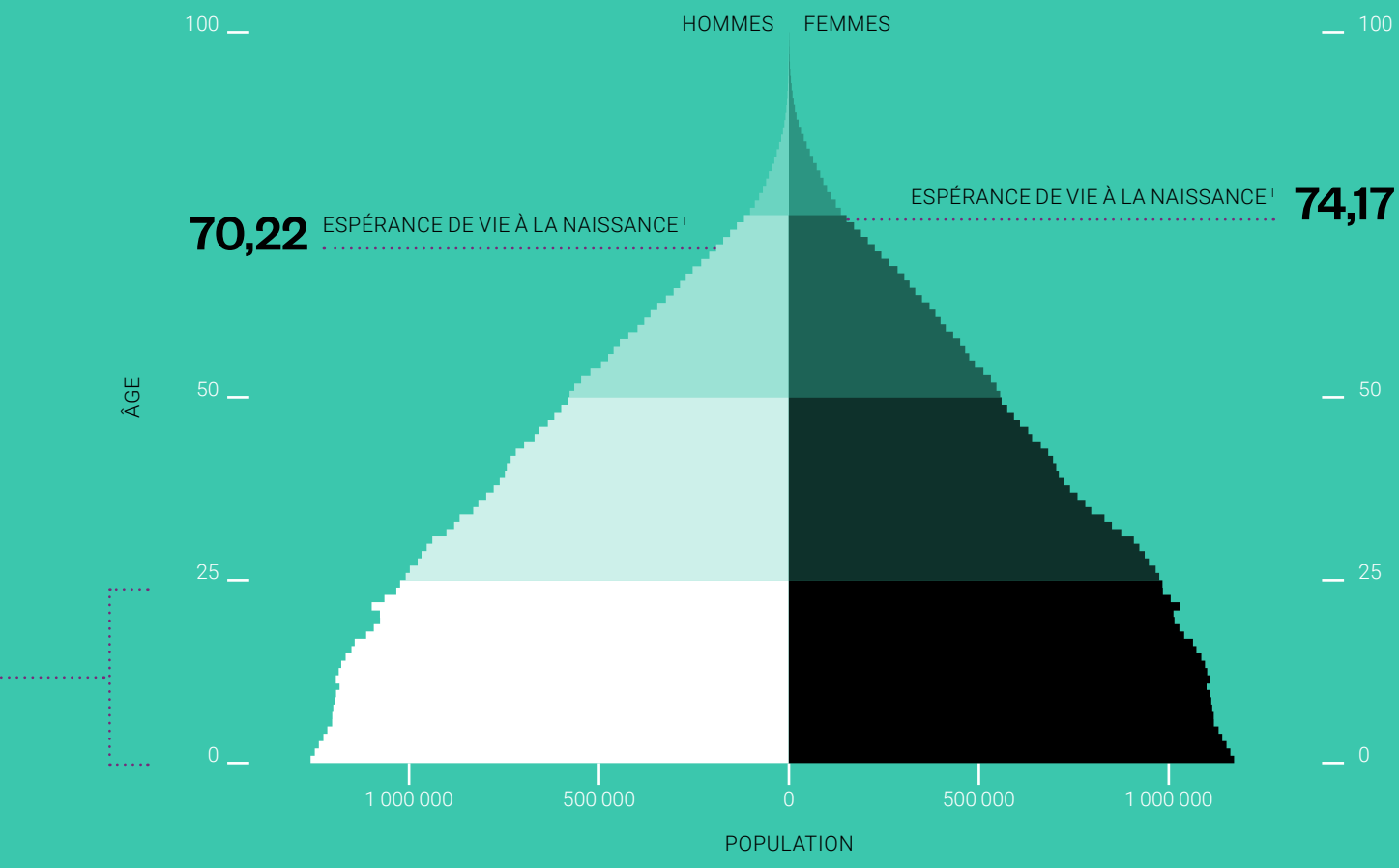
II. ODD

9,9 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

58,6 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

84,4 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

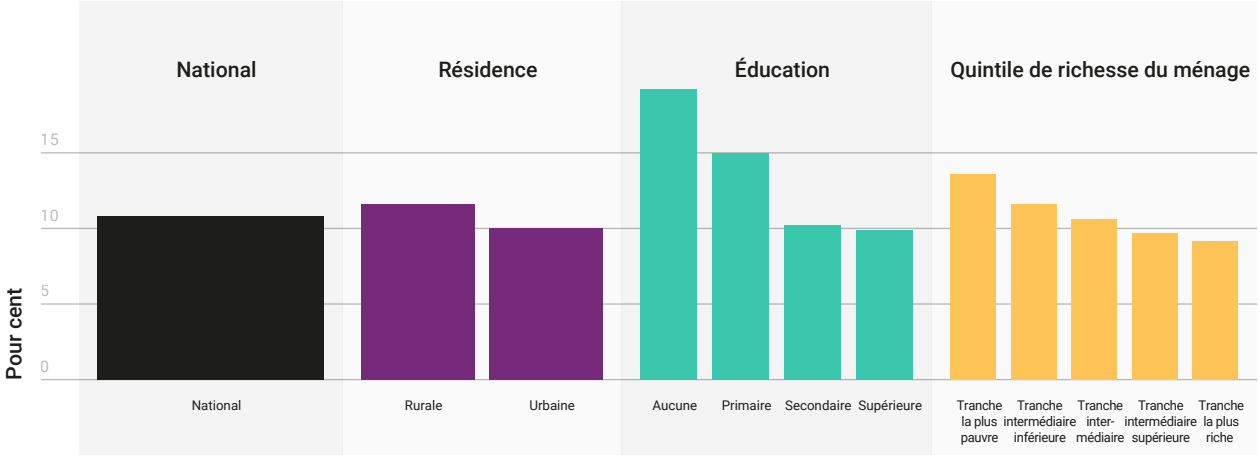
À l'occasion de la CIPD25, la République des Philippines s'est engagée à honorer la promesse de la CIPD, à réaliser le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et à mettre pleinement en œuvre des lois responsables sur les soins de santé reproductive et la Couverture Sanitaire Universelle, afin de réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale moderne et de grossesse précoce.



I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

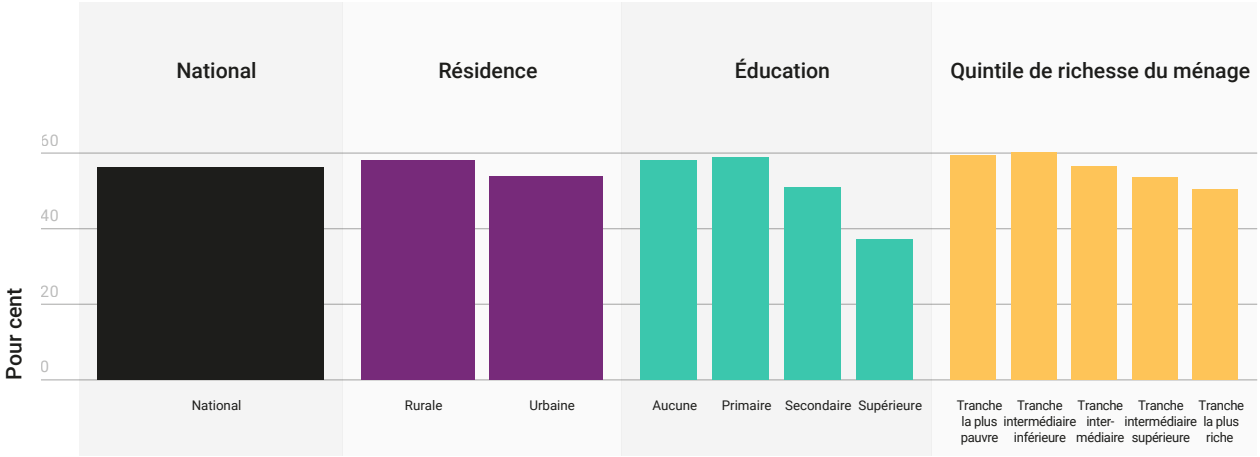
Les Philippines sont l'un des huit pays où se concentrera plus de la moitié de l'augmentation prévue de la population mondiale d'ici à 2050[IV]. En 2022, l'indice synthétique de fécondité des Philippines, c'est-à-dire le nombre d'enfants qui naîtraient d'une femme si elle devait vivre toutes les années où elle est en âge de procréer, est de 2,72. Le besoin non satisfait de planification familiale est plus élevé chez les femmes des zones rurales que chez les femmes des zones urbaines. Il est presque 1,5 fois plus élevé chez les femmes sans instruction que chez les femmes ayant fait des études supérieures. Il est le plus élevé chez les femmes issues des ménages les plus pauvres et diminue à mesure que le revenu du ménage augmente. D'après les données disponibles les plus récentes, 40,4 % des femmes mariées ou en couple utilisent une méthode moderne de contraception, et 56,9 %, des demandes de planification familiale par des méthodes modernes sont satisfaites ; la demande est légèrement plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine, parmi les femmes sans instruction ou sans éducation primaire, et parmi les femmes issues des ménages les plus pauvres.

Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes

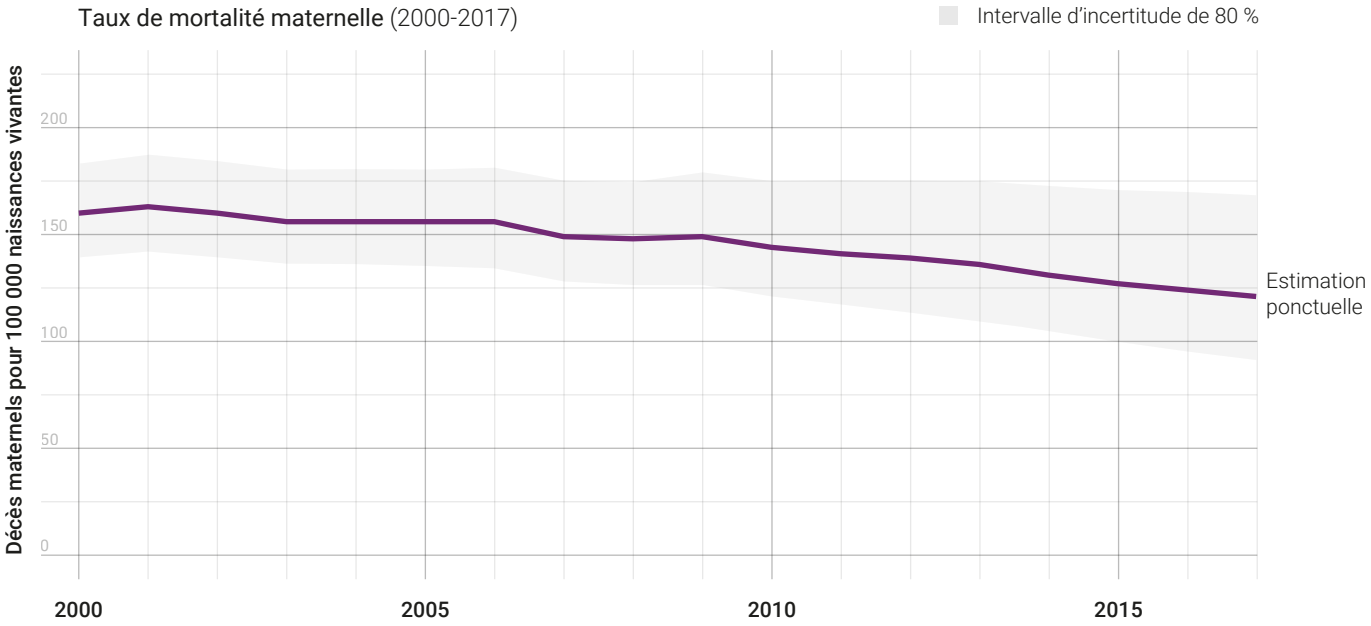


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

IV Perspectives population mondiale 2022

Entre 2000 et 2017, aux Philippines, le taux de mortalité maternelle a diminué, dernière année pour laquelle des données sont disponibles et où il est estimé à 121 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne l'intégration d'« une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à des avortements sans risque conformément à la loi et des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement, dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la couverture sanitaire universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique, à l'autonomie et aux droits procréatifs, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». L'avortement n'est pas autorisé aux Philippines.

Taux de mortalité maternelle (2000-2017)



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

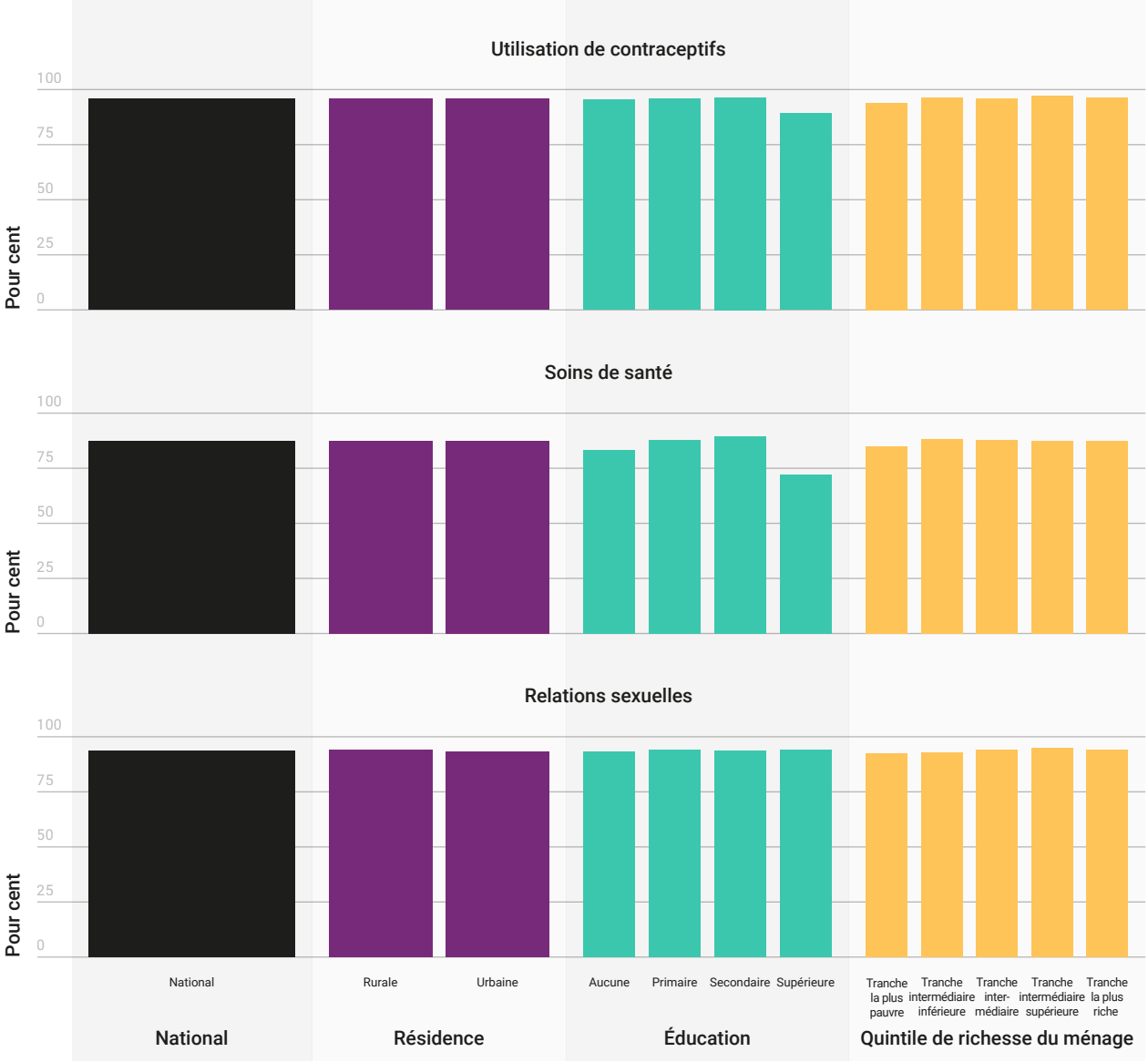
Aux Philippines, 97 % des femmes mariées ou en couple prennent des décisions concernant leurs soins de santé, 94 % décident elles-mêmes de recourir ou non à la contraception, et 88 % peuvent refuser des rapports sexuels. Ces chiffres sont plus élevés chez les femmes qui ont poursuivi leurs études au-delà du cycle d'enseignement primaire que chez celles qui n'ont pas d'instruction. Dans le pays, 81 % des femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans prennent elles-mêmes les décisions concernant leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Elles décident notamment d'avoir recours ou non à des soins de santé ou à la contraception, et peuvent refuser des rapports sexuels. Les indicateurs de l'ODD 5.6.2 évaluent la mesure dans laquelle les lois en vigueur permettent ou empêchent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Les Philippines disposent de 71 % des lois et règlements garantissant l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins de maternité, de 60 % des lois et règlements garantissant l'accès aux services de contraception et de planification familiale, et de 100 % des lois et règlements garantissant l'accès à l'éducation sexuelle.

Mesure dans laquelle les lois et les règlements des Philippines garantissent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes âgés de 15 ans et plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive



Source : Fonds des Nations Unies pour la population, 2022

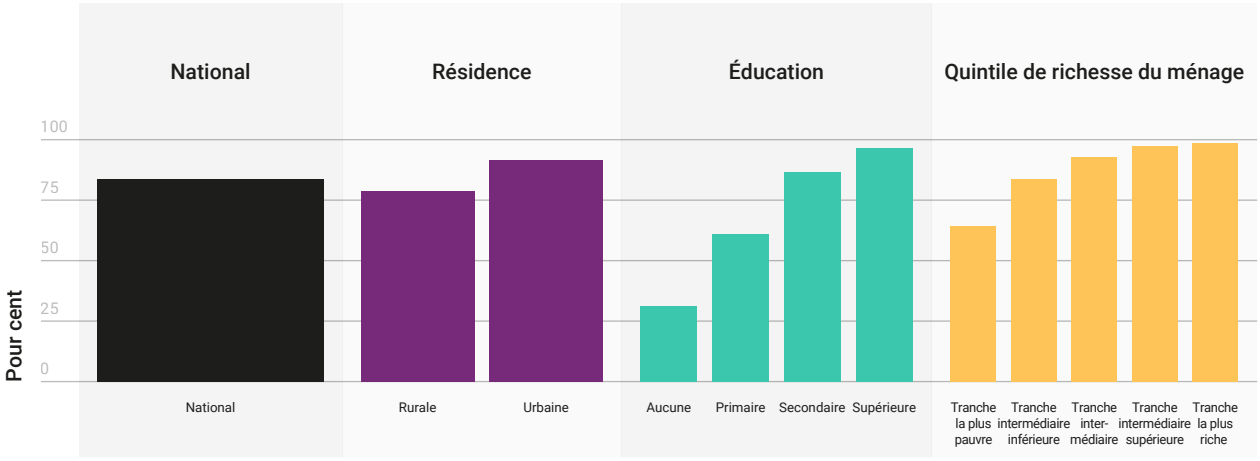
Proportion de femmes mariées prenant leurs décisions elles-mêmes et en connaissance de cause concernant les soins de santé procréative, l'utilisation de contraceptifs et les relations sexuelles



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

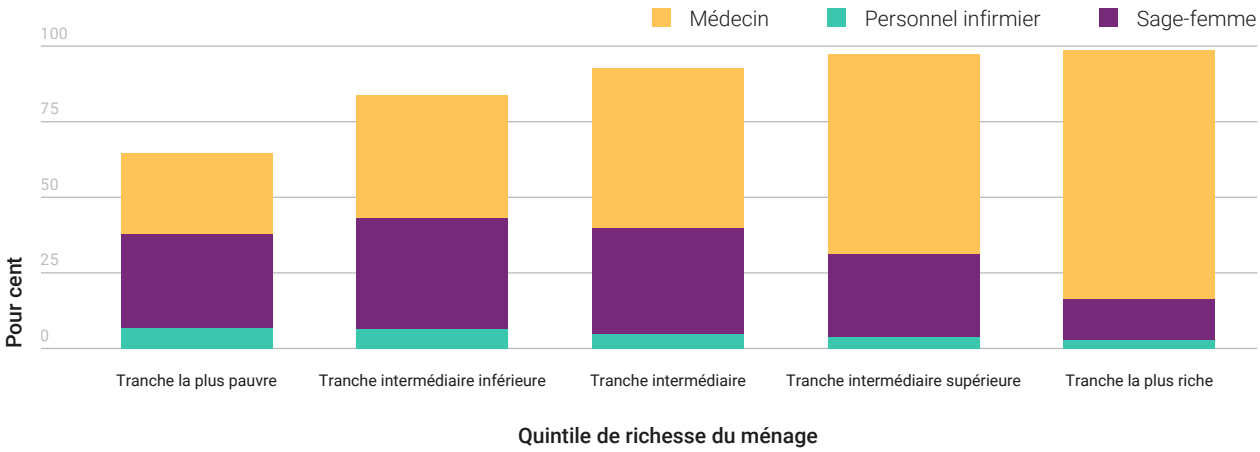
Aux Philippines, en 2017, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, la proportion de naissances assistées par du personnel qualifié était de 84,4 %. Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années, les accouchements assistés par du personnel qualifié étaient plus nombreux chez les femmes des zones urbaines, les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures et les femmes issues des ménages à revenu moyen et élevé. Plus les ménages sont aisés, plus les naissances sont susceptibles d'être assistées par des médecins plutôt que par des sage-femmes ou du personnel infirmier. Dans les ménages les plus pauvres, les accouchements sont le plus souvent assistés par des sage-femmes, moins souvent par des médecins et plus rarement encore par du personnel infirmier. Dans les ménages les plus aisés, ils sont principalement assistés par des médecins.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse

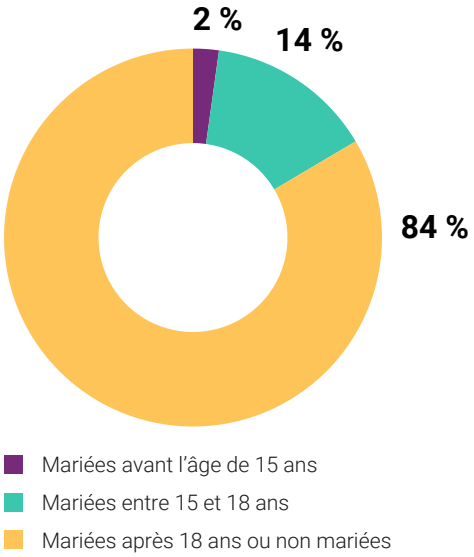


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Lors du Sommet de Nairobi, les Philippines se sont engagées à intensifier leurs efforts pour optimiser le dividende démographique.

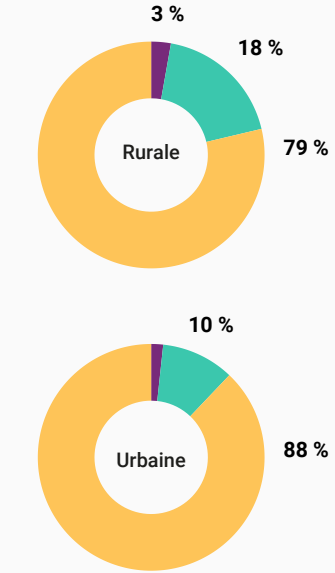
Dans le pays, 16 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans, et 2 % des femmes l'ont été avant l'âge de 15 ans. Le pourcentage de mariages avant l'âge de 15 ans est presque quatre fois plus élevé chez les filles sans instruction que chez celles qui ont poursuivi des études secondaires ou supérieures, et près de dix fois plus élevé chez les filles issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés. Le nombre d'accouchements avant l'âge de 18 ans est 11 fois plus élevé chez les femmes issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

Distribution de l'âge du mariage, femmes âgées de 20 à 24 ans

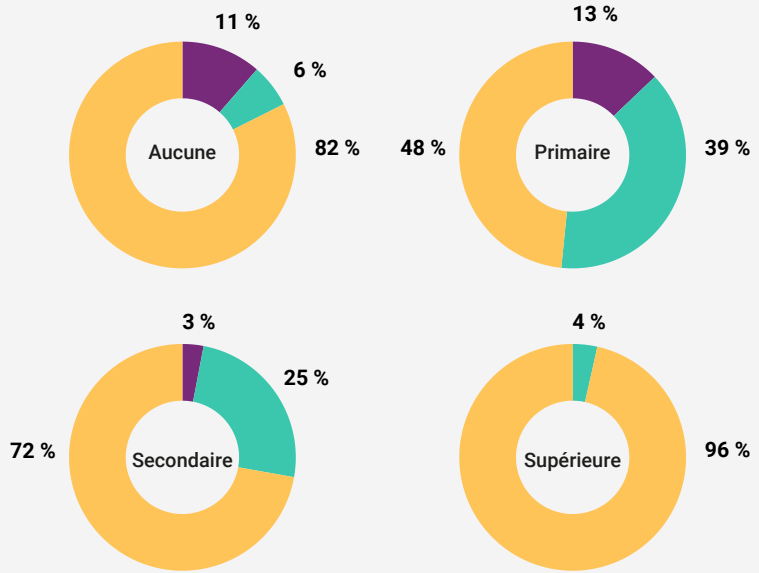


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



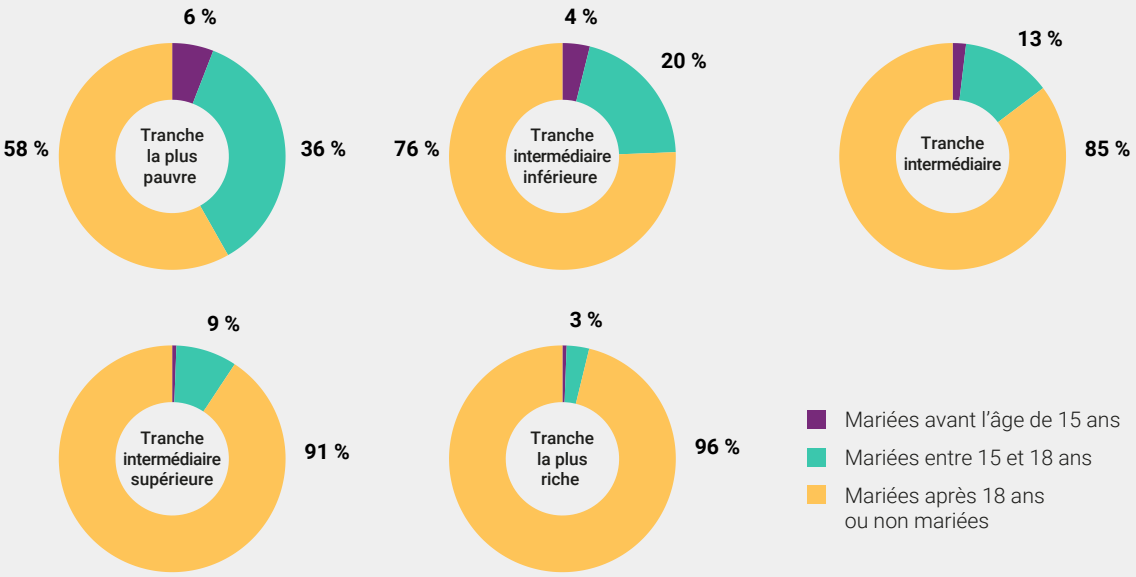
Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



Mariées avant l'âge de 15 ans | Mariées entre 15 et 18 ans | Mariées après 18 ans ou non mariées

Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans

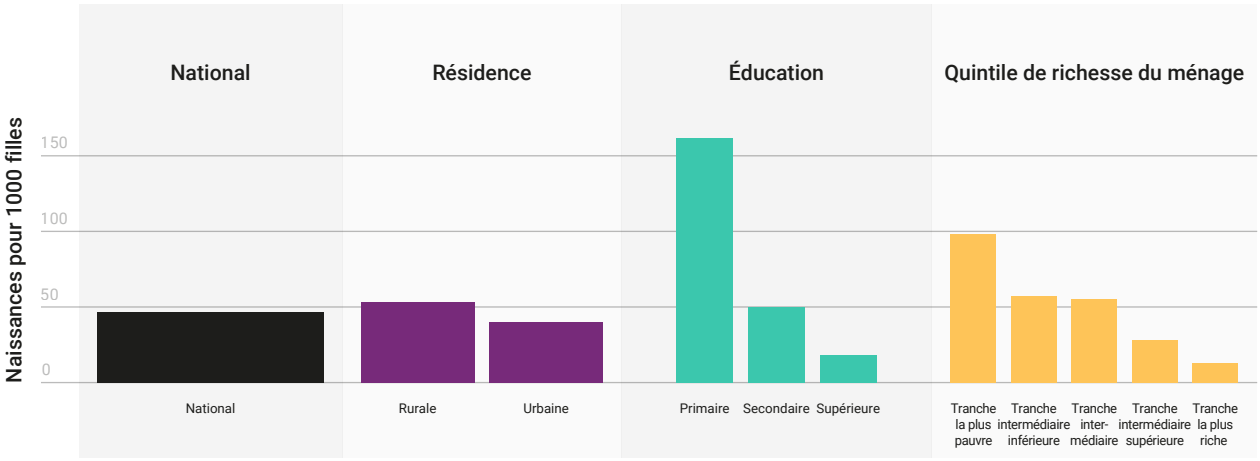


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Les Philippines ont donné suite aux engagements pris lors de la CIPD25. En 2020, la Commission philippine de la population et du développement (POPCOM) a organisé une réunion de consultation en suivi du Sommet de Nairobi et, en 2021, le Gouvernement a rédigé et adopté un rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action du Sommet de Nairobi. Le pays a plaidé pour des initiatives liées aux engagements de Nairobi, telles que les politiques liées au dividende démographique et à la réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes. Le budget a également fait l'objet d'un plaidoyer au Congrès.

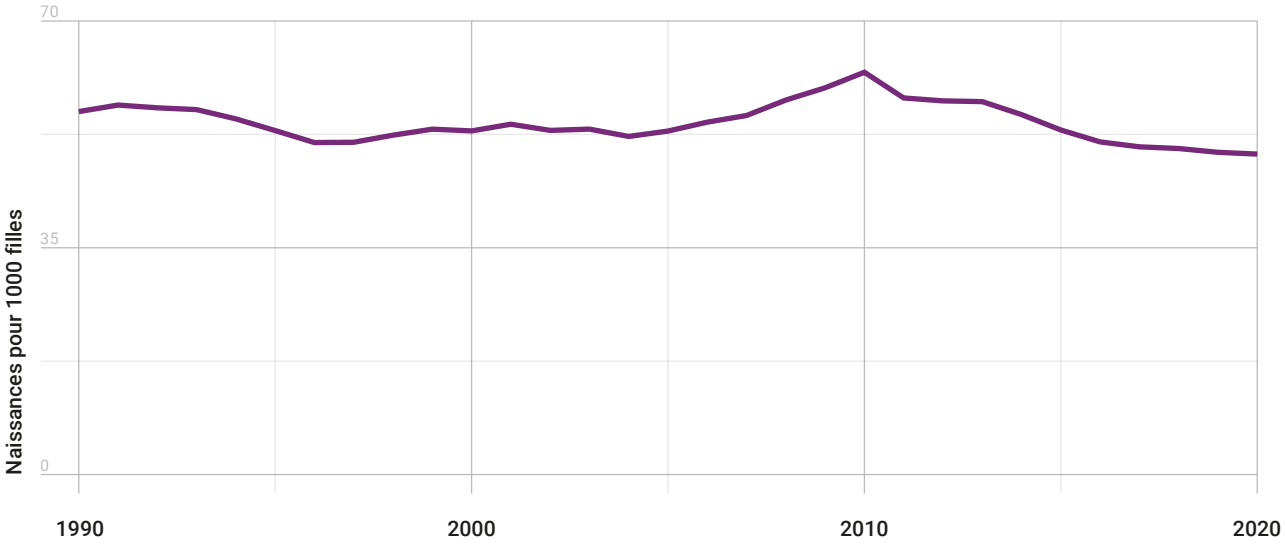
Entre 1990 et 2020, aux Philippines, le taux de natalité des adolescentes a légèrement diminué. Il est neuf fois plus élevé chez les adolescentes n'ayant qu'une éducation primaire que chez celles ayant fait des études supérieures, et 7,5 fois plus élevé chez les adolescentes issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête démographique et de santé, 2017

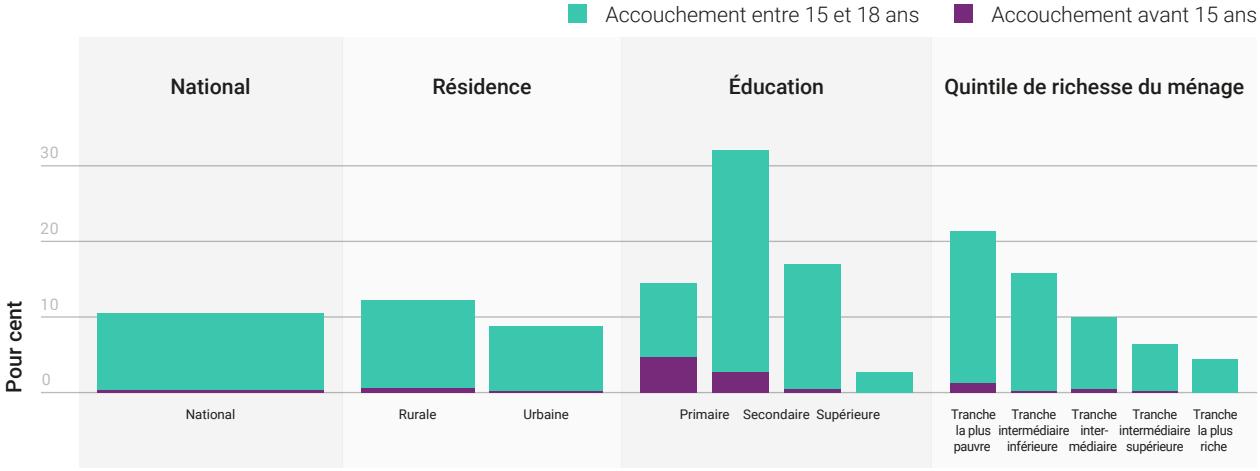
Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



Source : Perspectives population mondiale 2022

Parmi les filles mariées âgées de 20 à 24 ans, les naissances avant 18 ans sont plus nombreuses chez les filles des zones rurales, chez celles qui ne sont pas allées au-delà du cycle primaire et chez celles issues des ménages les plus pauvres. Les femmes issues des ménages les plus pauvres sont presque quatre fois plus susceptibles d'accoucher avant l'âge de 18 ans que les femmes issues des ménages les plus aisés.

Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans

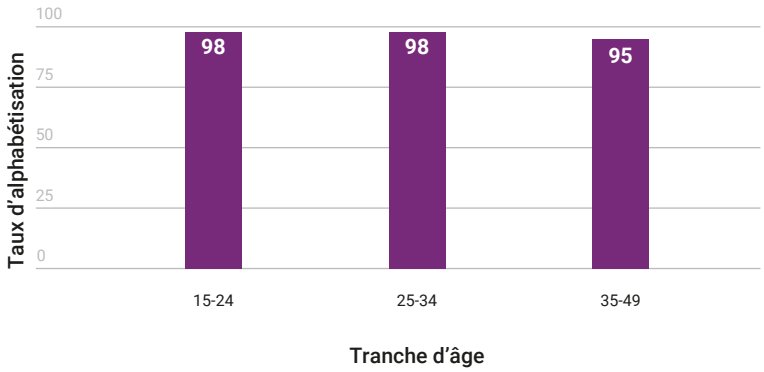


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

Dans un contexte marqué par une aggravation des problèmes liés aux droits de l'enfant du fait de la pandémie de COVID-19 et du typhon Odette (Rai), l'adoption, au début de l'année 2022, de la loi sur l'interdiction du mariage des enfants, constitue une avancée majeure. La pratique du mariage des enfants a été observée dans les communautés autochtones et musulmanes du pays. À l'échelle mondiale, les Philippines se classent au 12e rang pour le nombre absolu de mariages d'enfants. Si ces communautés ont par ailleurs essayé de résoudre le problème par l'intermédiaire de programmes communautaires, l'adoption d'une loi renforce le cadre juridique et la protection des adolescentes, conformément à l'engagement mondial 5.

Aux Philippines, le taux d'alphabétisation des femmes est généralement élevé dans toutes les tranches d'âge.

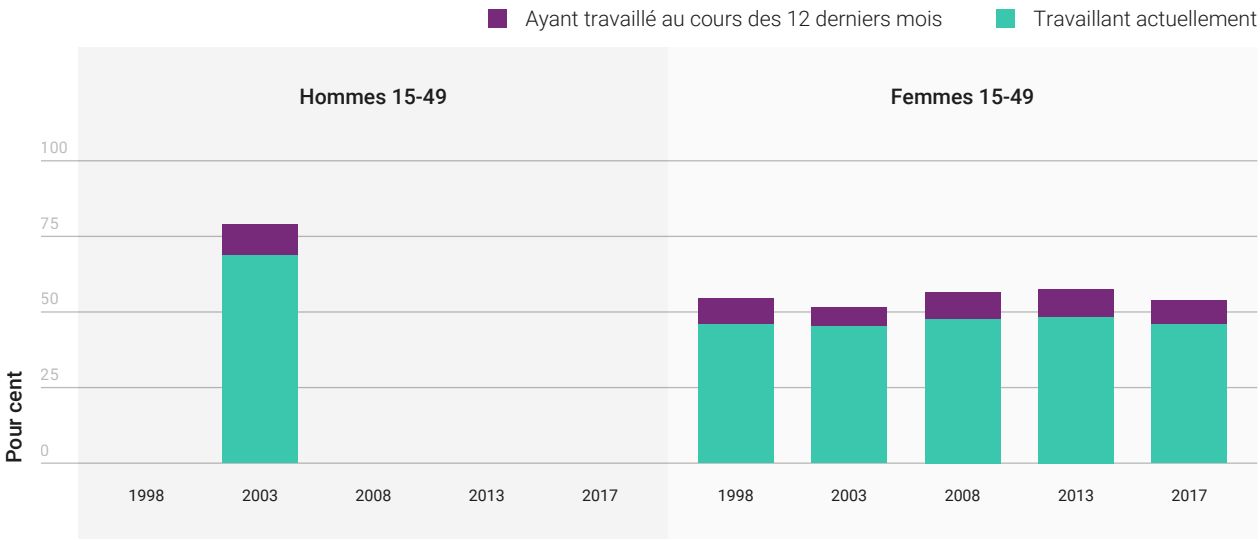
Taux d'alphabétisation des femmes selon l'âge



Source : Enquête démographique et de santé, 2018

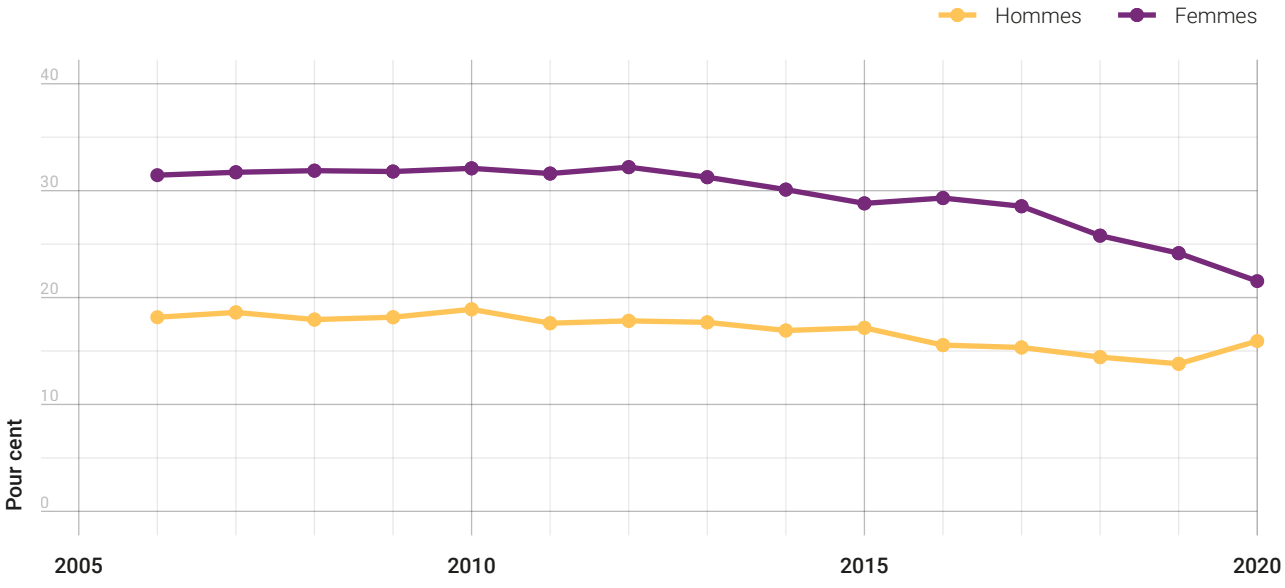
Entre 2001 et 2016, les tendances de l'emploi pour les femmes (la proportion de femmes travaillant ou ayant travaillé au cours des 12 derniers mois) sont restées relativement stables. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. Aux Philippines, le pourcentage de jeunes femmes non scolarisées, sans emploi ni formation a diminué, tandis qu'il reste stable chez les hommes.

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 1998-2017

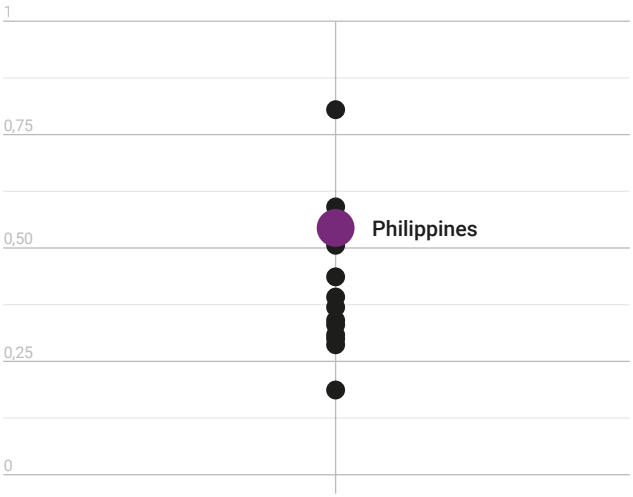
Pourcentage de jeunes (15-24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête sur la population active, 2006-2020

L'ODD 16 vise à promouvoir des sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décision. Les Philippines se classent au troisième rang régional pour la représentation des femmes au sein du Parlement (ODD 16.17.1).

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est



Source : Union interparlementaire, 2022

RÉPUBLIQUE DE SIERRA LEONE

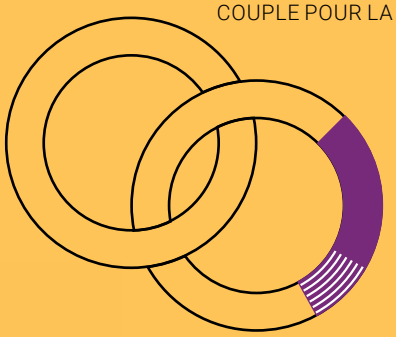
POPULATION TOTALE [I]
8 697 890

POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]
59,37 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I]
2 172 890

POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I]
1 792 160

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]

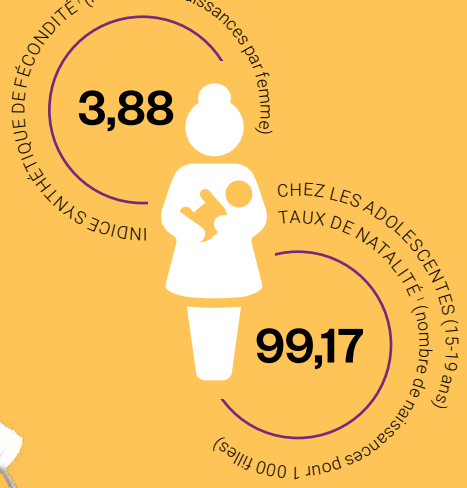


AVANT L'ÂGE DE 18 ANS
29,6 %

AVANT L'ÂGE DE 15 ANS
8,6 %

TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II]
1 120
100 000





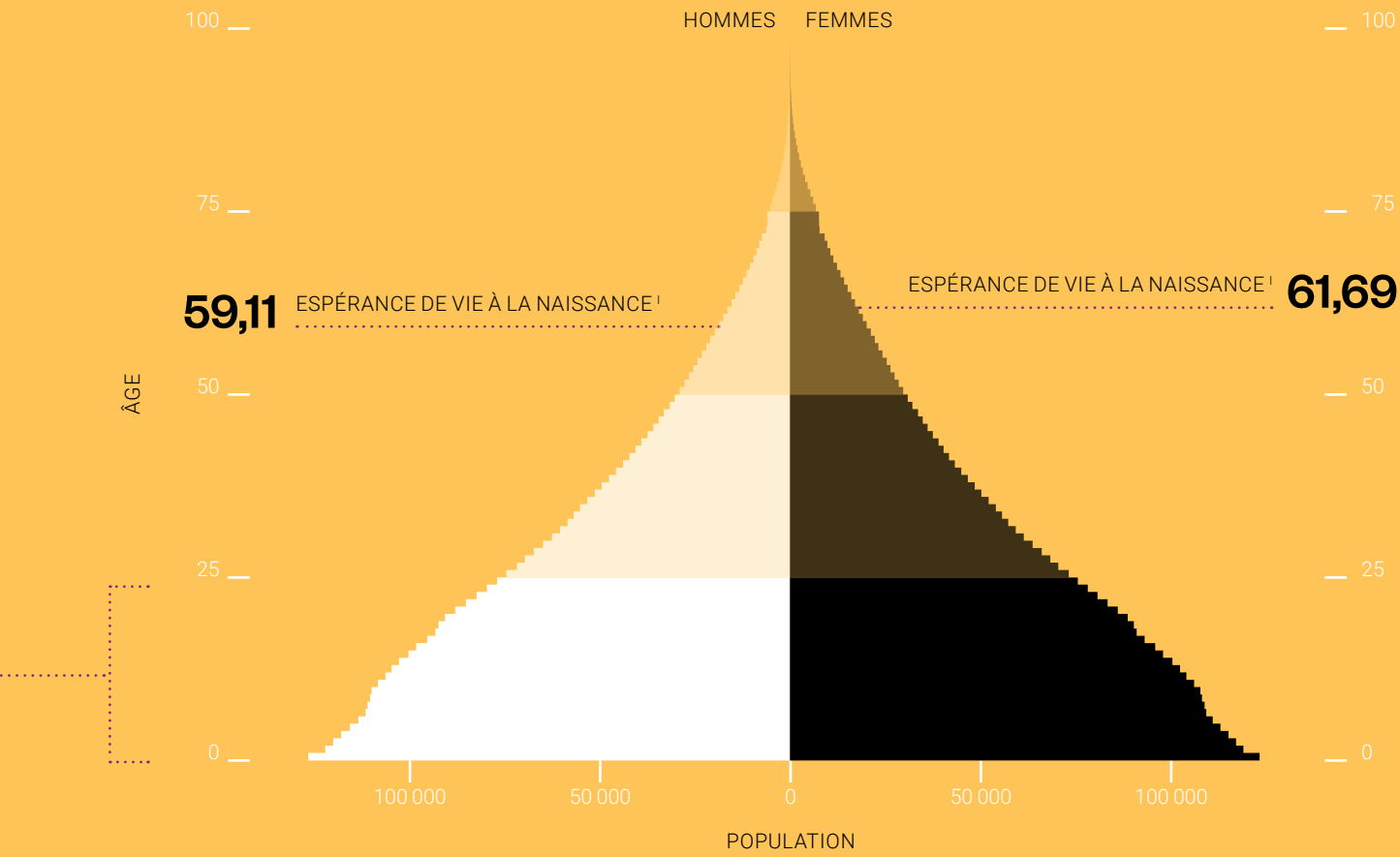
I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD

19,8 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

56,8 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

86,9 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

Lors du Sommet de Nairobi, le gouvernement de la République de Sierra Leone s'est engagé à atteindre l'objectif global du Programme d'action de la CIPD, conformément aux engagements du Plan national de développement à moyen terme de la Sierra Leone (2018-2023), à la Politique nationale de population (2018) et aux engagements de la Planification familiale 2017-2020.

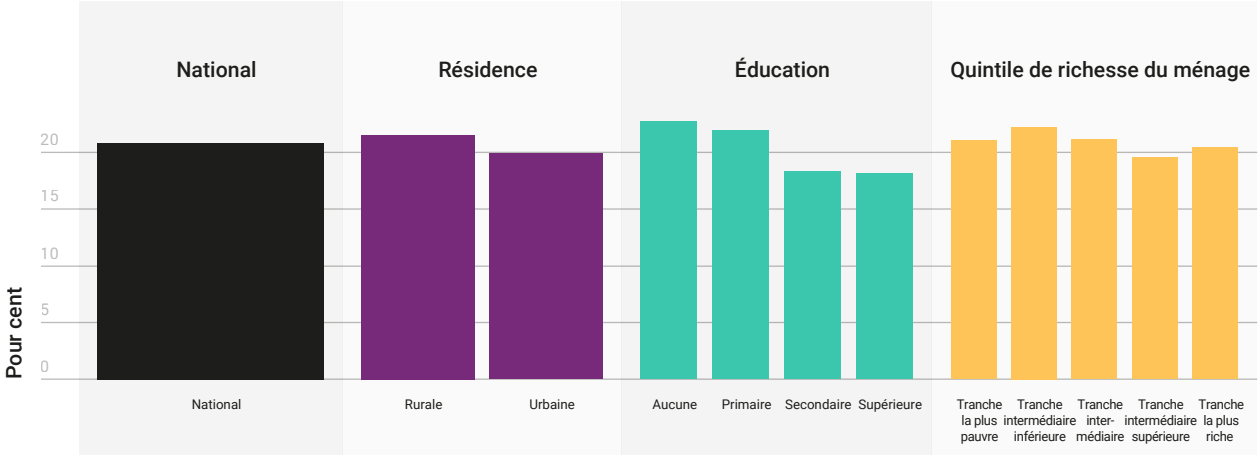


I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

Le gouvernement de la Sierra Leone s'est engagé à atteindre l'objectif global de zéro besoin non satisfait en matière de services de planification familiale d'ici à 2030. Dans le cadre de cet engagement, la Sierra Leone s'emploie à faire progresser le taux de prévalence contraceptive de 22,5 % en 2017 à 50 % d'ici à 2028.

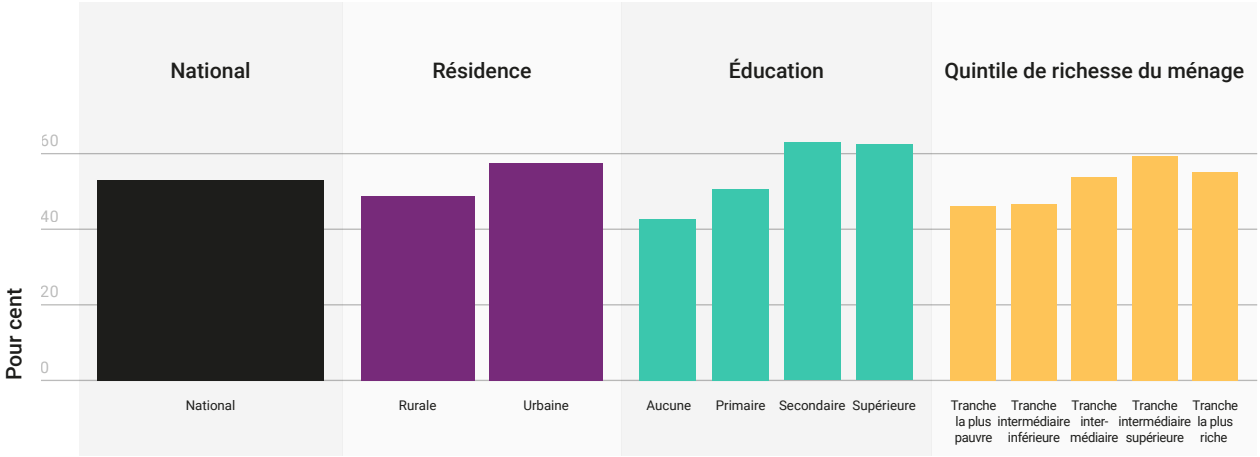
En 2022, l'indice synthétique de fécondité de la Sierra Leone, c'est-à-dire le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme si elle vivait jusqu'à la fin de sa période de fécondité, est estimé à 3,88. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont légèrement plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines, et atteignent leur plus haut niveau chez les femmes sans instruction et celles n'ayant suivi qu'un enseignement primaire. La demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes est plus élevée chez les femmes vivant en zone urbaine, chez celles ayant suivi un enseignement secondaire et des études supérieures, et chez celles issues des ménages plus aisés.

Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2019

Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes

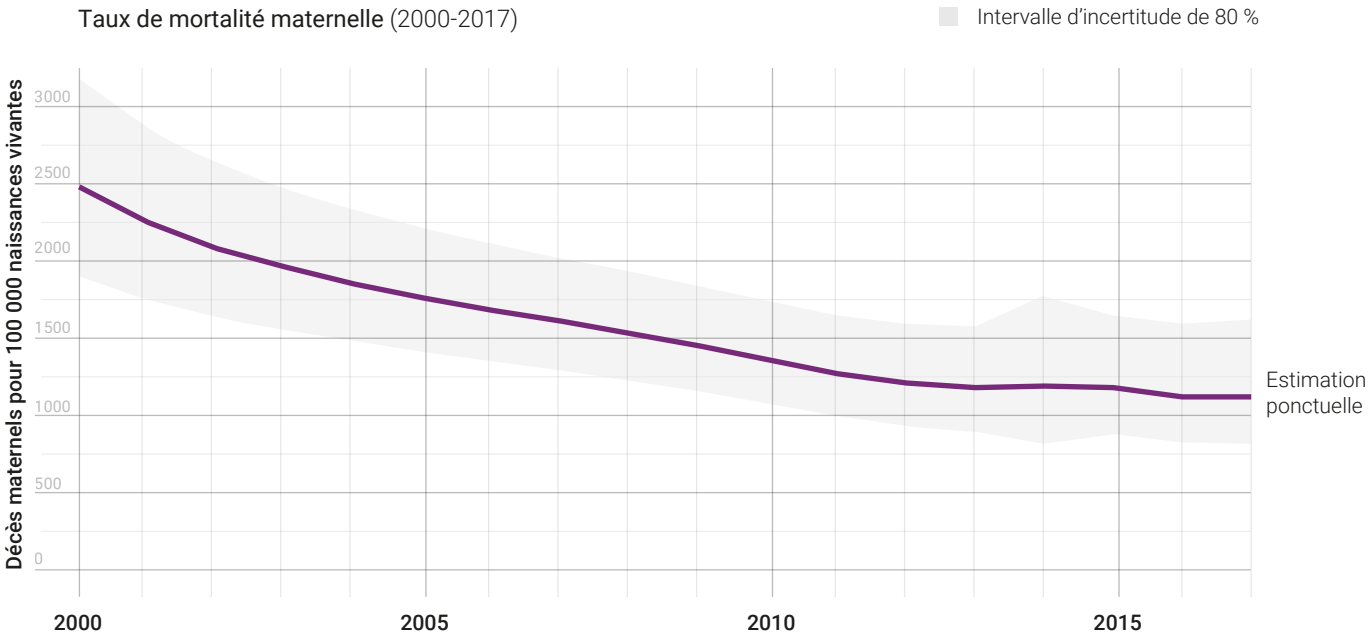


Source : Enquête démographique et de santé, 2019

Le gouvernement de la Sierra Leone s'est engagé à atteindre l'objectif global de zéro décès maternel évitable d'ici à 2030.

Le taux de mortalité maternelle de la Sierra Leone a diminué entre 2000 et 2017 et les estimations récentes de l'enquête démographique et de santé de 2019 indiquent que ce taux s'élève à 717 décès pour 100 000 naissances vivantes. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne la nécessité d'intégrer « une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la Couverture Sanitaire Universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique et à l'autonomie, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». Alors que l'avortement est totalement interdit en Sierra Leone, le Président et le gouvernement ont soutenu, en 2022, un projet de loi visant à dépénaliser l'avortement et à abroger une loi entrée en vigueur en 1861, alors que le pays était encore colonie britannique. Le texte devrait être débattu et promulgué avant fin 2022. Le gouvernement de la Sierra Leone s'est engagé à former et employer 1 000 sages-femmes, 180 infirmiers anesthésistes et 72 assistants chirurgicaux d'ici à 2025. Des progrès sont en cours, comme l'a indiqué la Sierra Leone dans son Examen national volontaire de la mise en œuvre des ODD lors du Forum politique de haut niveau des Nations Unies en 2021.

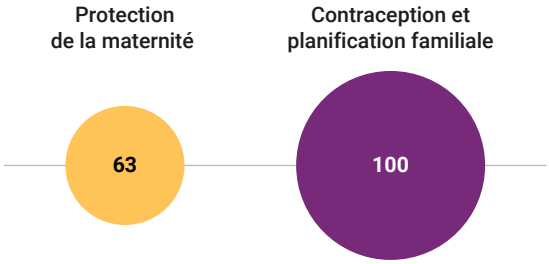
Taux de mortalité maternelle (2000-2017)



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

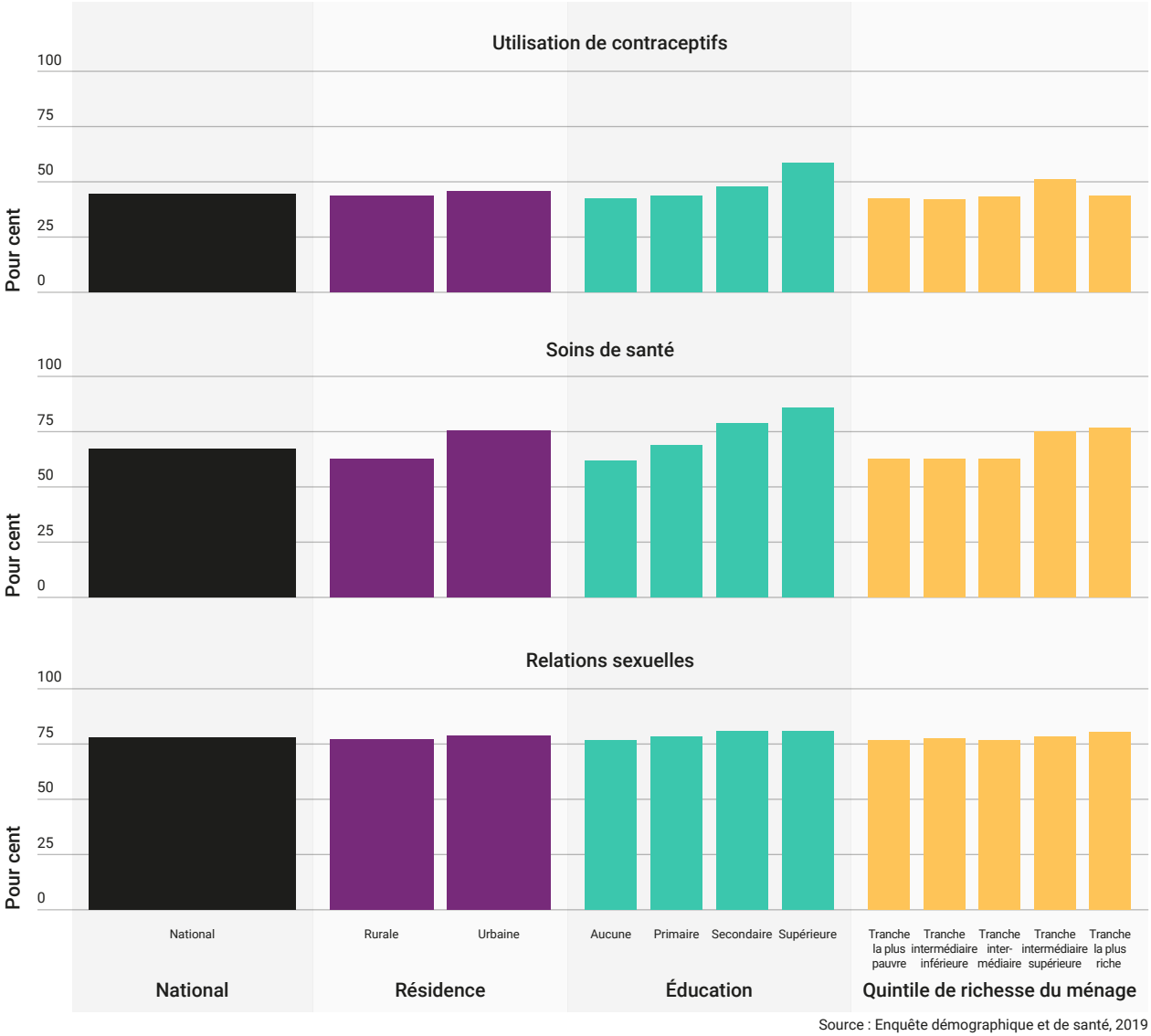
En Sierra Leone, 78 % des femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans prennent leurs propres décisions concernant les relations sexuelles, 44,2 % concernant le recours à la contraception et 67,5 % concernant les soins de santé. Les pourcentages relatifs aux relations sexuelles sont assez constants selon la région géographique, le niveau d'éducation et le niveau de vie du ménage, tandis que les pourcentages relatifs à l'utilisation de la contraception et aux soins de santé personnels augmentent avec le niveau d'éducation et le niveau de vie du ménage. L'indicateur des ODD 5.6.2 évalue la mesure dans laquelle les lois en vigueur permettent ou empêchent un accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive. La Sierra Leone s'est dotée de 63 % des lois et règlements garantissant un accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes aux soins de maternité, et de 100 % des lois et règlements garantissant un accès aux services de contraception et de planification familiale.

Mesure dans laquelle les lois et les règlements de la Sierra Leone garantissent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes âgés de 15 ans et plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive



Source : Fonds des Nations Unies pour la population, 2022

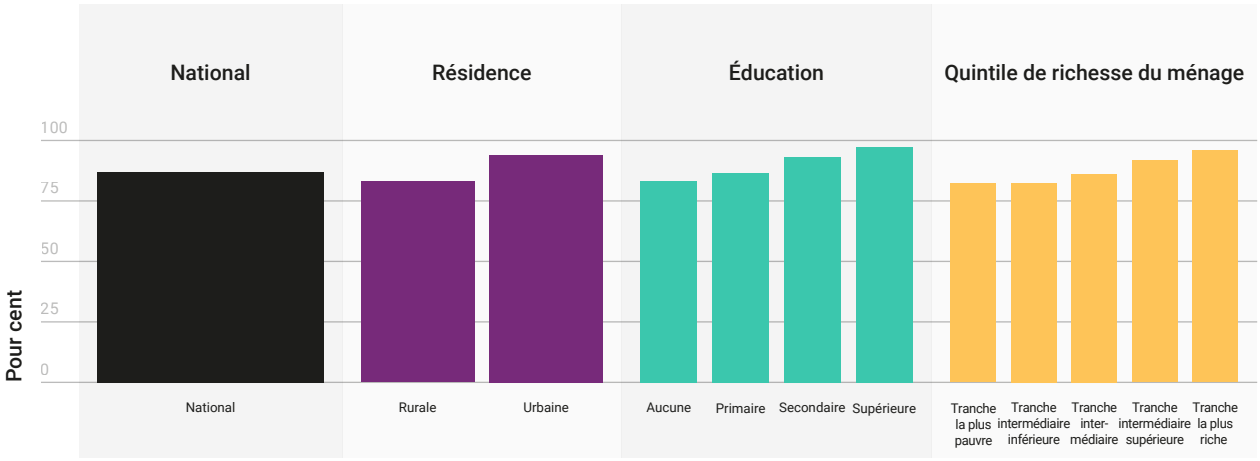
Proportion de femmes mariées prenant leurs décisions elles-mêmes et en connaissance de cause concernant les soins de santé procréative, l'utilisation de contraceptifs et les relations sexuelles



Source : Enquête démographique et de santé, 2019

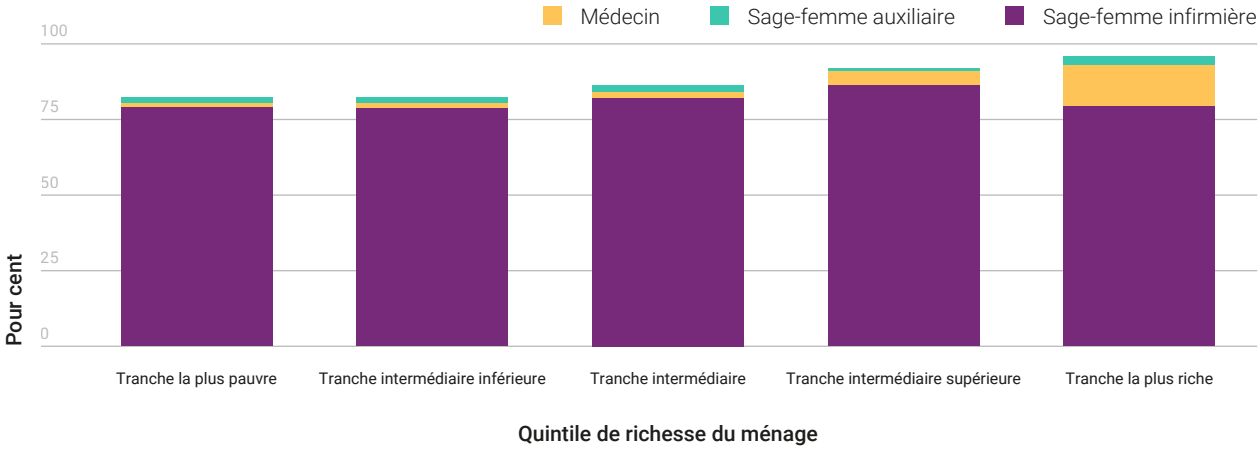
Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années en Sierra Leone, 86,9 % ont été assistées par du personnel qualifié. Ce pourcentage est l'un des plus élevés de la région. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié était plus élevé chez les femmes vivant en zone urbaine et augmentait avec le niveau d'éducation de la femme et le revenu du ménage. La plupart des naissances en Sierra Leone sont assistées par des infirmières sages-femmes ; dans les ménages les plus aisés, environ 14 % des naissances sont assistées par des infirmières sages-femmes).

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête démographique et de santé, 2019

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse

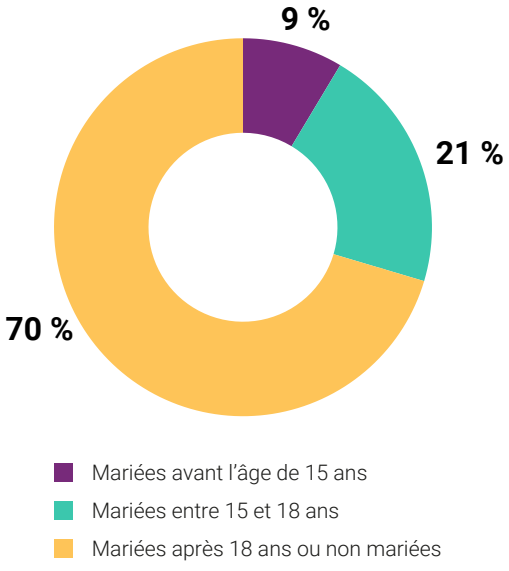


Source : Enquête démographique et de santé, 2019

Le gouvernement de la Sierra Leone s'est engagé à promulguer le projet de loi sur l'interdiction du mariage des enfants, loi qui criminalise le mariage des enfants pour tous les types de mariages. Parmi les premières étapes, une vaste campagne sur le mariage des enfants dans les communautés, l'engagement des chefs traditionnels et religieux et la révision de la loi sur les droits de l'enfant de 2007.

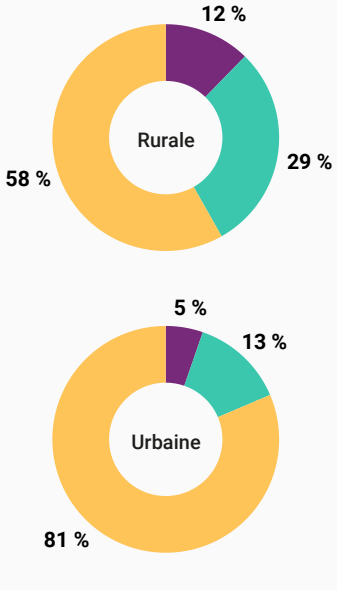
En Sierra Leone, 29,6 % des femmes âgées de 20 à 24 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans, et près de 9 % avant l'âge de 15 ans. Le mariage avant l'âge de 18 ans est deux fois plus fréquent chez les femmes vivant en zone rurale que chez celles vivant en zone urbaine. Il est plus élevé chez les femmes n'ayant reçu aucune instruction et n'ayant suivi qu'un enseignement primaire, et il est quatre fois plus élevé chez les femmes issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

Distribution de l'âge du mariage,
femmes âgées de 20 à 24 ans

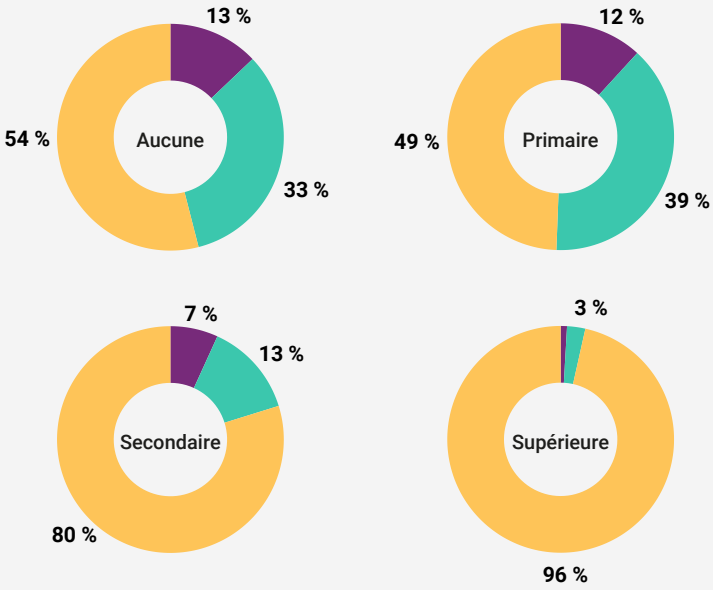


Source : Enquête démographique et de santé, 2019

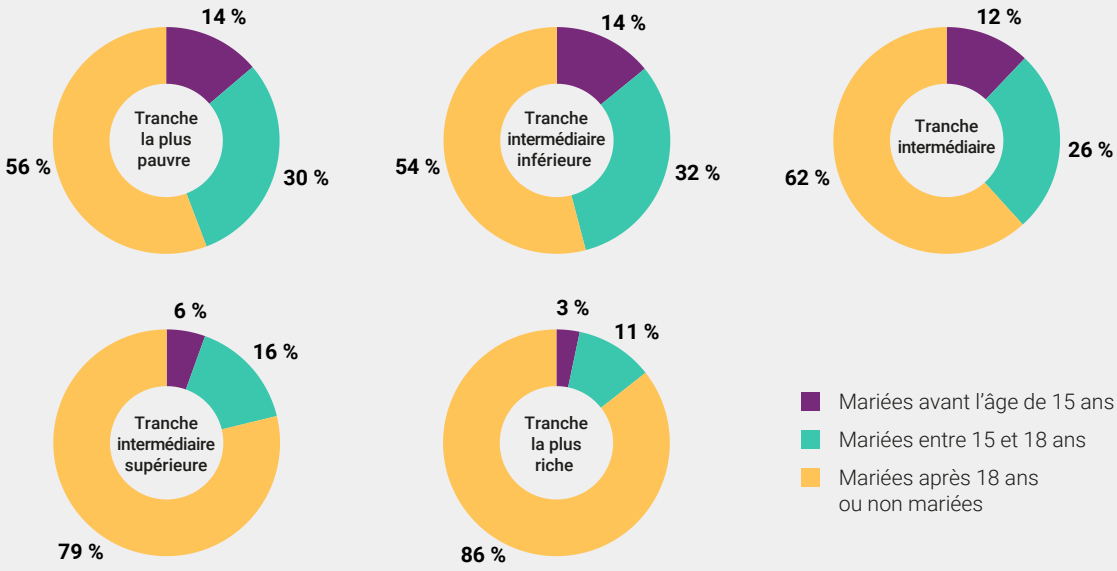
Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



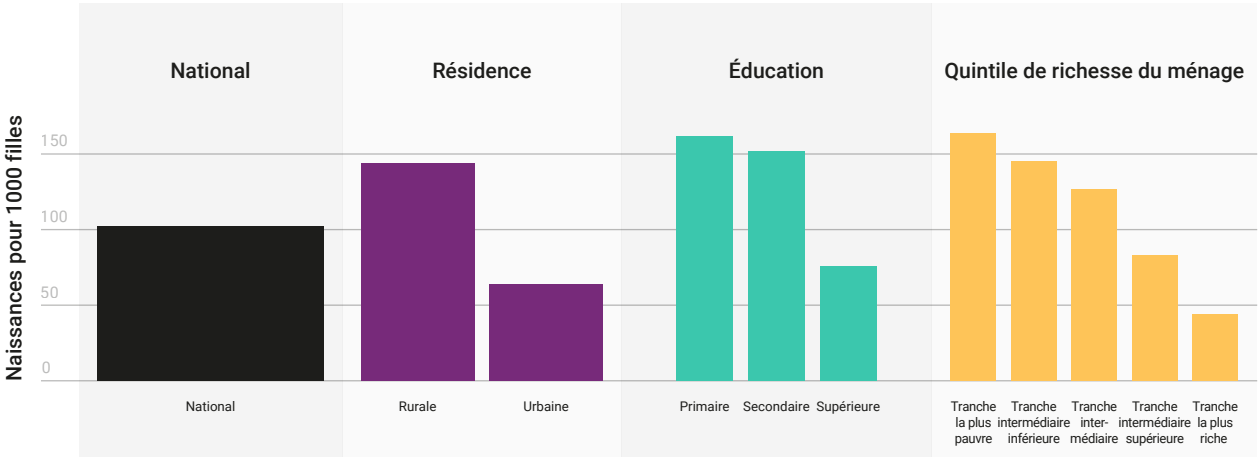
Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2019

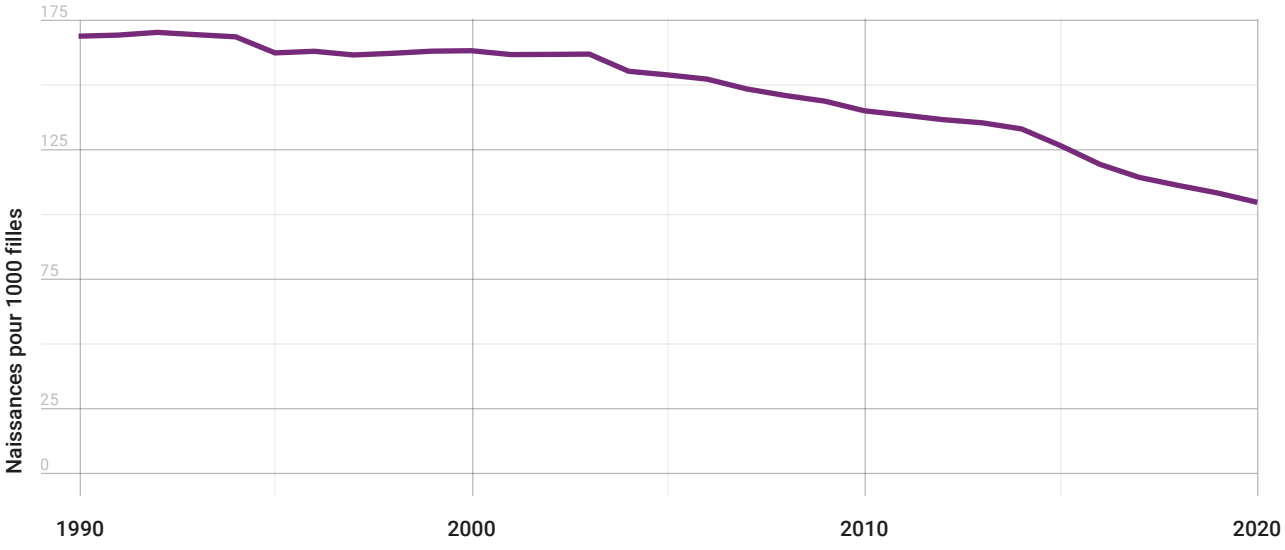
Le taux de natalité des adolescentes en Sierra Leone a régulièrement diminué entre 1990 et 2020 ; il est estimé à un peu plus de 100 naissances pour 1 000 filles en 2022. Le taux de natalité chez les adolescentes est deux fois plus élevé chez celles vivant en zone rurale que chez celles vivant en zone urbaine, deux fois plus élevé chez celles n'ayant reçu aucune instruction que chez celles ayant suivi un enseignement secondaire, et trois fois plus élevé chez celles issues des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête démographique et de santé, 2019

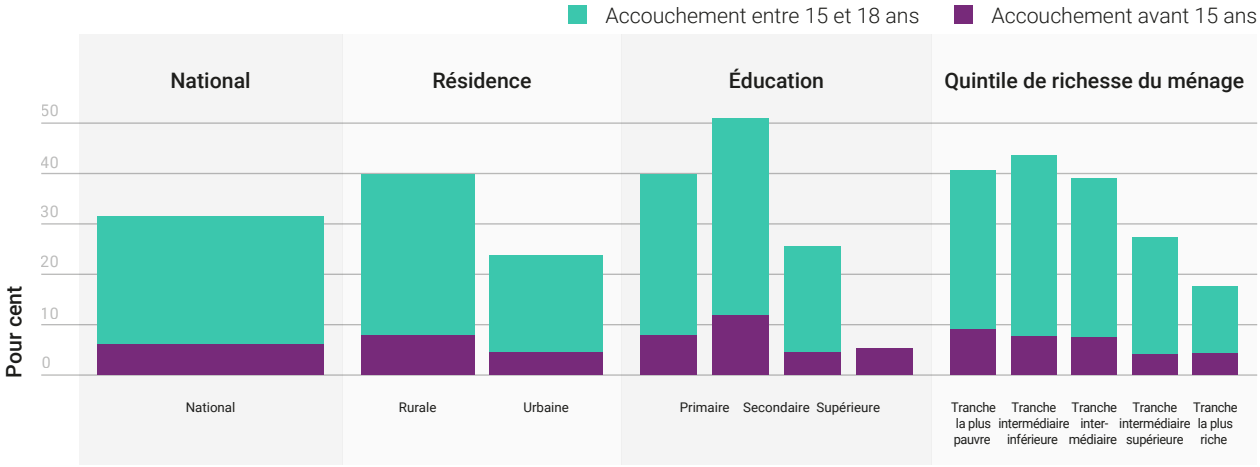
Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



Source : Perspectives population mondiale 2022

31,3 % des femmes âgées de 20 à 24 ans en Sierra Leone ont donné naissance avant l'âge de 18 ans voire, pour 6,1 % d'entre elles, avant l'âge de 15 ans. La plupart des naissances ont lieu chez les femmes vivant en zone rurale, n'ayant reçu qu'un enseignement primaire, et issues des ménages des deux tranches les plus pauvres. Le pourcentage de naissances avant l'âge de 15 et 18 ans est 1,6 fois plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines, et deux fois plus élevé chez les femmes issues de la deuxième tranche des ménages les plus pauvres que chez celles issues des ménages les plus aisés.

Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans

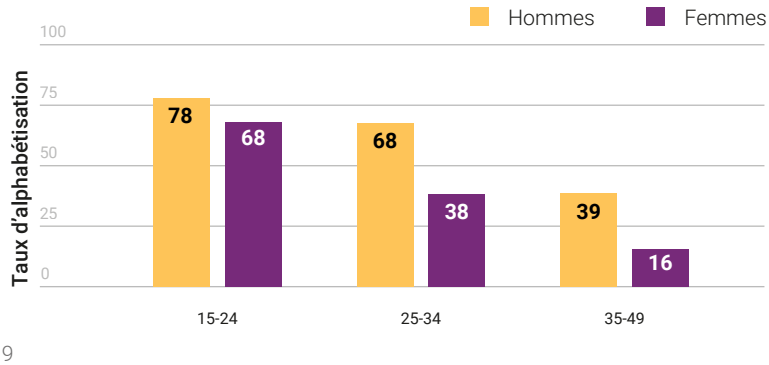


Source : Enquête démographique et de santé, 2017

En Sierra Leone, plus de 90 % des femmes de plus de 30 ans ont subi une mutilation génitale féminine, contre 61 % pour celles âgées de 15 à 19 ans[IV]. La Sierra Leone est l'un des rares pays d'Afrique subsaharienne à ne pas avoir interdit les mutilations génitales féminines.

En Sierra Leone, le taux d'alphabétisation des hommes est plus élevé que celui des femmes. Ces deux taux diminuent selon la tranche d'âge, de 15-24 ans à 35-49 ans. L'enseignement secondaire complète l'offre d'éducation de base qui a débuté au niveau du primaire et vise à jeter les bases de l'apprentissage tout au long de la vie et du développement humain, en proposant un enseignement plus axé sur les disciplines ou les compétences, avec des enseignants plus spécialisés. En 2018, le taux net de fréquentation des écoles secondaires[V] en Sierra Leone s'élevait à 41,8. La décision prise en 2020 par le gouvernement de Sierra Leone de mettre fin à l'interdiction faite aux filles enceintes et aux mères adolescentes d'aller à l'école, en place depuis 10 ans, représente une étape importante pour améliorer l'éducation des filles, conformément à leurs droits fondamentaux et à l'appui de la réalisation de l'égalité des genres et des engagements de Nairobi.

Taux d'alphabétisation selon l'âge et le sexe



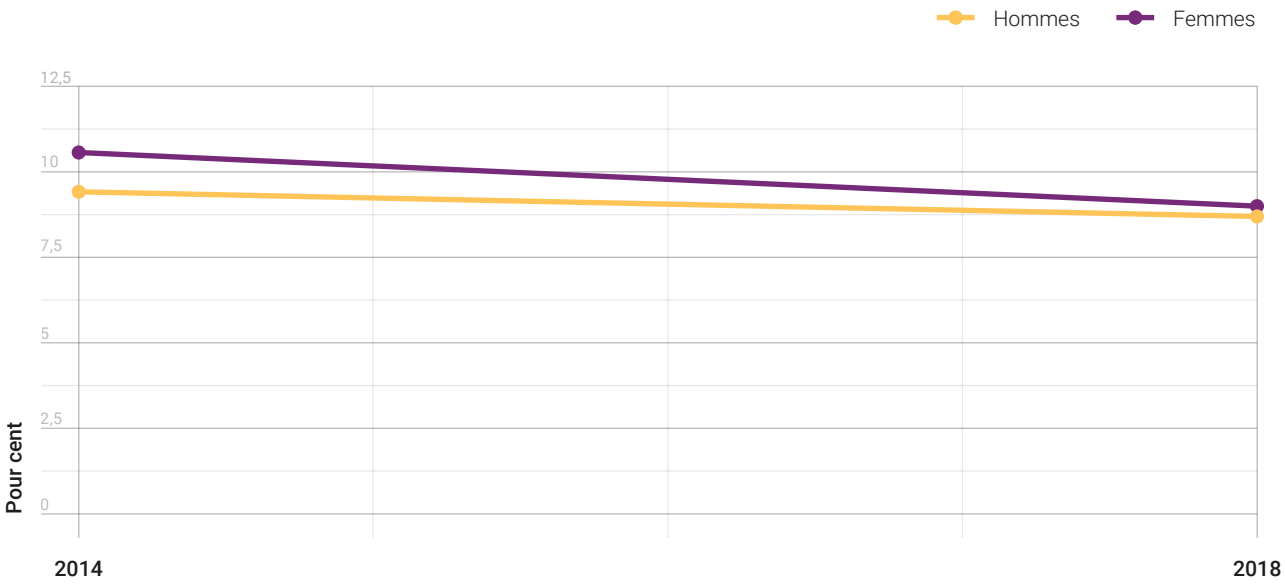
Source : Enquête démographique et de santé, 2019

IV Enquête démographique et de santé, 2019

V Rapport entre le nombre d'enfants d'âge scolaire officiel inscrits à l'école et la population d'âge scolaire officiel correspondante

La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. En Sierra Leone, le pourcentage de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation a diminué chez les femmes et les hommes ; en 2019, il était pratiquement le même chez les hommes que chez les femmes.

Pourcentage de jeunes (15-24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête sur la population active, 2014 et Enquête intégrée sur les ménages, 2018

L'ODD 16 vise à promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions. La proportion de femmes parlementaires en Sierra Leone est l'une des plus faibles de la région, tandis que la proportion de jeunes parlementaires compte parmi les plus élevées de la région (ODD 16.7.1).

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays d'Afrique subsaharienne



Source : Union interparlementaire, 2022

Depuis le Sommet de Nairobi, la Sierra Leone a lancé sa Stratégie nationale de lutte contre la violence sexuelle et sexiste. Un Observatoire national du dividende démographique est également mis en place.

Dans son Examen national volontaire de 2021, la Sierra Leone a explicitement fait état des progrès réalisés par rapport aux engagements nationaux pris lors de la CIPD25, à savoir zéro besoin non satisfait de planification familiale, zéro décès maternel évitable, et zéro violence fondée sur le genre et pratique néfaste.

En mai 2021, la Sierra Leone a fait l'objet d'un examen à l'occasion de la 38e session de l'Examen périodique universel au Conseil des droits de l'homme des Nations unies. Le pays a reçu 274 recommandations, dont 136 au moins (près de la moitié des recommandations) étaient liées au Sommet de Nairobi sur la CIPD25.

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

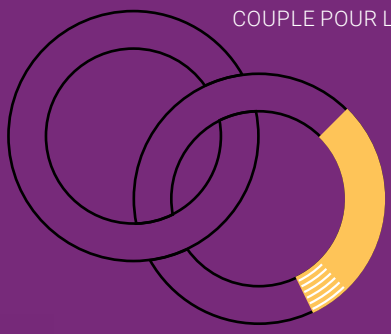
POPULATION TOTALE [I]
66 455 900

POPULATION ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [I]
63,35 %

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ans) [I]
16 110 640

POPULATION ÂGÉE DE 15 À 24 ANS (hommes et femmes) [I]
13 363 090

FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI SE SONT MARIÉES OU MISES EN COUPLE POUR LA PREMIÈRE FOIS [II]

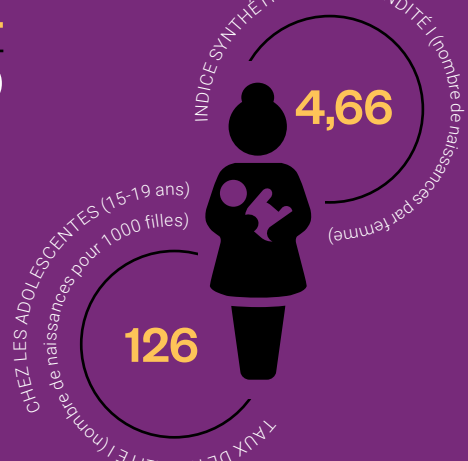


AVANT L'ÂGE DE 18 ANS
30,5 %

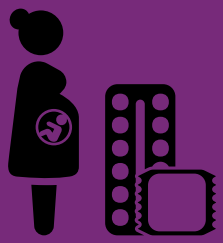
AVANT L'ÂGE DE 15 ANS
5,2 %



TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE (pour 100 000 naissances vivantes) [II]
524 / **100 000**



I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD

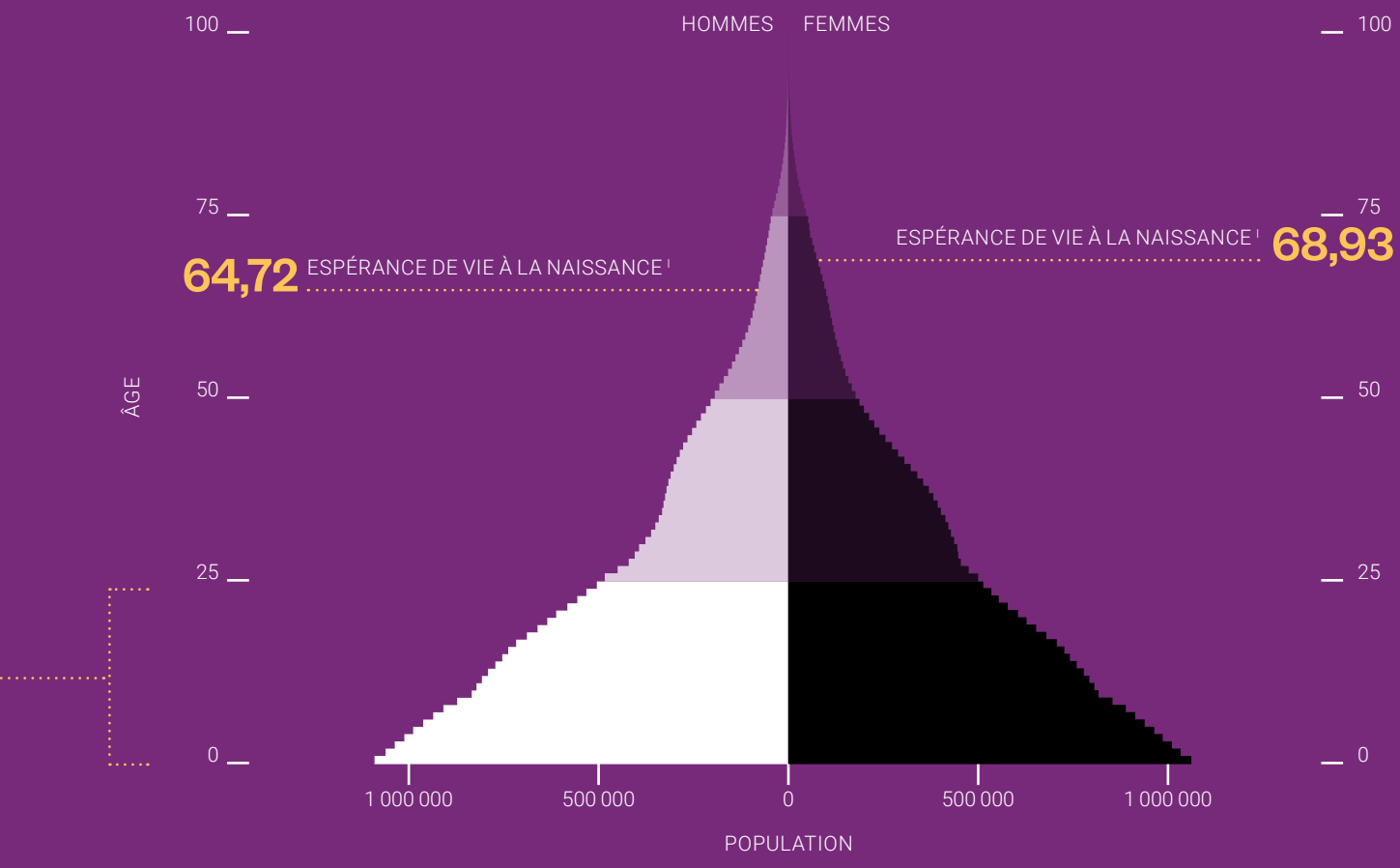


15,2 % BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (toutes les femmes) [III]

62 % DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE SATISFAITE AVEC DES MÉTHODES MODERNES (toutes les femmes) [III]

63,5 % DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ [II]

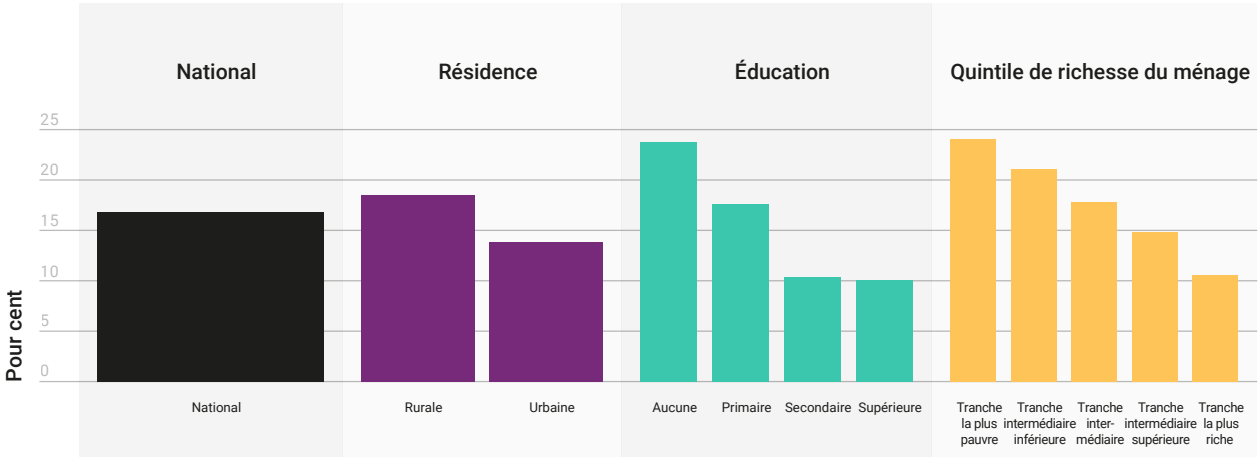
Lors du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, la République-Unie de Tanzanie s'est engagée à accélérer la mise en œuvre et le financement du Programme d'action de la CIPD conformément à la Vision 2025 pour le développement de la Tanzanie. Le pays s'est engagé à redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif de zéro besoin de services de planification familiale non satisfait afin d'**améliorer la survie des enfants et des mères.**



I. Perspectives population mondiale 2022 II. ODD III. Utilisation mondiale de la contraception 2022

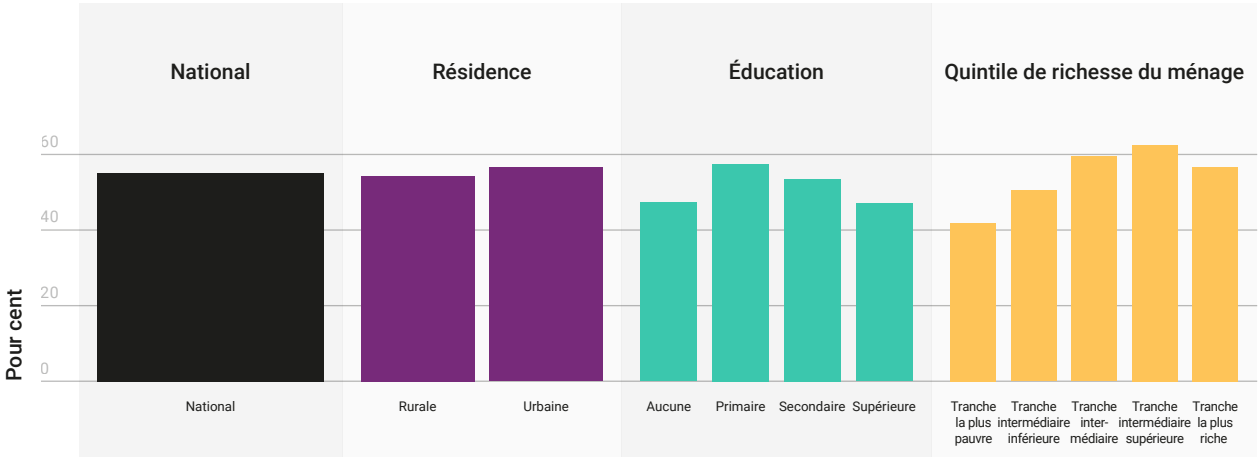
La République-Unie de Tanzanie est l'un des huit pays où se concentrera plus de la moitié de l'augmentation de la population mondiale prévue d'ici à 2050[IV]. En 2022, l'indice synthétique de fécondité de la Tanzanie, c'est-à-dire le nombre d'enfants qui naîtraient d'une femme si elle devait vivre toutes les années où elle est en âge de procréer, est estimé à 4,66[V]. L'indice synthétique de fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus élevés chez les femmes des zones rurales, les femmes sans éducation, les femmes avec une éducation primaire seulement et celles issues des ménages des deux tranches les plus pauvres. D'après l'enquête démographique et sanitaire de 2015-2016, 32 % des femmes mariées et en couple utilisaient une méthode contraceptive moderne en Tanzanie, 52,9% de la demande étant satisfaite par une méthode moderne de planification familiale. La proportion d'utilisation des méthodes modernes et de la demande satisfaite par les méthodes modernes est plus élevée chez les Tanzaniennes des zones urbaines et chez les femmes issues des ménages à revenu moyen et élevé. La Tanzanie s'est engagée à porter le taux de prévalence contraceptive pour toutes les femmes à 42 % d'ici à 2025. Dans le cadre de cet engagement, le pays a passé en revue ses politiques et directives afin d'en repérer les lacunes et les domaines à harmoniser, de développer les connaissances et les compétences des prestataires de services en matière de planification familiale post-partum et après avortement, et de renforcer les capacités des prestataires de soins en veillant à installer une autogestion des méthodes contraceptives à court terme, une documentation et l'établissement de rapports[VI].

Besoin de planification familiale non satisfait, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

Demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes, toutes les femmes



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

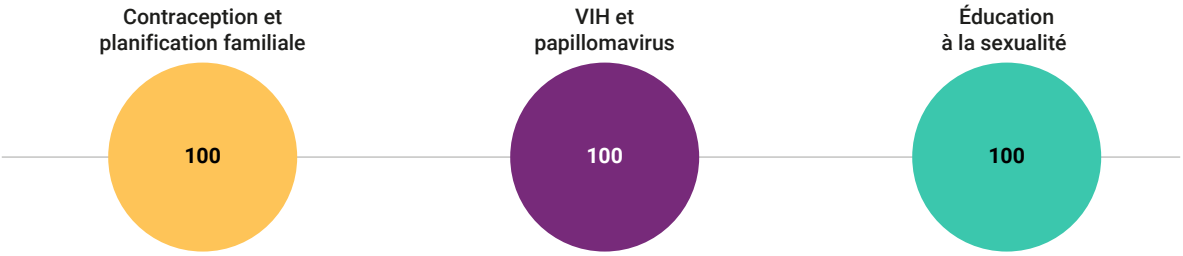
IV Perspectives population mondiale 2022

V Ibid.

VI https://fp2030.org/tanzania

L'ODD 5.6.2 indique dans quelle mesure les lois en vigueur permettent ou empêchent un accès complet et égal des femmes et des hommes à la santé et aux droits. La Tanzanie s'est dotée de 100 % de lois et règlements garantissant l'accès total et égal des femmes et des hommes aux services en matière de VIH, de papillomavirus, d'éducation sexuelle, de contraception et de services de planification familiale. Si la mise en place de cadres juridiques doit être saluée, leur application et leur mise en œuvre doivent encore être enforcées.

Mesure dans laquelle les lois et les règlements de la Tanzanie garantissent l'accès équitable et sans restriction des femmes et des hommes âgés de 15 ans et plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive



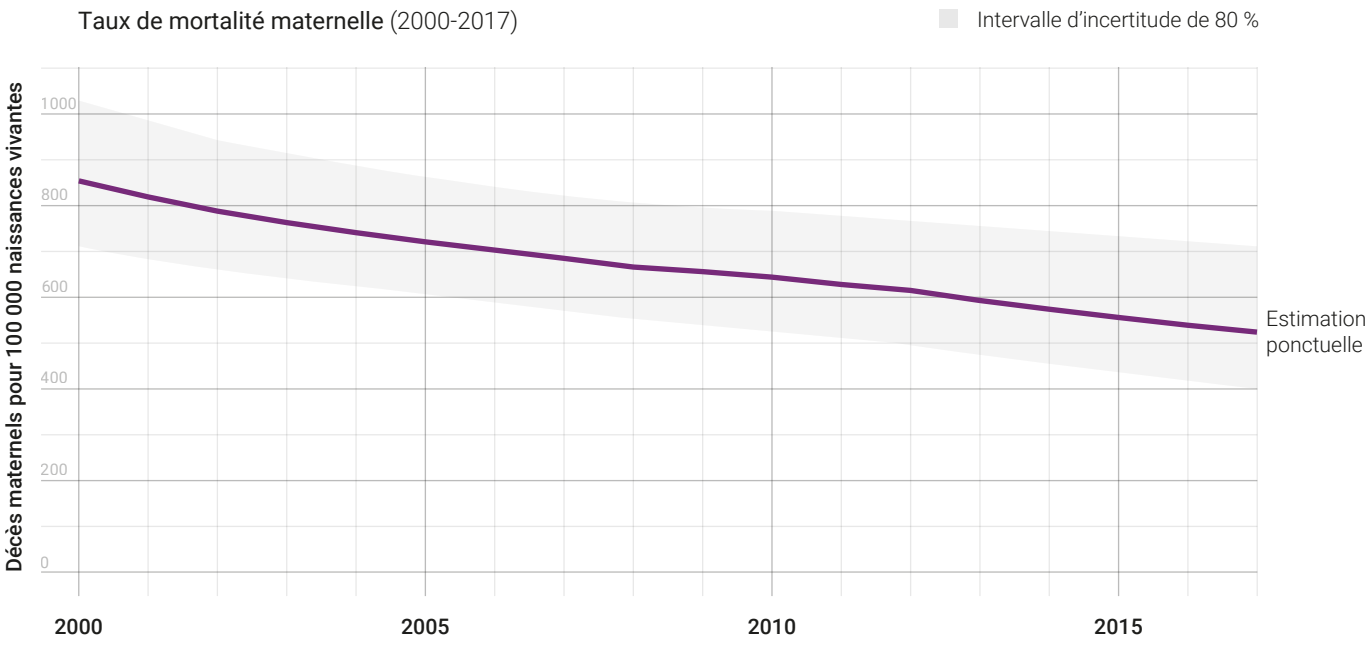
Source : Fonds des Nations Unies pour la population, 2022

Depuis le Sommet de Nairobi, la Tanzanie a donné corps à ses engagements dans des documents stratégiques et de développement tels que son Plan stratégique pour le secteur de la santé V et son Plan national chiffré de mise en œuvre de la planification familiale. Un outil de suivi des engagements de la CIPD a été conçu au niveau régional et adapté au niveau national.

Le cas de la Tanzanie a été examiné lors de la 39e séance de l'Examen périodique universel qui s'est tenue en novembre 2021. Le pays a reçu 252 recommandations, dont au moins 113 (45 %) étaient liées au Sommet de Nairobi sur la CIPD25.

Lors du Sommet de Nairobi, la Tanzanie s'est engagée à intensifier ses efforts pour atteindre l'objectif de zéro décès maternel évitable et de zéro morbidité maternelle. Cet engagement implique de porter l'allocation budgétaire nationale pour la santé au taux de 15 % fixé par la déclaration d'Abuja, et de mettre au point un programme fondé sur les compétences à destination des sages-femmes d'ici à 2030 afin d'étendre la prestation de soins de qualité. La Tanzanie s'est par ailleurs engagée à accélérer l'intégration du VIH et d'autres services de santé procréative afin de réduire la prévalence du VIH, notamment en diminuant la transmission mère-enfant à moins de 5 % d'ici à 2030.

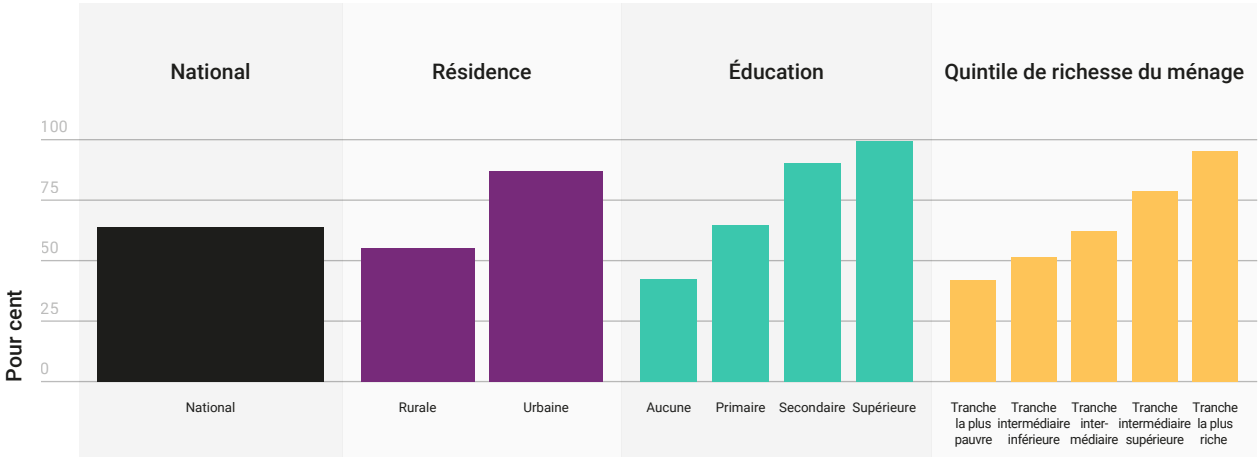
Le taux de mortalité maternelle de la Tanzanie a diminué entre 2000 et 2017, date à laquelle il était estimé à 524 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux correspond à la médiane de la région. Reconnaissant l'impact de l'avortement à risque sur les décès maternels, l'engagement n°3 du Sommet de Nairobi souligne la nécessité d'intégrer « une approche globale de l'ensemble essentiel de santé sexuelle et reproductive, y compris des mesures pour prévenir et éviter les avortements non médicalisés et pour garantir les soins après avortement dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux de la Couverture Sanitaire Universelle ; mais aussi pour protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique et à l'autonomie, et fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ce droit ». L'avortement est interdit en Tanzanie, sauf s'il vise à sauver la vie de la mère.



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2019

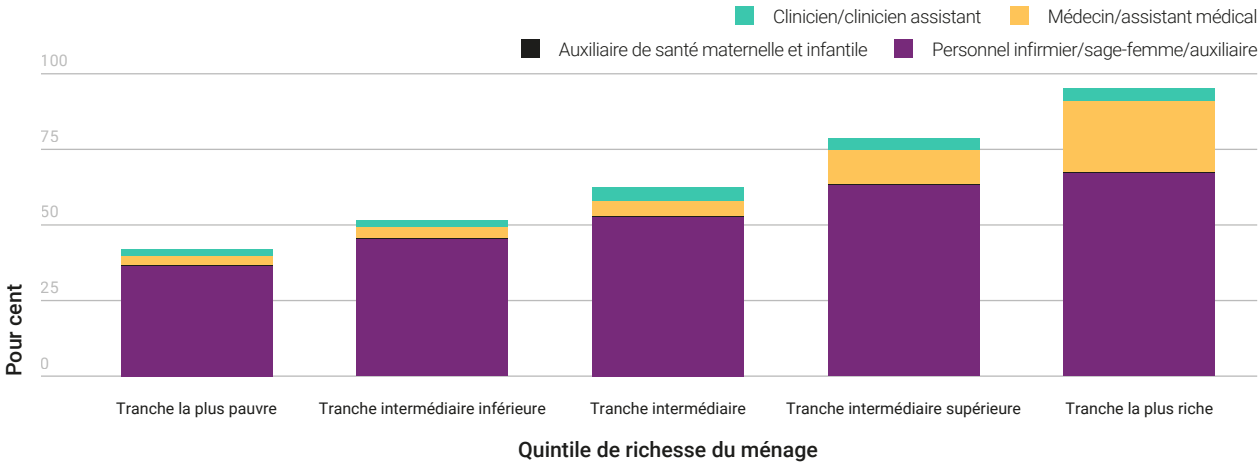
En 2016, 63,5 % des naissances en Tanzanie ont été assistées par du personnel de santé qualifié et 62,6 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années, les accouchements assistés par du personnel qualifié étaient plus nombreux chez les femmes des zones urbaines, les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures et les femmes issues des ménages à revenu élevé. Il en va de même pour les naissances en établissements de santé. La plupart des accouchements sont assistés par du personnel infirmier spécialisé en maïeutique ou du personnel infirmier auxiliaire, et cette proportion augmente avec le niveau de vie des ménages. La proportion d'accouchements assistés par des médecins ou assistants médicaux augmente également avec le niveau de vie des ménages.

Naissances assistées par du personnel qualifié



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

Personnel accoucheur spécialisé par quintile de richesse



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

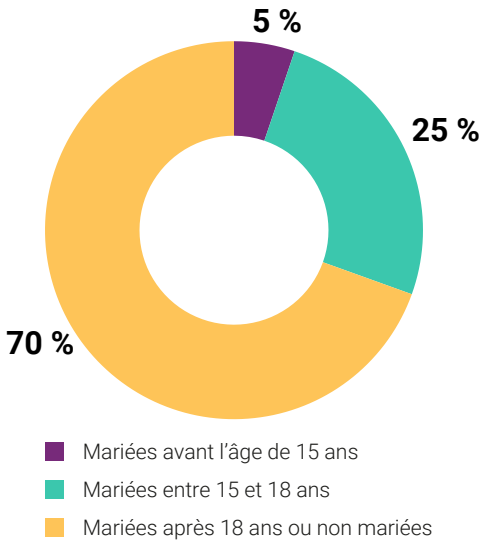
Lors du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, la Tanzanie s'est engagée à mettre fin à la violence sexuelle et sexiste sous toutes ses formes, et notamment au mariage d'enfants et aux mutilations génitales féminines, afin que tous les individus puissent réaliser leur potentiel et devenir des acteurs du changement sociétal.

En Tanzanie, 40 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques, et 17 % des violences sexuelles. 44 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire. La prévalence de la violence conjugale est plus élevée en zone rurale (52 % contre 45 % en zone urbaine), et près de 30 % des filles subissent des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans[VII].

Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, la prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) en Tanzanie a diminué ces dix dernières années, passant de 18 % en 1996 à 10 % en 2016. Mais là encore, on observe d'importantes disparités régionales[VIII]. En Tanzanie, les MGF sont généralement pratiqués sur les nourrissons et les filles de plus de 13 ans. Elles sont plus fréquentes dans le centre et le nord du pays, et presque toutes sont le fait de praticiens traditionnels[IX].

La Tanzanie a l'un des taux de mariage d'enfants les plus élevés de la région et du monde. Selon les dernières données disponibles, 30 % des femmes âgées de 20 à 24 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans, 5 % avant l'âge de 15 ans.

Distribution de l'âge du mariage, femmes âgées de 20 à 24 ans

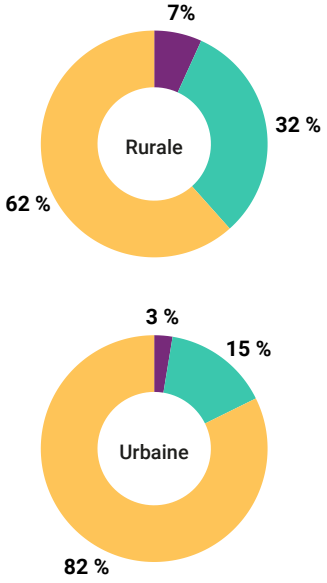


Source : Enquête démographique et de santé, 2015

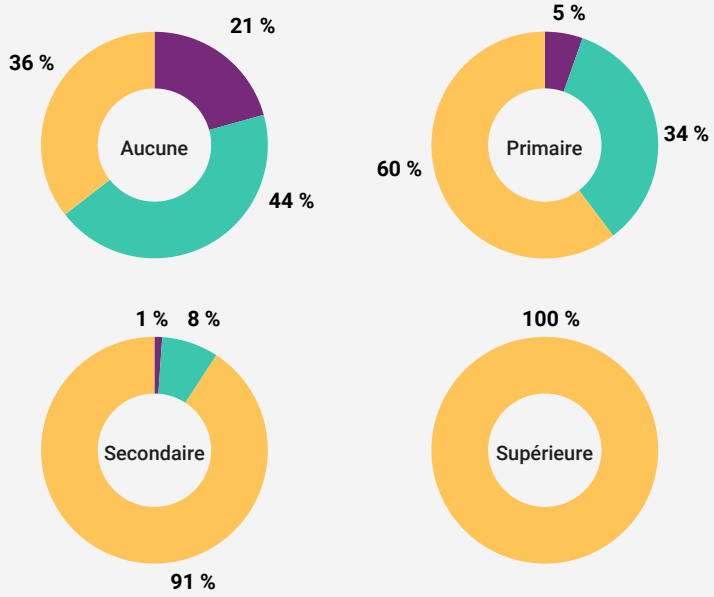
VII Banque mondiale, Evaluation de la violence fondée sur le genre en Tanzanie)
VIII https://www.28toomany.org/country/tanzania/
IX Ibid.

La plupart des femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans vivent dans les zones rurales (39 %, contre 18 % dans les zones urbaines). Environ 65 % des femmes mariées avant l'âge de 18 ans n'ont aucune instruction, et 39 % ont bénéficié d'une éducation primaire. Le mariage avant l'âge de 18 ans touche en premier lieu les femmes issues des ménages les plus pauvres (49 %) et de la deuxième tranche la plus pauvre (47 %).

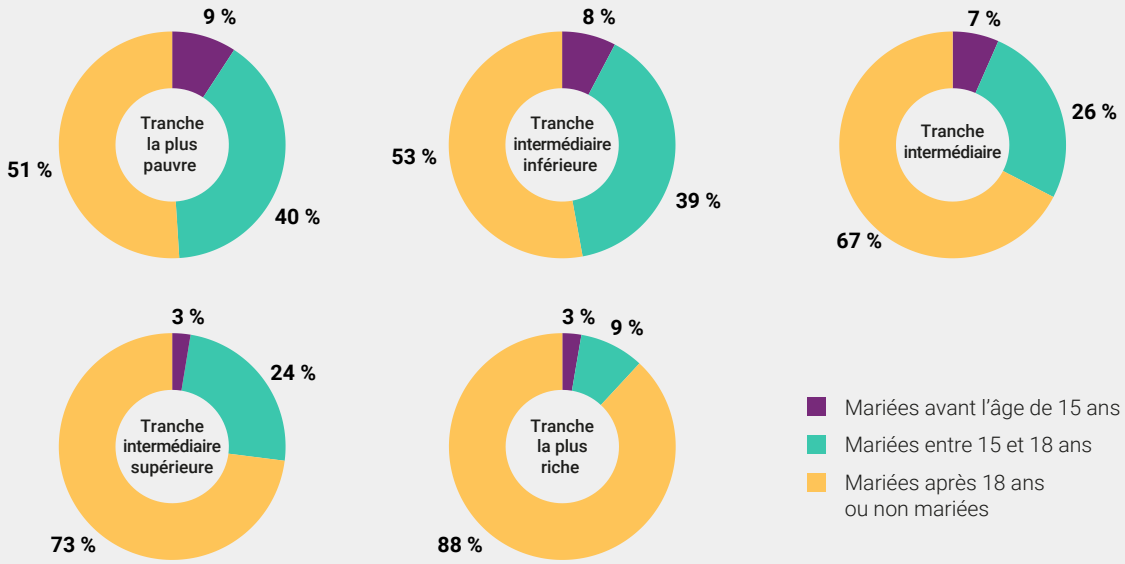
Distribution de l'âge du mariage par résidence, femmes âgées de 20 à 24 ans



Distribution de l'âge du mariage par niveau d'éducation, femmes âgées de 20 à 24 ans



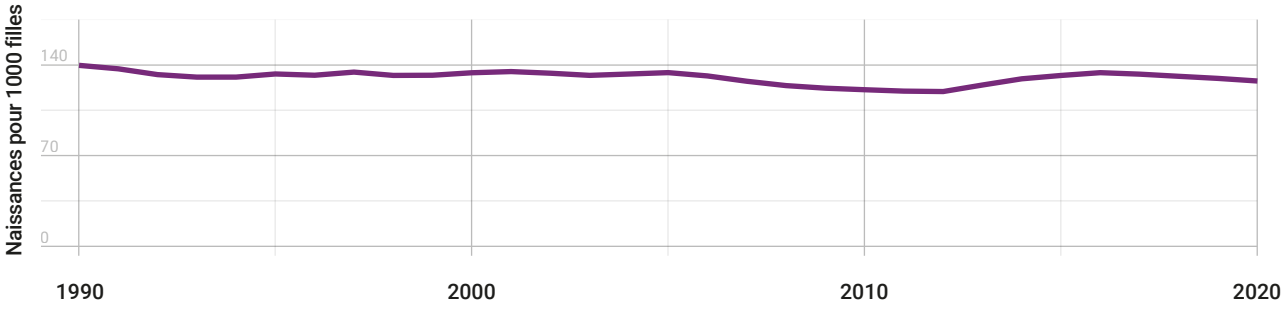
Distribution de l'âge du mariage par quintile de richesse du ménage, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

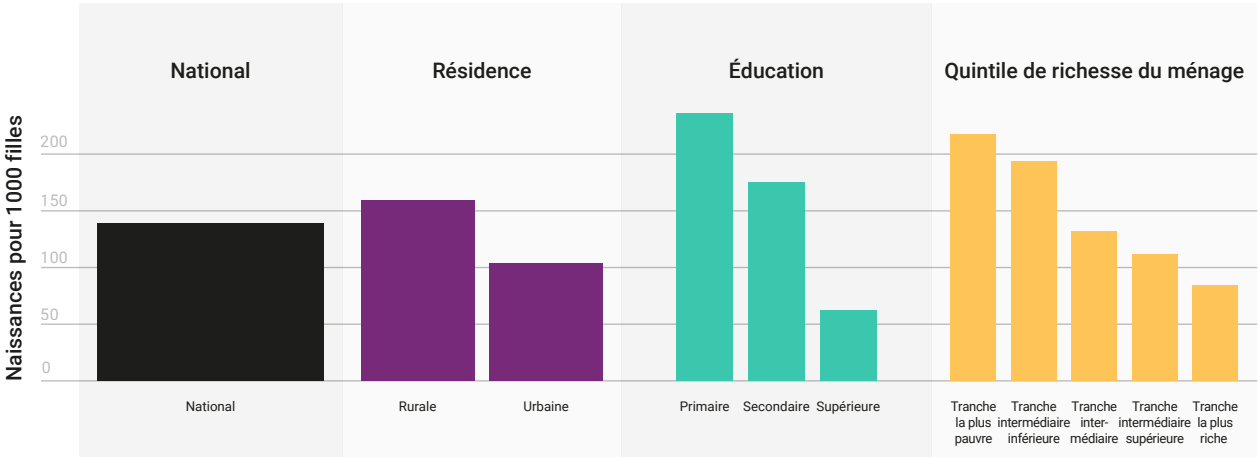
Le taux de natalité des adolescentes en Tanzanie est resté relativement stable entre 1990 et 2020. Estimé à 123 naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans en 2022, ce taux est l'un des plus élevés de la région. Le taux de natalité des adolescentes en Tanzanie dépasse la moyenne nationale en zone rurale rural (1,5 fois plus élevé qu'en zone), parmi les filles sans instruction (près de quatre fois plus élevé que celui des filles ayant fait des études secondaires ou supérieures) et parmi les filles issues des ménages les plus pauvres (trois fois supérieur à celui des filles issues des ménages les plus favorisés). Parmi les filles âgées de 15 à 19 ans, les naissances sont plus nombreuses parmi les filles des zones rurales, celles qui n'ont pas été scolarisées, celles qui n'ont pas été à l'école primaire et celles issues des ménages les plus pauvres.

Taux de natalité chez les adolescentes, 1990-2020



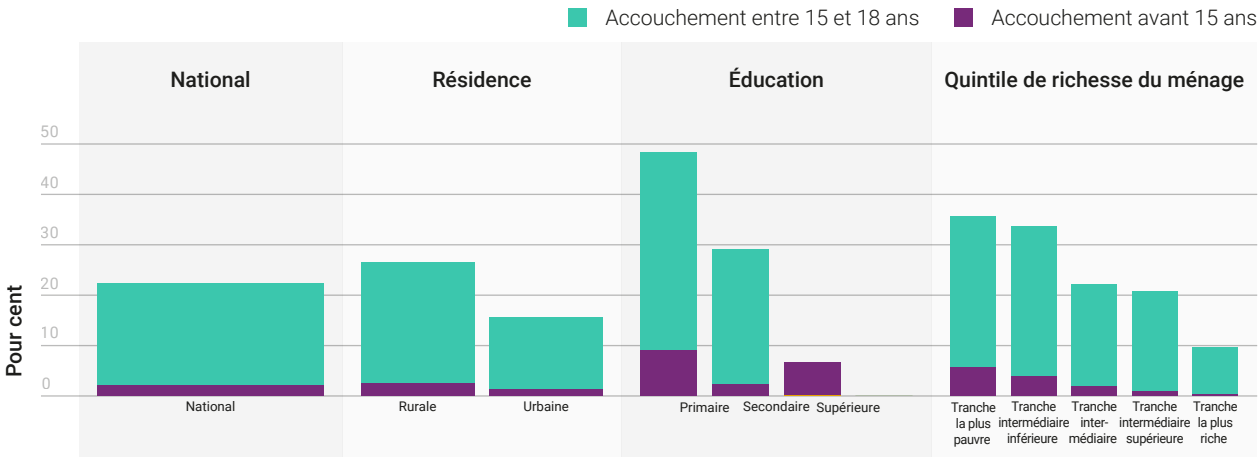
Source : Perspectives population mondiale 2022

Taux de natalité chez les adolescentes



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

Accouchement avant l'âge de 15 et de 18 ans, femmes âgées de 20 à 24 ans



Source : Enquête démographique et de santé, 2015

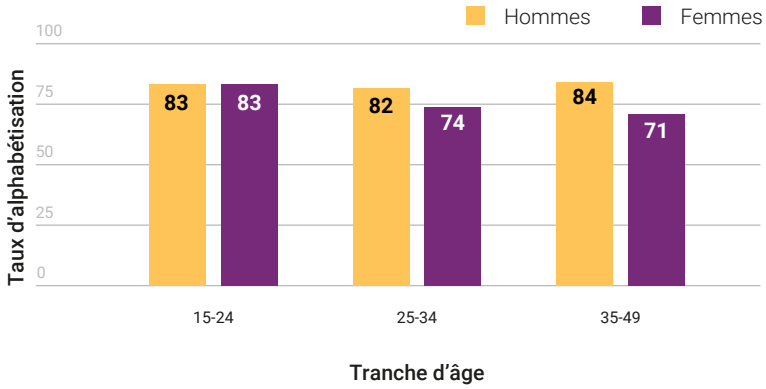
La Tanzanie a pris plusieurs engagements lors de la CIPD25 :

- Augmenter la proportion de jeunes parmi les membres des organes de décision d'ici à 2030
- Étendre l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive complets adaptés à l'âge pour les adolescents et les jeunes, au sein et en-dehors des écoles et des établissements de santé
- Autonomiser les adolescents et les jeunes, investir dans leur éducation, leurs perspectives d'emploi et leur santé, en particulier dans la planification familiale, la santé et les services sexuels et reproductifs

Les adolescentes et les jeunes femmes représentent 80 % des 28 000 nouvelles infections à VIH en Tanzanie chaque année. La prévalence de l'infection chez les femmes âgées de 20 à 24 ans est près du double de celle des jeunes hommes[X].

En Tanzanie, les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans ont le même taux d'alphabétisation, tandis que le taux d'alphabétisation des femmes âgées de 25 à 34 ans et de 35 à 49 ans est inférieur à celui des hommes du même âge. L'enseignement secondaire complète l'offre d'éducation de base qui a débuté au niveau primaire et vise à jeter les bases de la formation e tout au long de la vie et du développement humain, en proposant un enseignement plus axé sur les disciplines ou les compétences, avec des enseignants plus spécialisés. Le taux net de fréquentation des établissements d'enseignement secondaire[XI] en Tanzanie est de 27 pour les femmes et de 26 pour les hommes. Selon un rapport du Bureau national des statistiques publié en 2020, la proportion d'enfants âgés de 7 à 13 ans fréquentant l'école primaire était supérieure à 90 %. Pourtant, seulement un adolescent sur trois (garçons et filles confondus) termine ses études secondaires. D'après une étude de la Banque mondiale publiée en 2018 et portant sur les filles dans l'enseignement secondaire en Tanzanie, les taux élevés de mariage d'enfants contribuent au pourcentage élevé de grossesses chez les adolescentes et, par voie de conséquence, au fait que presque trois filles sur quatre ne terminent pas leurs études secondaires. En novembre 2021, le gouvernement tanzanien a annoncé la levée de l'interdiction de poursuivre des études qui frappait les mères adolescentes, en leur accordant deux ans pour retourner à l'école après l'accouchement.

Taux d'alphabétisation selon l'âge et le sexe



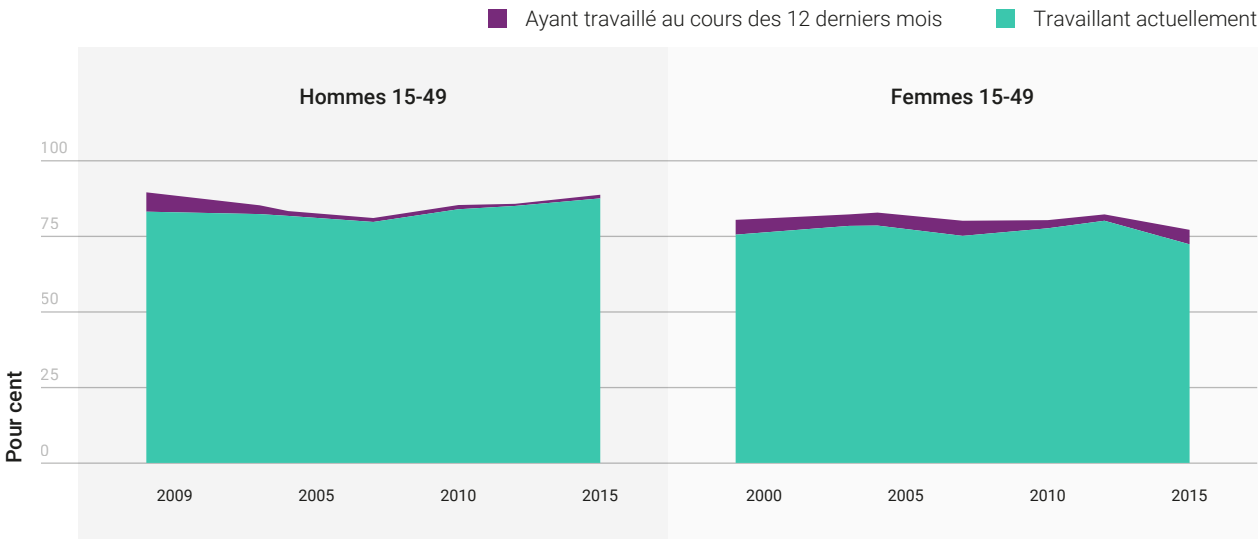
Source : Enquête démographique et de santé, 2015

X Enquête sur le VIH en Tanzanie 2016-2017

XI Rapport entre le nombre d'enfants d'âge scolaire officiel inscrits à l'école et la population d'âge scolaire officiel correspondante

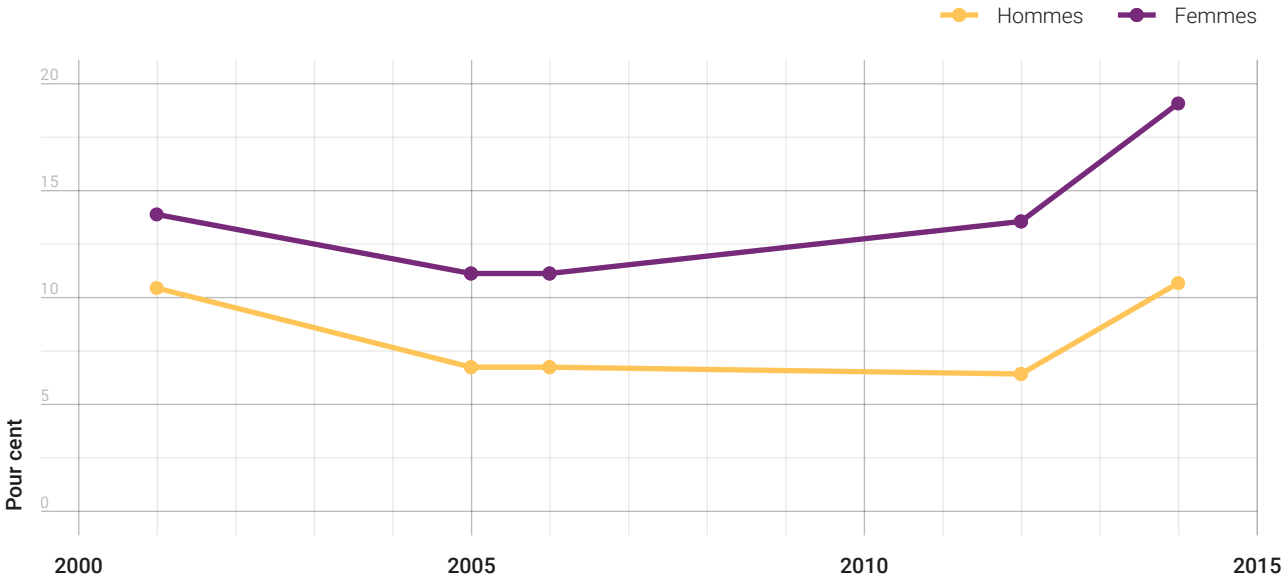
Les tendances de l'emploi pour les hommes et les femmes ont peu évolué entre 2001 et 2016. La proportion d'hommes travaillant « actuellement » a augmenté au cours de cette période. La proportion de femmes travaillant « actuellement » a quant à elle légèrement diminué. La proportion de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation correspond au pourcentage de jeunes qui se retrouvent en dehors du système éducatif et sans travail. En Tanzanie, le pourcentage de jeunes non scolarisés, sans emploi ni formation est resté relativement stable chez les hommes entre 2008 et 2017, mais a augmenté chez les femmes.

Tendances de l'emploi (travaillant actuellement et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois), selon le sexe



Source : Enquête démographique et de santé, 1999-2015

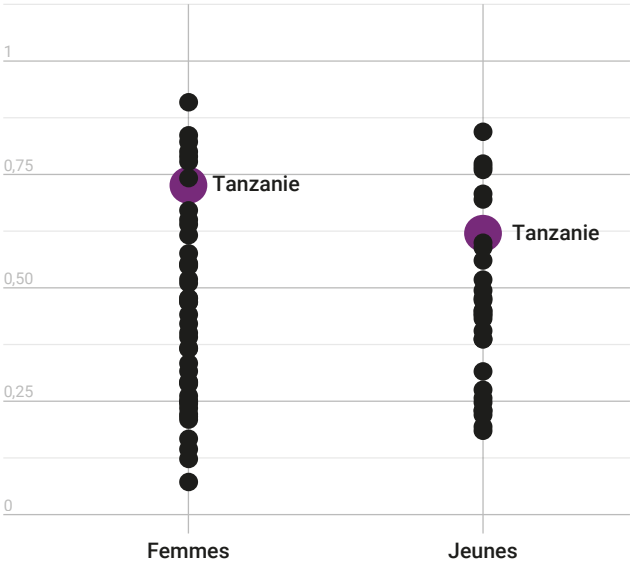
Pourcentage de jeunes (15-24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation, par sexe



Source : Enquête sur la population active, 2001, 2005, 2006, 2014 ; Enquête nationale sur le budget des ménages, 2012

L'ODD 16 vise à promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, à assurer l'accès de tous à la justice et à mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes. L'une des cibles de l'ODD 16 consiste à faire en sorte que l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décision. La proportion de femmes parlementaires en Tanzanie est l'une des plus élevées de la région, et la proportion de jeunes parlementaires est légèrement supérieure à la médiane de la région (ODD 16.17.1).

Rapport entre la proportion de la population au parlement et la proportion dans les populations nationales, chambre basse ou parlement monocaméral, pays d'Afrique subsaharienne



Source : Union interparlementaire, 2022

En 2022, la Tanzanie a achevé la collecte des données de son dernier recensement de la population et du logement. Le pays a atteint une couverture de 99,99 % grâce à des technologies nouvelles s de pointe. D'après les projections faites avant le recensement, la population du pays devrait être comprise entre 61,3 et 64 millions d'habitants. Le principal facteur contribuant à la croissance démographique du pays est la fécondité. Les grossesses chez les adolescentes contribuent fortement à la proportion élevée de jeunes et d'enfants dans la population du pays. Les disparités de taux de fécondité selon le revenu et le niveau d'éducation aggravent les effets de la croissance démographique sur les taux de pauvreté. La population mondiale est sur le point de dépasser les 8 milliards d'habitants, et la Tanzanie fera partie des huit pays où se concentrera la moitié de l'augmentation de la population mondiale prévue d'ici à 2050[XII]. Bien qu'elle se soit explicitement engagée lors de la CIPD25 à exploiter le dividende démographique, la Tanzanie ne verra pas de dividende démographique avant 2060.à moins qu'elle ne prenne des mesures pour réduire considérablement les taux de fécondité telles que l'accélération rapide des tendances actuelles de l'utilisation des contraceptifs modernes, mesures qui viendraient s'ajouter aux efforts d'élimination des causes sous-jacentes des taux de natalité élevés en particulier parmi les ruraux pauvres les moins éduqués.

XII Perspectives population mondiale 2022

ANNEXE C

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Cette note méthodologique retrace le développement du Cadre de suivi des engagements mondiaux pour suivre et rendre compte des 12 engagements fondamentaux de la Déclaration de Nairobi. Elle présente également des informations complémentaires sur certains indicateurs.

Le cadre a été élaboré à la demande de la Commission de haut niveau qui l'a approuvé. Avenir Health a piloté le processus en collaboration avec le Secrétariat chargé du suivi de la CIPD25, la Commission, des experts techniques de l'UNFPA et ses partenaires. Le travail s'est construit à partir du projet de cadre initial qui a été préparé par une équipe spéciale de l'UNFPA en 2020. La Commission de haut niveau a mis en place le Cadre de suivi des engagements mondiaux en 2021 et l'a inclus dans son rapport ; il a été actualisé en 2022.

Le cadre prévoit un indice pour chaque engagement mondial, ce qui permet de comparer au niveau régional une mesure unique qui combine plusieurs composantes. Parmi ces différentes composantes figurent les indicateurs sélectionnés pour mesurer ce qu'un engagement particulier est censé apporter, l'échelle utilisée pour comparer les indicateurs, les seuils limites pour chaque couleur, et la pondération attribuée à chaque indicateur pour rendre compte de son importance relative dans la réalisation de l'engagement mondial. Les engagements mondiaux 6 et 7 n'ont pas été inclus en raison des difficultés liées à la qualité, la représentation et la précision des indicateurs et des données. L'annexe A présente les indicateurs de référence et les notes régionales globales pour chaque engagement en 2021, ainsi que les notes actualisées pour 2022.

Sélection des indicateurs

Pour chaque engagement mondial[I], les indicateurs ont été sélectionnés en fonction de plusieurs critères. Ils doivent notamment :

- Être disponibles pour un maximum de pays et être représentatifs du plus grand nombre de pays possible ;
- Provenir d'ensembles de données accessibles au public ;
- Mesurer ce qui est censé évoluer dans le temps afin de suivre les progrès.

Deux principes ont guidé la conception du cadre. Premièrement, il a été décidé de ne pas réutiliser les indicateurs entre les différents engagements, cela afin d'éviter les chevauchements dans la représentation des indicateurs, notamment dans la mesure de l'engagement mondial 1 qui regroupe tous les autres engagements. Deuxièmement, bien que de nombreux indicateurs différents puissent être utilisés pour suivre chaque engagement mondial, un nombre limité a été inclus pour éviter que le cadre ne devienne trop complexe et difficile à comprendre, et pour que les indicateurs aient une valeur appropriée pour mesurer l'engagement.

Il convient de souligner l'inclusion de l'ODD 5.6.1 (la proportion de femmes qui prennent, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant les soins de santé reproductive, l'utilisation de contraceptifs et leurs relations sexuelles). Des sous-sections de cet indicateur ont été initialement proposées comme indicateurs des engagements mondiaux 2, 3 et 5. Toutefois, en raison d'un manque de données pour de nombreux pays et régions, cet indicateur n'a pas été inclus. Étant donné que l'indicateur est essentiel pour les questions qui relèvent de la compétence de la Commission, il pourrait être reconsidéré pour une inclusion future, dès lors qu'un plus grand nombre de pays auront présenté des rapports sur cet indicateur.

Les données relatives aux indicateurs sélectionnés sont les plus récentes disponibles. Le nombre de pays couverts par les données de chaque indicateur et la proportion de la population représentée ont été calculés à partir des données des *World Population Prospects* (Perspectives de population mondiale) des Nations Unies. Les indicateurs sont présentés ci-dessous.

I À l'exception des engagements 1, 6 et 7.

Données manquantes

Les données de plusieurs indicateurs étaient manquantes pour plusieurs pays. Dans ces situations, nous avons utilisé des moyennes régionales pour les pays dont les données étaient disponibles. Pour déterminer la représentation de l'indicateur dans la région, nous avons également calculé la proportion de la population représentée par les données pour chaque indicateur et chaque région.

Échelle des indicateurs

Pour combiner plusieurs indicateurs dans un indice, tous les indicateurs doivent être échelonnés de 0 à 1. Dans certains cas, lorsque les mesures inférieures d'un indicateur indiquent un résultat positif, la valeur minimale est supérieure à la valeur maximale, de sorte qu'une fois l'indicateur échelonné, la plus mauvaise note possible de l'indicateur correspond à 0 et la meilleure à 1. Une fois les valeurs maximales et minimales sélectionnées, les indicateurs et les seuils ont été échelonnés en utilisant l'équation suivante :

$$\text{Indicateur échelonné} = \frac{\text{Indicateur} - \text{ÉchelleMin}}{\text{ÉchelleMax} - \text{ÉchelleMin}}$$

Seuils limites par couleur

Pour attribuer les couleurs par région, trois valeurs limites ont été déterminées pour chaque indicateur et appliquées comme indiqué à droite.



Le GCMF 2022 utilise un code composé de cercles, de triangles et de couleurs. Un cercle indique que la différence enregistrée par rapport à 2021 n'est pas suffisante pour que la couleur de l'indicateur change. Un triangle indique une différence suffisante pour justifier un changement de couleur. Un triangle pointé vers le haut indique une progression, un triangle pointé vers le bas une régression.

Pondération des indicateurs

La pondération des pays en fonction de leur population respective a été utilisée pour établir les moyennes régionales des indicateurs individuels. Alors que tous les indicateurs sélectionnés pour chaque engagement mondial couvrent un élément d'un engagement donné, certains indicateurs représentent mieux l'engagement dans son ensemble. Chaque indicateur s'est donc vu attribuer une valeur reflétant son importance relative dans la prise en compte du concept de l'engagement. Par exemple, pour l'engagement 3, l'indicateur du taux de mortalité maternelle a reçu une pondération de 50 pour cent par rapport aux autres indicateurs. Pour créer des seuils représentés par des couleurs applicables aux engagements, les seuils limites de chaque indicateur ont été échelonnés, pondérés et combinés pour former les seuils limites de l'engagement. Les seuils limites pour chaque engagement et pour les indicateurs de chaque engagement sont présentés dans les tableaux 20 et 21.

Classification régionale

Les résultats de chaque indicateur de chaque engagement sont présentés par régions géographiques selon les regroupements de pays définis par la Division de statistique des Nations Unies dans la présentation des indicateurs des ODD. Le tableau 22 indique le nombre de pays représentés dans chaque région.

Profils de pays

En 2022, la Commission a élaboré plusieurs profils de pays pour préciser le concept de justice en matière de sexualité et de procréation et compléter le Cadre de suivi des engagements mondiaux de 2022 ainsi que le rapport rédigé après le premier rapport intitulé *Aucune exception, aucune exclusion : Assurer la santé, les droits et la justice en matière de sexualité et de procréation pour tous*. Plusieurs critères ont orienté la création des profils de pays. Nous avons d'abord déterminé le niveau de ventilation potentiel de chaque indicateur du Cadre. Le groupe de travail de la Commission sur le Cadre de suivi des engagements mondiaux s'est appuyé sur cette analyse pour classer les indicateurs du Cadre par ordre d'importance et préciser le concept de justice en matière de sexualité et de procréation. À la suite de cet exercice, il a sélectionné une liste de deux à trois pays par région pour les classer selon des critères supplémentaires :

- Pays ayant fait l'objet d'une enquête démographique et de santé ou d'une enquête en grappes à indicateurs multiples récente (menée après 2015), y compris les pays où de nouvelles séries d'enquêtes sont menées en 2022
- Pays s'étant engagés à respecter les engagements de Nairobi
- Pays disposant d'un rapport sur le système d'information stratégique (SIS), ayant mené un examen national volontaire (ENV), ayant fait l'objet d'un examen périodique universel (EPU) et reçu des recommandations concernant la mise en œuvre des engagements, disposant d'un Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable (UNSDCF), ou bénéficiaires de subventions de démarrage pour le suivi de la CIPD25 soutenues par le financement du Gouvernement du Danemark.

Dans les profils de pays en développement, nous avons retenu les principaux engagements pris par le pays (et éventuellement d'autres parties prenantes nationales) lors du Sommet de Nairobi et par la suite. Sur la base des données les plus récentes disponibles pour chaque pays (par exemple, les données d'une enquête démographique et de santé, d'une enquête en grappes à indicateurs multiples, etc.), chaque profil met en évidence les différences dans les indicateurs par emplacement géographique, par région (infranationale) et selon d'autres éléments tels que l'âge, la richesse du ménage et l'éducation. Un effort a par ailleurs été fait pour assurer un équilibre interrégional dans la sélection des pays présentés dans les profils. Les profils constituent un ensemble d'échantillons qui offrent la possibilité d'analyser plus en détail les écarts dans les résultats en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive au niveau des pays, tout en se concentrant sur les questions d'intersectionnalité, de manière à fournir des directives sur la manière dont doit être mis en œuvre le cadre relatif à la justice en matière de sexualité et de procréation. De tels profils de pays peuvent aider à mener des actions sur le terrain, et la Commission a l'intention d'en élaborer pour d'autres pays.

Résumé du Cadre de suivi des engagements mondiaux

Le tableau 1 présente les résultats du cadre avec les valeurs d'indice et les couleurs correspondantes indiquées pour chaque engagement.

Tableau 1. Valeur de l'indice de l'engagement et couleur par région, 2022

	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12
Asie centrale et Asie du Sud	0,629	0,763	0,795	0,738	0,641	0,589	0,304	0,665	0,552	0,457
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	0,744	0,850	0,854	0,878	0,839	0,750	0,400	0,721	0,575	0,671
Europe et Amérique du Nord	0,821	0,832	0,947	0,877	0,930	0,897	0,723	0,809	0,672	0,585
Amérique latine et Caraïbes	0,690	0,744	0,828	0,794	0,845	0,708	0,608	0,741	0,621	0,150
Afrique du Nord et Asie occidentale	0,662	0,738	0,811	0,689	0,686	0,639	0,396	0,599	0,539	0,740
Océanie	Aucune donnée	0,795	0,857	Aucune donnée	0,848	0,857	0,498	0,621	0,698	1,000
Afrique subsaharienne	0,527	0,551	0,559	0,637	0,599	0,498	0,433	0,480	0,536	0,389

Description détaillée des engagements

La section ci-dessous présente une description détaillée de chaque engagement, y compris les indicateurs sélectionnés pour mesurer l'engagement, les sources de données, les pondérations relatives de chaque indicateur et les seuils limites.



Engagement mondial 1

Intensifier nos efforts pour la mise en œuvre et le financement complets, efficaces et accélérés du Programme d'action de la CIPD, des actions clés pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, de ses résultats et de l'Agenda 2030 pour le développement durable.

L'engagement 1 est un indice composite construit en utilisant une moyenne pondérée des engagements 2 à 5 et 8 à 12. Les engagements 2, 3 et 5 ont reçu une pondération 1,5 fois supérieure à celle des indicateurs des autres engagements en raison de leur rôle central dans la réalisation de l'engagement 1.

Engagement mondial 2

Zéro besoin non satisfait en matière d'accès aux informations et aux services de planification familiale et une disponibilité universelle de moyens de contraception modernes de qualité, accessibles, abordables et sans risque.

Les tableaux 2 et 3 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 2. Les indicateurs marqués d'un astérisque utilisent une échelle inverse pour les seuils limites.

Tableau 2. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 2

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Taux de natalité chez les adolescentes (ODD 3.7.2)	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.	*Projections population mondiale 2022 (World Population Prospects 2022)*
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive : Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (ODD 5.6.2, section 2, contraception et planification familiale)	Mesure dans laquelle les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (section 2, contraception et planification familiale).	Base de données mondiale sur les ODD
Besoin total de méthodes modernes non satisfait (toutes les femmes)	Pourcentage de toutes les femmes en âge de procréer, mariées ou en couple, qui ont un besoin de planification familiale non satisfait. Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont celles qui veulent arrêter ou retarder la procréation, mais qui n'utilisent aucune méthode moderne de contraception.	*Utilisation mondiale de la contraception 2022 (World Contraceptive Use 2022)*

Tableau 3. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 2

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Taux de natalité chez les adolescentes (ODD 3.7.2)*	Femmes âgées de 15 à 19 ans	0,4	25	37,5	50
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive : Mesure dans laquelle les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (ODD 5.6.2, section 2, contraception et planification familiale)	Hommes et femmes âgés de 15 ans ou plus	0,2	90	75	60
Besoin de méthodes modernes non satisfait, total (toutes les femmes)*	Femmes âgées de 15 à 49 ans	0,4	0	15	30

Engagement mondial 3

Zéro décès maternel évitable et un taux de mortalité maternelle de zéro, y compris pour les décès provoqués par les fistules obstétricales, en intégrant notamment un ensemble complet d'interventions relatives à la santé sexuelle et reproductive (accès à des avortements sans risque conformément à la loi, mesures pour prévenir et éviter les avortements risqués et pour garantir des soins post-avortement, etc.) dans le cadre des stratégies, politiques et programmes nationaux relatifs à la Couverture Sanitaire Universelle. Il s'agit également de protéger et de garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique, à l'autonomie, aux droits reproductifs, et de fournir un accès aux services essentiels à afférents à ce droit.

Les tableaux 4 et 5 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 3. Les indicateurs marqués d'un astérisque utilisent une échelle inverse pour les seuils limites.

Tableau 4. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 3

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Indice de couverture sanitaire universelle (ODD 3.8.1)	Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier). L'indicateur est un indice rapporté sur une échelle sans unité de 0 (la plus mauvaise note) à 100 (la meilleure note), qui est calculé comme la moyenne géométrique de 14 indicateurs de référence de la couverture des services de santé.	Base de données mondiale sur les ODD
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive : Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (ODD 5.6.2, section 1, soins de maternité)	Mesure dans laquelle les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (section 1, soins de maternité)	Base de données mondiale sur les ODD
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié (ODD 3.1.2)	Proportion de naissances assistées par un personnel qualifié (généralement des médecins, du personnel infirmier ou des sages-femmes, mais également d'autres professionnels de santé fournissant des soins à l'accouchement)	Base de données mondiale sur les ODD
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)	Nombre de décès maternels pendant une période donnée pour 100 000 naissances vivantes pendant la même période. Cet indicateur décrit le risque de décès maternels par rapport au nombre de naissances vivantes et rend compte essentiellement du risque de décès au cours d'une seule grossesse ou pour une seule naissance vivante	Base de données mondiale sur les ODD
Législation relative à l'avortement à l'échelle mondiale	Le Centre pour les droits reproductifs suit le statut légal de l'avortement dans les pays du monde entier. Les pays sont classés selon plusieurs catégories (par exemple, interdiction totale, pour sauver la vie de la femme, pour préserver la santé, etc.). Dans le Cadre de suivi des engagements mondiaux, un niveau numérique est attribué à chaque catégorie : « interdiction totale » = 0 ; « pour sauver la vie de la femme » = 0,25 ; « pour préserver la santé » = 0,5 ; « variation infranationale pour sauver la vie de la femme et sur demande existant dans différentes juridictions » = 0,625 ; « pour des raisons sociales ou économiques générales » = 0,75 ; « sur demande (les délais de gestation varient) » = 1	Centre pour les droits reproductifs

Tableau 5. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 3

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Indice de couverture sanitaire universelle (ODD 3.8.1)	Femmes âgées de 15 à 49 ans	0,125	80	75	60
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive : Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (ODD 5.6.2, section 1, soins de maternité)	Femmes âgées de 15 à 49 ans	0,125	90	75	60
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié (ODD 3.1.2)	Naissances	0,125	98	94	90
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)*	Femmes âgées de 15 à 49 ans	0,5	70	105	140
Législation relative à l'avortement à l'échelle mondiale	Femmes âgées de 15 à 49 ans	0,125	0,75	0,50	0,25

Engagement mondial 4

Garantir l'accès des adolescents et des jeunes, en particulier des filles, à des informations complètes et adaptées à leur âge, à une éducation et des services complets, de qualité, rapides et adaptés à leur âge afin de leur permettre de choisir librement et en connaissance de cause leur sexualité et leur vie reproductive, de se protéger de manière adéquate des grossesses non désirées, de toutes les formes de violences sexistes et sexuelles et des pratiques néfastes, des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida, et d'être en mesure de réussir une transition vers l'âge adulte en toute sécurité

Les tableaux 6 et 7 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 4. Les indicateurs marqués d'un astérisque utilisent une échelle inverse pour les seuils limites.

Tableau 6. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 4

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 15 ans	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 15 ans	Enquête démographique et de santé, enquête en grappes à indicateurs multiples
Jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans	Enquête démographique et de santé, enquête en grappes à indicateurs multiples
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes de contraception, toutes les femmes âgées de 15 à 24 ans	Le nombre de femmes âgées de 15 à 24 ans utilisant des méthodes modernes de planification familiale divisé par le nombre de femmes actuellement mariées ayant une demande de planification familiale (soit avec un besoin non satisfait, soit utilisant actuellement une quelconque méthode de planification familiale).	Enquête démographique et de santé, enquête en grappes à indicateurs multiples
Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives âgées de 15 à 24 ans (ODD 3.3.1)	Nombre de nouveaux cas de VIH par an chez les adolescents séronégatifs pour 1 000 personnes âgées de 15 à 24 ans	Rapport de 2022 d'ONUSIDA

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive : Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (ODD 5.6.2, section 3, éducation à la sexualité)	Mesure dans laquelle les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (section 3, éducation à la sexualité).	Base de données mondiale sur les ODD

Tableau 7. Engagement mondial 4 Pondération, échelles et seuils limites des indicateurs

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 15 ans*	Femmes âgées de 20 à 24 ans	0,125	0	2,5	5
Jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans*	Femmes âgées de 20 à 24 ans	0,125	0	2,5	5
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (toutes les femmes âgées de 15 à 24 ans)	Femmes âgées de 15 à 24 ans	0,25	90	75	60
Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives âgées de 15 à 24 ans (ODD 3.3.1)*	Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans	0,25	0,2	0,6	1
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive : Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (ODD 5.6.2, section 3, éducation à la sexualité)	Hommes et femmes âgés de 15 ans ou plus	0,25	90	75	60

Engagement mondial 5

Zéro violence sexiste et sexuelle et pratique néfaste, y compris zéro mariage d'enfants, précoce et forcé, ainsi que zéro mutilation génitale féminine [II] ; l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles afin de réaliser le plein potentiel socioéconomique de tous les individus.

Les tableaux 8 et 9 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 5. Les indicateurs marqués d'un astérisque utilisent une échelle inverse pour les seuils limites.

II La question des mutilations génitales féminines a posé problème. Cette pratique n'étant présente que dans certains pays, il a été impossible de trouver un indicateur pertinent et comparable au niveau mondial. De plus, pour les pays dans lesquels les mutilations génitales féminines sont pratiquées, les données sur l'incidence ou la prévalence de cette pratique sont rapportées de différentes manières, et on a déterminé que ces indicateurs ne devraient pas changer considérablement sur une période annuelle ou semestrielle en raison de leur mode de collecte. Par conséquent, ce cadre ne comporte aucun indicateur lié aux mutilations génitales féminines.

Tableau 8. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 5

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Violence à l'égard des femmes perpétrée par leur partenaire (ODD 5.2.1)	Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple, victimes de la part de leur actuel ou d'un plus ancien partenaire, de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 derniers mois	Base de données mondiale sur les ODD
Femmes mariées avant l'âge de 15 ans (ODD 5.3.1)	Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans	Base de données mondiale sur les ODD
Cadres juridiques qui permettent de promouvoir, de faire respecter et de suivre l'égalité des genres (ODD 5.1.1, domaine 2, violence à l'égard des femmes)	Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (domaine 2, violence à l'égard des femmes)	Base de données mondiale sur les ODD
Systèmes permettant de suivre l'égalité des genres (ODD 5.c.1)	Proportion de pays dotés de systèmes permettant de suivre et de rendre public le montant des ressources affectées à l'égalité des genres et à l'autonomisation des femmes	Base de données mondiale sur les ODD
Légalité des relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe	Le *Rapport sur l'homophobie d'Etat 2020 : mise à jour, aperçu de la législation globale* indique que les relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe sont considérées comme légales si elles ne sont pas criminalisées. Pour le cadre : pays où les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont légales = 1 ; pays où elles ne sont pas légales ou sont criminalisées *de facto* = 0.	Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes (ILGA)

Tableau 9. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 5

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Violence à l'égard des femmes perpétrée par leur partenaire (ODD 5.2.1)*	Femmes âgées de 15 à 49 ans	0,3	0	15	30
Femmes mariées avant l'âge de 15 ans (ODD 5.3.1)*	Femmes âgées de 20 à 24 ans	0,175	0	10	20
Cadres juridiques qui permettent de promouvoir, de faire respecter et de suivre l'égalité des genres (ODD 5.1.1, domaine 2, violence à l'égard des femmes)	Population entière	0,175	90	75	60
Systèmes permettant de suivre l'égalité des genres (ODD 5.c.1)	Population entière	0,175	0,9	0,75	0,6
Légalité des relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe	Population entière	0,175	1	0,9	0,8



Engagement mondial 6

Utiliser les processus budgétaires nationaux, y compris la budgétisation et les audits sexospécifiques, augmenter le financement national et explorer de nouvelles structures et de nouveaux instruments de financement innovants et participatifs pour assurer la mise en œuvre intégrale, effective et accélérée du Programme d'action de la CIPD

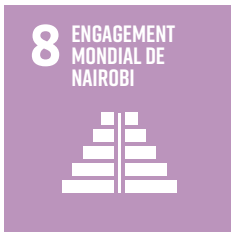
Des indicateurs potentiels pour suivre cet engagement ont été envisagés. Mais l'engagement n'a pas pu être pris en compte dans le cadre actuel, car les données ne sont pas systématiquement suivies et ne sont donc pas comparables au niveau mondial.



Engagement mondial 7

Renforcer le financement international pour la mise en œuvre complète, effective et accélérée du Programme d'action de la CIPD afin de compléter et promouvoir le financement national, en particulier les programmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive, et d'autres mesures et interventions qui soutiennent l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes et des filles

Des indicateurs potentiels pour suivre cet engagement ont été envisagés. Mais l'engagement n'a pas pu être pris en compte dans le cadre actuel, car les données ne sont pas systématiquement suivies et ne sont donc pas comparables au niveau mondial.



Engagement mondial 8

Investir dans l'éducation, la création d'emplois et la santé des adolescents et des jeunes, y compris la planification familiale et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes, notamment les filles, afin d'exploiter toutes les promesses du dividende démographique

Les tableaux 10 et 11 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 8. Les indicateurs marqués d'un astérisque utilisent une échelle inverse pour les seuils limites.

Tableau 10. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 8

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Taux net total de scolarisation dans le secondaire	Nombre total d'élèves en âge de suivre un enseignement secondaire et inscrits dans l'enseignement secondaire, exprimé en pourcentage de la population correspondante dans ce groupe d'âge	Banque mondiale
Jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (ODD 8.6.1)	Cet indicateur présente la part des jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation en pourcentage du nombre total de jeunes dans le groupe d'âge correspondant, par genre	Base de données mondiale sur les ODD
Femmes mariées avant l'âge de 18 ans (ODD 5.3.1)	Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans	Base de données mondiale sur les ODD

Tableau 11. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 8

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Taux net total de scolarisation dans le secondaire	Hommes et femmes âgés de 12 à 17 ans	0,33	90	80	70
Jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (ODD 8.6.1)*	Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans	0,33	10	12,5	15
Femmes mariées avant l'âge de 18 ans (ODD 5.3.1)*	Femmes âgées de 20 à 24 ans	0,33	0	10	20



Engagement mondial 9

Édifier des sociétés paisibles, justes et inclusives, sans laissés pour compte, dans lesquelles toutes les personnes, indépendamment de la race, la couleur de peau, la religion, le sexe, l'âge, le handicap, la langue, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et l'expression ou l'identité de genre, se sentent valorisées et capables de façonner leur propre avenir et d'apporter leur contribution à la société

Les tableaux 12 et 13 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 9.

Tableau 12. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 9

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Représentation dans les institutions publiques (proportion de femmes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméaral) (ODD 16.7.1)	Répartition des postes dans les institutions nationales et locales, y compris a) les organes législatifs, b) les services publics et c) les organes judiciaires, par rapport à la répartition nationale (rapport entre la proportion de femmes au Parlement et la proportion de femmes dans la population nationale, l'âge d'éligibilité servant de limite inférieure)	Base de données mondiale sur les ODD
Représentation dans les institutions publiques (proportion de jeunes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméral) (ODD 16.7.1)	Répartition des postes dans les institutions nationales et locales, y compris a) les organes législatifs, b) les services publics et c) les organes judiciaires, par rapport à la répartition nationale (rapport entre la proportion de jeunes au Parlement et la proportion de la population nationale, l'âge d'éligibilité servant de limite inférieure)	Base de données mondiale sur les ODD
Cadres juridiques qui permettent de promouvoir, de faire respecter et de suivre l'égalité des genres (ODD 5.1.1, domaine 3, emploi et avantages économiques)	Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (domaine 3, emploi et avantages économiques)	Base de données mondiale sur les ODD
Cadres juridiques qui permettent de promouvoir, de faire respecter et de suivre l'égalité des genres (ODD 5.1.1, domaine 1, cadres juridiques généraux et vie publique)	Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (domaine 1, cadres juridiques généraux et vie publique)	Base de données mondiale sur les ODD
Institutions nationales de défense des droits de l'Homme x – A : Statut (ODD 16.A.1)	Présence d'institutions nationales des droits de l'Homme indépendantes conformes aux Principes de Paris (statut A).	Base de données mondiale sur les ODD

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Protection contre les crimes motivés par la haine	Le *Rapport sur l'homophobie d'Etat 2020 : mise à jour, aperçu de la législation globale* indique que la protection contre les crimes motivés par la haine se compose de « différents instruments juridiques permettant de lutter contre la violence motivée par l'orientation sexuelle d'une victime ». Dans ce cadre, les pays sont définis comme suit : 1 = « oui, la protection existe », 0 = « aucune protection n'existe » ou 0,25 (pour un nombre limité de pays) = « la protection n'est pas disponible à l'échelle nationale ou n'atteint pas le seuil de la catégorie ».	Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes
Protection contre l'incitation à la haine	Le *Rapport sur l'homophobie d'Etat 2020 : mise à jour, aperçu de la législation globale* indique que la protection contre l'incitation à la haine passe par des lois qui « reconnaissent l'importance primordiale d'assurer la sécurité et la protection des communautés marginalisées ». Dans ce cadre, les pays sont définis comme suit : 1 = « oui, la protection existe », 0 = « aucune protection n'existe » ou 0,25 (pour un nombre limité de pays) = « la protection n'est pas disponible à l'échelle nationale ou n'atteint pas le seuil de la catégorie ».	Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes

Tableau 13. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 9

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Représentation dans les institutions publiques (proportion de femmes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméaral) (ODD 16.7.1)	Femmes âgées de 18 ans ou plus	0,125	0,9	0,75	0,6
Représentation dans les institutions publiques (proportion de jeunes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméral) (ODD 16.7.1)	Hommes et femmes âgés de 18 à 44 ans	0,125	0,9	0,75	0,6
Cadres juridiques qui permettent de promouvoir, de faire respecter et de suivre l'égalité des genres (ODD 5.1.1, domaine 3, emploi et avantages économiques)	Population entière	0,125	90	75	60
Cadres juridiques qui permettent de promouvoir, de faire respecter et de suivre l'égalité des genres (ODD 5.1.1, domaine 1, cadres juridiques généraux et vie publique)	Population entière	0,125	90	75	60
Institutions nationales de défense des droits de l'Homme x – A : Statut (ODD 16.A.1)	Population entière	0,25	0,9	0,75	0,6
Protection contre les crimes motivés par la haine	Population entière	0,125	0,9	0,75	0,6
Protection contre l'incitation à la haine	Population entière	0,125	0,9	0,75	0,6



Engagement mondial 10

Fournir des données de qualité et ventilées en temps opportun, qui garantissent le respect de la vie privée des citoyens et incluent les jeunes adolescents, investir dans les innovations numériques en matière de santé, comme les mégadonnées, et l'amélioration des systèmes de données pour étayer les politiques visant à atteindre un développement durable

Les tableaux 14 et 15 présentent les indicateurs, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 10.

Tableau 14. Indicateurs et définitions de l'engagement mondial 10

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Inventaire de l'Observatoire des données ouvertes – note globale	L'inventaire évalue la couverture et l'ouverture des statistiques officielles afin de suivre l'évolution des données ouvertes pertinentes pour le développement économique, social et environnemental d'un pays. La note globale est un indicateur qui montre à quel point les offres de données d'un bureau national de statistique sont complètes et ouvertes. Il comprend une note pour la couverture (mesure dans laquelle l'offre de données du pays est complète) et une note d'ouverture (degré de conformité des données aux normes recommandées par la Définition ouverte et la Charte internationale sur les données ouvertes).	Observatoire des données ouvertes (ODIN)
Exhaustivité de l'enregistrement des naissances (ODD 17.19.2)	Proportion de pays qui ont atteint un taux d'enregistrement des naissances de 100 pour cent	*Rapport sur la situation des enfants dans le monde*, UNICEF
Exhaustivité du recensement (ODD 17.19.2)	Proportion de pays qui ont procédé à au moins un recensement de la population et du logement au cours des 10 dernières années	Base de données mondiale sur les ODD
Exhaustivité de l'enregistrement des décès (ODD 17.19.2)	Proportion de pays qui ont atteint un taux d'enregistrement des décès de 80 pour cent	Le Rapport sur la population et les statistiques de l'état civil (*Population and Vital Statistics Report*) de la Division de la statistique des Nations Unies et les Perspectives de population mondiale (*World Population Prospects)* de la Division de la population des Nations Unies.
Ensemble de données opérationnelles communes – statistiques démographiques	Les ensembles de données opérationnelles communes sont des ensembles de données de référence fiables destinés à soutenir les opérations et la prise de décisions de tous les acteurs d'une intervention humanitaire. Les ensembles de données opérationnelles communes « à jour » sont ceux dont l'année de référence remonte à moins de trois ans.	Ensembles de données opérationnelles communes de l'OCHA

Tableau 15. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 10

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Inventaire de l'Observatoire des données ouvertes – note globale	Population entière	0,2	90	75	60
Exhaustivité de l'enregistrement des naissances (ODD 17.19.2)	Naissances	0,2	0,9	0,75	0,6
Exhaustivité du recensement (ODD 17.19.2)	Population entière	0,2	0,9	0,75	0,6
Exhaustivité de l'enregistrement des décès (ODD 17.19.2)	Décès	0,2	0,9	0,75	0,6
Ensemble de données opérationnelles communes – statistiques démographiques	Population entière	0,2	0,9	0,75	0,6



Engagement mondial 11

S'engager en faveur de l'idée que rien ne peut être discuté et décidé sur la santé et le bien-être des jeunes sans leur implication et leur participation véritables (« nous voulons participer à tout ce qui nous concerne »)

L'Indice d'autonomisation des jeunes actuellement développé par l'UNFPA a été utilisé pour suivre l'engagement mondial 11. L'indice a été construit en utilisant six domaines, chacun comptant trois sous-domaines (ressources, capacité d'action et réalisation) avec plusieurs indicateurs. Les domaines « genre et autonomie » et « autonomisation en matière de santé sexuelle et reproductive » n'ont pas été inclus en raison d'un chevauchement avec les indicateurs utilisés pour d'autres engagements. Les tableaux 16 et 17 présentent les domaines, les pondérations et les seuils limites de l'engagement 11.

Tableau 16. Indicateurs et domaines de l'engagement mondial 11

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Autonomisation économique	Ce domaine comprend les sous-domaines des ressources, de la capacité d'action et des réalisations et se rapporte à la composante « Ma vie » de la stratégie mondiale de l'UNFPA pour les adolescents et les jeunes	Indice d'autonomisation des jeunes
Éducation	Ce domaine comprend les sous-domaines des ressources, de la capacité d'action et des réalisations et se rapporte à la composante « Ma vie » de la stratégie mondiale de l'UNFPA pour les adolescents et les jeunes	Indice d'autonomisation des jeunes
Politique relative à la jeunesse et participation politique des jeunes	Ce domaine comprend les sous-domaines des ressources, de la capacité d'action et des réalisations et se rapporte à la composante « Mon monde » de la stratégie mondiale de l'UNFPA pour les adolescents et les jeunes	Indice d'autonomisation des jeunes
Sûreté et sécurité	Ce domaine comprend les sous-domaines des ressources, de la capacité d'action et des réalisations et se rapporte à la composante « Mon monde » de la stratégie mondiale de l'UNFPA pour les adolescents et les jeunes	Indice d'autonomisation des jeunes

Tableau 17. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 11

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Autonomisation économique	Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans	0,25	0,7	0,6	0,5
Éducation	Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans	0,25	0,7	0,6	0,5
Politique relative à la jeunesse et participation politique des jeunes	Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans	0,25	0,7	0,6	0,5
Sûreté et sécurité	Hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans	0,25	0,7	0,6	0,5



Engagement mondial 12

S'assurer que les besoins et droits fondamentaux des populations touchées, en particulier ceux des filles et des femmes, sont traités comme des composantes essentielles des réponses aux crises humanitaires et environnementales, ainsi que dans les contextes fragiles de reconstruction et de sortie de crise , en offrant un accès à toute la gamme de services, d'informations et d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à l'avortement sans risque conformément à la loi et aux soins post-avortement, afin de réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, les violences sexistes et sexuelles, ainsi que les grossesses non désirées dans ces conditions

Un indicateur a été défini pour suivre l'engagement mondial 12 ; les tableaux 18 et 19 présentent sa définition, sa pondération et ses seuils limites. L'indicateur reflète uniquement les pays des catégories régionales qui avaient besoin d'une aide humanitaire en 2020.

Tableau 18. Indicateur et définition de l'engagement mondial 12

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE
Rapport entre la « demande » et la « prestation » humanitaires	Couverture du financement pour chaque pays ; Proportion de fonds « reçus » par référence à ceux « requis » pour que l'action humanitaire puisse répondre aux besoins spécifiques des femmes, des filles et des jeunes (notamment en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, ainsi que pour la prévention de la violence fondée sur le genre et les interventions menées pour y faire face)	UNFPA

Tableau 19. Pondération, échelle et seuils limites de l'indicateur de l'engagement mondial 12

INDICATEUR	POPULATION	PONDÉRATION	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Rapport entre la « demande » et la « prestation » humanitaires	Population entière	1	0,9	0,75	0,6

Le tableau 20 présente les seuils limites relatifs à chaque engagement mondial. Les seuils échelonnés ont servi à déterminer les couleurs vert, jaune, orange et rouge pour chaque indicateur.

Tableau 20. Seuils limites échelonnés, par engagement mondial

	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Engagement 1	0,900	0,753	0,607
Engagement 2	0,930	0,725	0,520
Engagement 3	0,898	0,816	0,733
Engagement 4	0,945	0,839	0,733
Engagement 5	0,965	0,724	0,483

	SEUIL 1	SEUIL 2	SEUIL 3
Engagement 8	0,911	0,822	0,733
Engagement 9	0,900	0,750	0,600
Engagement 10	0,900	0,750	0,600
Engagement 11	0,700	0,600	0,500
Engagement 12	0,900	0,750	0,600

Tableau 21. Seuils limites échelonnés relatifs aux indicateurs figurant dans les engagements

	SEUIL ÉCHELONNÉ 1	SEUIL ÉCHELONNÉ 2	SEUIL ÉCHELONNÉ 3
Engagement 2			
Taux de natalité chez les adolescentes	0,875	0,8125	0,75
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive (ODD 5.6.2, contraception et planification familiale)	0,9	0,75	0,6
Besoin de méthodes modernes de contraception non satisfait chez l'ensemble des femmes	1	0,625	0,25
Engagement 3			
Indice de Couverture Sanitaire Universelle	0,8	0,7	0,6
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive (ODD 5.6.2, section 1, soins de maternité)	0,9	0,75	0,6
Accouchement assisté par un personnel qualifié (ODD 3.1.2)	0,98	0,94	0,9
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)	0,93913	0,908696	0,878261
Législation relative à l'avortement à l'échelle mondiale	0,75	0,5	0,25
Engagement 4			
Femmes âgées de 20 à 24 ans devenues mères avant l'âge de 15 ans	1	0,875	0,75
Femmes âgées de 20 à 24 ans devenues mères avant l'âge de 18 ans	1	0,958333	0,916667
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes de contraception chez les femmes âgées de 15 à 24 ans	0,9	0,75	0,6
Nouvelles infections à VIH (ODD 3.3.1)	0,98	0,94	0,9
Textes législatifs et réglementaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive (ODD 5.6.2, section 3, éducation à la sexualité)	0,9	0,75	0,6
Engagement 5			
Violence par un partenaire (ODD 5.2.1)	1	0,625	0,25
Femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 15 ans (ODD 5.3.1)	1	0,666667	0,333333
Cadre juridique (ODD 5.1.1, domaine 2, violence à l'égard des femmes)	0,9	0,75	0,6
Pays assurant un suivi de l'égalité des genres (ODD 5.c.1)	0,9	0,75	0,6
Légalité des relations sexuelles entre personnes de même sexe	1	0,9	0,8

	SEUIL ÉCHELONNÉ 1	SEUIL ÉCHELONNÉ 2	SEUIL ÉCHELONNÉ 3
Engagement 8			
Taux net de fréquentation des établissements d'enseignement secondaire	0,9	0,8	0,7
Jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation	0,833333	0,791667	0,75
Femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 18 ans (ODD 5.3.1)	1	0,875	0,75
Engagement 9			
Femmes parlementaires (ODD 16.7.1)	0,9	0,75	0,6
Jeunes parlementaires (ODD 16.7.1)	0,9	0,75	0,6
Emploi et avantages économiques (ODD 5.1.1, domaine 3, emploi et avantages économiques)	0,9	0,75	0,6
Cadres juridiques globaux et vie publique (ODD 5.1.1, domaine 1, cadres juridiques globaux et vie publique)	0,9	0,75	0,6
Institutions indépendantes de défense des droits de l'Homme (ODD 16.A.1, statut A)	0,9	0,75	0,6
Protection contre les crimes motivés par la haine	0,9	0,75	0,6
Protection contre l'incitation à la haine	0,9	0,75	0,6
Engagement 10			
Indice de l'Observatoire des données ouvertes	0,9	0,75	0,6
Enregistrement des naissances (ODD 17.19.2)	0,9	0,75	0,6
Recensement (ODD 17.19.2)	0,9	0,75	0,6
Enregistrement des décès (ODD 17.19.2)	0,9	0,75	0,6
Ensemble de données opérationnelles communes	0,9	0,75	0,6
Engagement 11			
Autonomisation économique	0,7	0,6	0,5
Éducation	0,7	0,6	0,5
Politique relative à la jeunesse et participation politique des jeunes	0,7	0,6	0,5
Sûreté et sécurité	0,7	0,6	0,5
Engagement 12			
Rapport entre la « demande » et la « prestation » humanitaires	0,9	0,75	0,6

Résultats du Cadre de suivi des engagements mondiaux

Le tableau 22 indique le nombre de pays compris dans chaque région. Les tableaux ci-dessous présentent les résultats par engagement. Pour chaque indicateur, les tableaux fournissent la valeur de l'indice, la couleur correspondante, le nombre de pays et le pourcentage de la population représentée par les données disponibles.

Tableau 22. Regroupements régionaux utilisés dans le cadre de suivi

RÉGION	NOMBRE DE PAYS COMPRIS DANS LA RÉGION
Asie centrale et Asie du Sud	13
Asie de l'Est et du Sud-Est	14
Europe et Amérique du Nord	26
Amérique latine et Caraïbes	26
Afrique du Nord et Asie occidentale	17
Océanie	10
Afrique subsaharienne	48

Tableau 23. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 1, par région

RÉGION	VALEUR DE L'INDICE COMPOSITE
Asie centrale et Asie du Sud	0,629
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	0,744
Europe et Amérique du Nord	0,821
Amérique latine et Caraïbes	0,690
Afrique du Nord et Asie occidentale	0,662
Océanie	Aucune donnée
Afrique subsaharienne	0,527

Tableau 24. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 2, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Taux de natalité chez les adolescentes	Valeur de l'indice	0,862	0,899	0,944	0,739	0,803	0,938	0,503
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant un accès égal aux soins de santé sexuelle et procréative (ODD 5.6.2, contraception et planification familiale)	Valeur de l'indice	0,783	0,886	0,872	0,786	0,890	0,610	0,711
	Nombre de pays	12	11	18	21	12	3	41
	Pourcentage de la population	92,31 %	78,57 %	69,23 %	80,77 %	70,59 %	30,00 %	85,42 %
Besoin total de méthodes modernes non satisfait (toutes les femmes)	Valeur de l'indice	0,654	0,783	0,699	0,728	0,597	0,745	0,518
	Nombre de pays	13	14	24	26	17	9	47
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	99,9 %	100 %	100 %	99,6 %	100 %

Tableau 25. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 3, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Indice de couverture sanitaire universelle (ODD 3.8.1)	Valeur de l'indice	0,582	0,761	0,829	0,740	0,660	0,843	0,448
	Nombre de pays	13	14	26	25	16	9	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	99,99 %	98,94 %	99,95 %	100 %
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant un accès égal aux soins de santé sexuelle et procréative (ODD 5.6.2, soins de maternité)	Valeur de l'indice	0,768	0,688	0,895	0,710	0,727	0,575	0,713
	Nombre de pays	11	10	15	17	9	2	30
	Pourcentage de la population	84,62 %	71,43 %	57,69 %	65,38 %	52,94 %	20,00 %	62,50 %
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié (ODD 3.1.2)	Valeur de l'indice	0,824	0,950	0,987	0,958	0,873	0,975	0,630
	Nombre de pays	13	14	22	26	16	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	87 %	100 %	98,35 %	100 %	100 %
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)	Valeur de l'indice	0,868	0,947	0,990	0,941	0,933	0,990	0,552
	Nombre de pays	13	14	26	25	17	9	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	99,99 %	100 %	99,95 %	100 %
Législation relative à l'avortement à l'échelle mondiale	Valeur de l'indice	0,712	0,607	0,923	0,413	0,500	0,500	0,464
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	9	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	90 %	100 %

Tableau 26. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 4, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 15 ans	Valeur de l'indice	0,939	0,982	0,999	0,904	0,965	Aucune donnée	0,762
	Nombre de pays	12	7	3	13	8		40
	Pourcentage de la population	99,96 %	35,24 %	4,60 %	81,90 %	61,21 %	0,00 %	97,10 %

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans	Valeur de l'indice	0,823	0,879	0,946	0,706	0,874	Aucune donnée	0,550
	Nombre de pays	12	7	3	13	8		40
	Pourcentage de la population	99,96 %	35,24 %	4,60 %	81,90 %	61,21 %		97,10 %
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (toutes les femmes âgées de 15 à 24 ans)	Valeur de l'indice	0,526	0,715	0,662	0,671	0,497	Aucune donnée	0,464
	Nombre de pays	8	5	3	10	5		39
	Pourcentage de la population	74,1 %	27,7 %	4,7 %	57,0 %	33,1 %		96,8 %
Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives âgées de 15 à 24 ans (ODD 3.3.1)	Valeur de l'indice	0,993	0,968	0,992	0,974	0,996	0,998	0,872
	Nombre de pays	10	10	16	22	11	3	47
	Pourcentage de la population	29,97 %	37,25 %	29,36 %	67,20 %	67,87 %	92,95 %	99,99 %
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant un accès égal aux soins de santé sexuelle et procréative (ODD 5.6.2, éducation à la sexualité)	Valeur de l'indice	0,553	0,897	0,882	0,725	0,344	0,833	0,555
	Nombre de pays	12	9	17	20	10	3	41
	Pourcentage de la population	92,31 %	64,29 %	65,38 %	76,92 %	58,82 %	30,00 %	85,42 %

Remarque : Cet indicateur se fonde sur les dernières estimations de l'incidence du VIH par ONUSIDA (2022). Pour 10 pays (Arménie, Égypte, Libéria, Mozambique, Népal, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Trinité-et-Tobago et Venezuela) le taux d'incidence du VIH n'ayant pas été mis à jour dans le rapport de 2022, il se fonde sur les données de 2019.

Tableau 27. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 5, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Violence à l'égard des femmes perpétrée par leur partenaire (ODD 5.2.1)	Valeur de l'indice	0,538	0,805	0,871	0,794	0,674	0,879	0,495
	Nombre de pays	11	12	25	23	11	10	39
	Pourcentage de la population	97,97 %	97,16 %	91,37 %	99,88 %	68,63 %	100 %	94,32 %

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans (ODD 5.3.1, moins de 15 ans)	Valeur de l'indice	0,770	0,934	0,991	0,844	0,870	0,921	0,641
	Nombre de pays	13	10	7	21	15	6	45
	Pourcentage de la population	100 %	37,24 %	7,79 %	93,26 %	97,91 %	9,26 %	99,69 %
Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (ODD 5.1.1, violence à l'égard des femmes)	Valeur de l'indice	0,833	0,736	0,830	0,852	0,595	0,917	0,656
	Nombre de pays	6	6	22	18	7	3	16
	Pourcentage de la population	46,2 %	42,9 %	84,6 %	69,2 %	41,2 %	30,0 %	33,3 %
Proportion de pays dotés de systèmes permettant de suivre et de rendre public le montant des ressources affectées à l'égalité des genres et à l'autonomisation des femmes (ODD 5.c.1)	Valeur de l'indice	0,750	0,889	1,000	0,923	0,889	1,000	0,821
	Nombre de pays	8	9	15	13	9	5	28
	Pourcentage de la population	61,5 %	64,3 %	57,7 %	50 %	52,9 %	50 %	58,3 %
Légalité des relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe	Valeur de l'indice	0,385	0,857	1,000	0,846	0,412	0,500	0,458
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tableau 28. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 8, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Taux net de fréquentation des établissements d'enseignement secondaire	Valeur de l'indice	0,596	0,744	0,930	0,800	0,681	0,918	0,338
	Nombre de pays	11	8	25	24	13	6	35
	Pourcentage de la population	99,69 %	32,76 %	99,78 %	97,48 %	78,28 %	95,17 %	58,52 %

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans non scolarisés, sans emploi ni formation (ODD 8.6.1)	Valeur de l'indice	0,517	0,702	0,801	0,610	0,470	0,816	0,597
	Nombre de pays	10	11	26	21	13	10	41
	Pourcentage de la population	98,26 %	41,26 %	100 %	98,57 %	84,61 %	100 %	94,93 %
Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans (ODD 5.3.1, moins de 18 ans)	Valeur de l'indice	0,653	0,805	0,961	0,713	0,766	0,836	0,557
	Nombre de pays	13	10	11	21	15	6	45
	Pourcentage de la population	100 %	37,24 %	17,47 %	93,26 %	97,91 %	9,26 %	99,69 %

Tableau 29. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 9, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Représentation dans les institutions publiques (proportion de femmes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméral) (ODD 16.7.1)	Valeur de l'indice	0,344	0,463	0,625	0,579	0,391	0,645	0,480
	Nombre de pays	13	14	26	24	14	9	47
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	98,4 %	87,2 %	100 %	99,7 %
Représentation dans les institutions publiques (proportion de jeunes au Parlement, chambre basse ou parlement monocaméral) (ODD 16.7.1)	Valeur de l'indice	0,374	0,309	0,696	0,745	0,474	0,562	0,498
	Nombre de pays	13	11	25	18	12	6	32
	Pourcentage de la population	100 %	93,25 %	95,44 %	94,22 %	67,49 %	98,04 %	80,56 %
Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité de genres et de non-discrimination fondée sur le genre (ODD 5.1.1, emploi et avantages économiques)	Valeur de l'indice	0,417	0,683	0,905	0,778	0,600	0,900	0,663
	Nombre de pays	6	6	22	18	7	3	16
	Pourcentage de la population	46,2 %	42,9 %	84,6 %	69,2 %	41,2 %	30,0 %	33,3 %

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Présence ou absence de cadres juridiques visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des genres et de non-discrimination fondée sur le genre (ODD 5.1.1, cadres juridiques généraux et vie publique)	Valeur de l'indice	0,683	0,606	0,814	0,726	0,570	0,700	0,655
	Nombre de pays	6	6	22	18	7	3	16
	Pourcentage de la population	46,2 %	42,9 %	84,6 %	69,2 %	41,2 %	30,0 %	33,3 %
Présence d'institutions nationales des droits de l'Homme indépendantes et conformes aux Principes de Paris (ODD 16.A.1, statut A)	Valeur de l'indice	0,308	0,500	0,731	0,615	0,529	0,400	0,521
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Protection contre les crimes motivés par la haine (ILGA)	Valeur de l'indice	0,000	0,143	0,548	0,462	0,059	0,225	0,083
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Protection contre l'incitation à la haine (ILGA)	Valeur de l'indice	0,000	0,000	0,731	0,346	0,015	0,150	0,047
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Remarque : L'engagement mondial 10 a été réappliqué à 2021 en raison d'une erreur concernant l'indicateur « ensemble de données opérationnelles communes ». Le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires gère l'ensemble de données opérationnelles communes pour 160 pays. Au cours de l'élaboration du Cadre de suivi des engagements mondiaux de 2022, il a découvert que les données de 2021 n'utilisaient pas ces 160 pays comme dénominateur pour cet indicateur. Le Cadre de suivi des engagements mondiaux de 2022 corrige cette erreur, et les résultats de l'engagement mondial 10 ont été réappliqués à 2021 afin de permettre la comparaison.

Tableau 30. Résultats 2021 relatifs à l'engagement mondial 10 (réapplication), par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Indice de l'Observatoire des données ouvertes – note globale (couverture et ouverture des statistiques officielles)	Valeur de l'indice	0,439	0,538	0,691	0,457	0,510	0,461	0,395
	Nombre de pays	13	13	26	23	16	7	45
	Pourcentage de la population	100 %	92,9 %	100 %	88,5 %	94,1 %	70 %	93,8 %
Exhaustivité de l'enregistrement des naissances (ODD 17.19.2)	Valeur de l'indice	0,556	0,625	1,000	0,600	0,813	0,571	0,222
	Nombre de pays	9	8	26	25	16	7	27
	Pourcentage de la population	69,23 %	57,14 %	100 %	96,15 %	94,12 %	70,00 %	56,25 %
Exhaustivité du recensement (ODD 17.19.2)	Valeur de l'indice	0,692	1,000	0,923	0,885	0,588	1,000	0,688
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Exhaustivité de l'enregistrement des décès (ODD 17.19.2)	Valeur de l'indice	0,889	0,750	1,000	0,760	0,625	0,571	0,273
	Nombre de pays	9	8	26	25	16	7	23
	Pourcentage de la population	69,2 %	57,1 %	100 %	96,2 %	94,1 %	70 %	47,9 %
Ensemble de données opérationnelles communes	Valeur de l'indice	0,273	0,538	0,167	0,731	0,267	0,167	0,625
	Nombre de pays	11	13	6	26	15	6	48
	Pourcentage de la population	84,62 %	92,86 %	23,08 %	100 %	88 %	60 %	100 %
Note pour l'engagement		0,570	0,690	0,756	0,686	0,560	0,554	0,440

Tableau 31. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 10, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Indice de l'Observatoire des données ouvertes – note globale (couverture et ouverture des statistiques officielles)	Valeur de l'indice	0,439	0,538	0,691	0,457	0,510	0,461	0,395
	Nombre de pays	13	13	26	23	16	7	45
	Pourcentage de la population	100 %	92,9 %	100 %	88,5 %	94,1 %	70 %	93,8 %
Exhaustivité de l'enregistrement des naissances (ODD 17.19.2)	Valeur de l'indice	0,667	0,625	1,000	0,640	0,875	0,429	0,222
	Nombre de pays	9	8	26	25	16	7	27
	Pourcentage de la population	69,23 %	57,14 %	100 %	96,15 %	94,12 %	70,00 %	56,25 %
Exhaustivité du recensement (ODD 17.19.2)	Valeur de l'indice	0,692	1,000	0,923	0,885	0,588	1,000	0,688
	Nombre de pays	13	14	26	26	17	10	48
	Pourcentage de la population	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Exhaustivité de l'enregistrement des décès (ODD 17.19.2)	Valeur de l'indice	0,889	0,750	1,000	0,800	0,688	0,714	0,261
	Nombre de pays	9	8	26	25	16	7	23
	Pourcentage de la population	69,2 %	57,1 %	100 %	96,2 %	94,1 %	70 %	47,9 %
Ensemble de données opérationnelles communes	Valeur de l'indice	0,636	0,692	0,429	0,923	0,333	0,500	0,833
	Nombre de pays	11	13	7	26	15	6	48
	Pourcentage de la population	84,62 %	92,86 %	26,92 %	100 %	88 %	60 %	100 %

Tableau 32. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 11, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Autonomisation économique	Valeur de l'indice	0,622	0,666	0,706	0,640	0,568	0,708	0,629
Éducation	Valeur de l'indice	0,500	0,671	0,804	0,772	0,670	0,784	0,470
Politique relative à la jeunesse et participation politique des jeunes	Valeur de l'indice	0,460	0,274	0,443	0,525	0,349	0,485	0,476
Sûreté et sécurité	Valeur de l'indice	0,626	0,688	0,735	0,548	0,569	0,815	0,568

Tableau 33. Résultats 2022 relatifs à l'engagement mondial 12, par région

		ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD	ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST	EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE	OCÉANIE	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Comparaison entre la proportion de fonds « reçus » par référence à ceux « requis » pour que l'action humanitaire puisse répondre aux besoins spécifiques des femmes, des filles et des jeunes (notamment en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, ainsi que pour la prévention de la violence fondée sur le genre et les interventions menées pour y faire face)	Valeur de l'indice	0,457	0,671	0,585	0,150	0,740	1,000	0,389
	Nombre de pays	6	7	1	7	9	1	30
	Pourcentage de la population	46,2 %	50 %	3,9 %	26,9 %	52,9 %	10,0 %	62,5 %

ANNEXE D

MEMBRES DE LA COMMISSION DE HAUT NIVEAU

Co-présidents

- S.E. Jakaya Mrisho Kikwete, ancien président de la République-Unie de Tanzanie
- S.E. Michaëlle Jean, ancienne gouverneure générale et commandante en chef du Canada ; ancienne secrétaire générale de la Francophonie

Membres

- S.A.R. la princesse héritière Mary de Danemark, comtesse de Monpezat
- Hatim Aznague, fondateur et président de The Sustainable Development's Youth, Maroc
- Alvaro Bermejo, directeur général de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)
- Rudelmar Bueno de Faria, secrétaire général (PDG) d'Action by Churches Together (ACT) Alliance
- Franka Cadée, présidente de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)
- Alexandra Chichikova, Miss Wheelchair World 2017 et défenseuse de la santé
- Martin Chungong, secrétaire général de l'Union interparlementaire
- Myrna Cunningham, première vice-présidente du Fonds pour le développement des populations autochtones d'Amérique latine et des Caraïbes (FILAC)
- Jaha Dukureh, directrice générale de Safe Hands for Girls
- Mary-Ann Etiebet, directrice exécutive de Merck for Mothers
- Senait Fisseha, directrice des programmes internationaux au sein de la fondation Susan Thomas Buffett et conseillère principale auprès du directeur général de l'OMS
- Lorence Kabasele Birungi, présidente du Réseau africain des jeunes et adolescents (AfriYAN) pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe
- Martin Karadzhov, membre du Conseil d'administration et président du Comité d'orientation des jeunes de l'ILGA World (Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes)
- Maître Angélica Lozano Correa, avocate, militante pour les droits civiques et sénatrice de Colombie
- Sangeet Kayastha, coordinateur de Y-PEER Asia Pacific Center
- Hans Linde, président de l'Association suédoise pour l'éducation sexuelle (RFSU)
- Latanya Mapp Frett, présidente et directrice générale du Fonds mondial pour les femmes
- Lucy Mulenkei, directrice exécutive de l'Indigenous Information Network
- Friday Okonofua, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'université de Benin, au Nigéria
- Sara Pantuliano, directrice générale de l'Overseas Development Institute (ODI)
- Bandana Rana, vice-présidente du Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
- Jan-Willem Scheijgrond, vice-président pour le gouvernement mondial et les affaires publiques de Royal Philips
- Gamal Serour, professeur d'obstétrique et de gynécologie et directeur du Centre islamique international pour les études et la recherche démographiques de l'université Al-Azhar
- Keizo Takemi, membre de la Chambre des conseillers du Parlement du Japon et ambassadeur de bonne volonté de l'OMS
- Nahid Toubia, directrice de l'Institut pour la santé et les droits reproductifs au Soudan
- Jayathma Wickramanayake, Envoyée du Secrétaire général des Nations Unies pour la jeunesse
- S.E. Lindiwe Zulu, ministre du Développement social de l'Afrique du Sud et présidente de Partenaires dans le domaine de la population et du développement

ANNEXE E

SECRÉTARIAT ET ÉQUIPES D'APPUI DE LA COMMISSION DE HAUT NIVEAU

Secrétariat

- Saskia Schellekens, coordinatrice mondiale du suivi de la CIPD25 et responsable du Secrétariat de la Commission de haut niveau
- D^{re} Jane Gibbons, spécialiste de la coordination dans le cadre du suivi de la CIPD25
- Gabriela Ullauri, consultante en communication et sensibilisation dans le cadre du suivi de la CIPD25
- Lisha Du, consultante technique dans le cadre du suivi de la CIPD25
- Ivy Jagganarine, consultante administrative et financière dans le cadre du suivi de la CIPD25

Sherpas et équipes d'appui

- Co-présidente S.E. Dr. Jakaya Mrisho Kikwete : Lucas Mayenga et Medard Ngaiza, secrétaires privés
- Co-présidente S.E. Michaëlle Jean : Alice Mutezintare, cheffe de bureau

NOTE DE FIN

1 Taylor, 2002.
2 OCHA, 2022.
3 OCHA, 2019.
4 OCHA, 2021.
5 Guttmacher Institute, 2022.
6 Dans son Observation générale nº 36, supra note 11, paragraphe 8, le Comité des droits de l'homme souligne que les États doivent permettre l'accès à l'avortement « lorsque le fait de mener la grossesse à terme causerait pour la femme une douleur ou une souffrance considérable ».
7 CDC, 2021
8 Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, 2022
9 Job, 2021.
10 Guttmacher Institute, 2021.
11 PRB, 2021.
12 Alizada, Boese, Lundstedt et al., 2022 ; Bayerlein, Boese, Gates et al., 2021.
13 PAM, 2022
14 HCR, 2022.
15 Ross, 2017.
16 Morison et Mavuso, 2022 ; Rebouche, 2017.
17 Ross et Solinger, 2017 ; Réunion de la Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, 9 juin 2022.
18 Ibid ; Ross, 2017.
19 OMS, 2015.
20 Gilliam, Neustadt et Gordon, 2009 ; Macleod, Beynon-Jones et Toerien, 2017.
21 Ross, 2006.
22 Nedelsky, 2012.
23 Kim, Young et Lee, 2019.
24 Gago, 2022.
25 Raj, Day, Boyce et al., 2017.
26 Vedam, Stoll, Taiwo et al., 2019.
27 Manning et Schaaf, 2018.
28 Tulloch, 2015.
29 Human Rights Funders Network, 2022.
30 Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique orientale et australe, 2022a.
31 HCDH, 2022a.
32 Réunion de la Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, 9 juin.
33 Liddell et Kington, 2021 ; Conseil des droits de l'homme, 2022.
34 Finlay et Lee, 2018.
35 Banque mondiale, 2022 ; Sobngwi-Tambekou, Tsague-Agnoux, Fezeu et al., 2022 ; Stoner, Rucinski, Edwards et al., 2019.
36 Gammage, Joshi et Rodgers, 2020.
37 ONU-Femmes, 2022 ; UIP s.d. (b).
38 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2014.
39 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2003.
40 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2014, paragraphe 44.
41 Bartholet, 2014.
42 Aboderin, 2014 ; Banke-Thomas, Olorunsaiye et Yaya, 2020.
43 OMS, 2022a
44 Aboderin, 2014.
45 OMS, 2022a.
46 Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2016.
47 UNFPA, 2020a.
48 PRB, s.d. ; Patton, Sawyer, Santelli et al., 2016.
49 HCDH, s.d.
50 Commission interaméricaine des droits de l'homme, 2017, paragraphe 39. Voir aussi : Commission interaméricaine des droits de l'homme , 2017.
51 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2016, paragraphe 14.
52 OPS, 2022.
53 Knight, Bunch, Tuffnell et al., 2021.
54 OMS, UNICEF, UNFPA et al., s.d.
55 L'Afrique subsaharienne à elle seule représentait environ les deux tiers des décès maternels (196 000) et l'Asie du Sud près d'un cinquième (58 000).
56 Conseil des droits de l'homme, 2015.
57 Australian Institute of Health and Welfare, 2021.
58 Sharma, Kolahdooz, Launier et al., 2016.
59 Avis du Comité concernant l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes en vertu du paragraphe 3 de l'article 7 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
60 Le Comité s'est appuyé sur la Recommandation nº 28 (2010) à cet égard.
61 Ibid.
62 Nariño et Santos, 2021.
63 Centre pour les droits reproductifs, 2007.
64 Sa Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Politique nationale de santé et de soins de santé pour la population noire) promeut des politiques qui catégorisent formellement selon la race. Voir Nariño et Santos, 2021.
65 Centre pour les droits reproductifs, 2014.
66 HCDH, ONU-Femmes, UNAIDS et al., 2014.
67 Ibid, p. 2-3.
68 BBC, 2021.
69 HCDH, 2022c.
70 Chapin, 2020. Voir aussi HCDH, ONU-Femmes, ONUSIDA et al., 2014.
71 Kluchin, 2011.
72 Centre de contentieux de l'Afrique australe, 2014a ; Smith, 2014 ; Agiresaasi, 2016.
73 Gouvernement de la République de Namibie contre LM et autres (SA 49 de 2012) [2014] NASC 19.
74 Centre de contentieux de l'Afrique australe, 2014b.
75 Commission pour l'égalité de genre, 2020.
76 Ebrahim, 2020.
77 Kanmony, 2021.
78 Sexual Rights Initiative, National Council of Women Leaders, Dalit Human Rights Defenders Network et al., 2022.
79 Patel, Das et Dasc, 2018.
80 International Dalit Solidarity Network, 2021.
81 Swabhiman Society et Equality Now, 2020.
82 Centre pour les droits reproductifs.
83 Voir Conseil des droits de l'homme, 2021b.
84 Association nationale des femmes handicapées autochtones du Népal, 2021.
85 Visible Impact, 2019.
86 Mofokeng, 2021.
87 Kwete, Tang, Chen et al., 2022.
88 L'UNFPA a fait beaucoup dans ce domaine qui peut encore être exploré dans une perspective de justice. Voir le travail de l'UNFPA sur les questions autochtones : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Indigenous_Issues.pdf.
89 L'article 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones pose les fondements de la santé interculturelle.
90 Comité législatif et de contrôle de l'Assemblée nationale, 2008, article 32.
91 Mofokeng, 2021 ; Ross et Solinger, 2017.
92 Dodor, Grabowski et Leasure, 2021.
93 Mofokeng, 2021.
94 Conseil des droits de l'homme, 2021a, paragraphes 69-72.
95 Human Rights Watch, 2008 ; Dickson, Loft, Robinson et al., 2022.
96 Akinwotu, 2022.
97 Fòs Feminista, 2022.
98 Ngwena, 2010.
99 UNFPA, 2021b.
100 À l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Pékin (1995).
101 Réseau inter institutions pour les femmes et l'égalité des sexes, 2019.

102 Nove, Friberg, de Bernis et al., 2020.

103 Il s'agit de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Pékin (1995), de la 23e séance extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (2000), du Sommet du millénaire (2000), de la Commission de la condition de la femme (2006), du Programme d'action d'Addis-Abeba (2015), des objectifs de développement durable (2015) et des documents de programmes de pays des Nations Unies. Pourtant, les femmes restent les premières victimes de la pauvreté et de la discrimination. Actuellement, 185 États membres de l'ONU (plus de 95 %) sont parties à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979). Dans ses recommandations générales, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes exhorte les partis politiques à fournir des ressources financières pour surmonter les obstacles à la pleine participation et représentation des femmes.

104 Secrétariat général, 2007.

105 Moro-Coco et Raaber, 2013 ; Clark, Sprenger, Veneklasen et al., 2006 ; Lu, Schneider, Gubbins et al., 2010.

106 Hall, Samari, Garbers et al., 2020.

107 Heidari, Onyango et Chynoweth, 2019.

108 UNFPA, 2015.

109 Voir la déclaration prononcée par la Directrice exécutive de l'UNFPA lors de la réunion du Conseil d'administration de 2022 : https://www.unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2022.

110 UNFPA, 2021a ; Homer, Turkmani, Wilson et al., 2022.

111 Heidari, Onyango et Chynoweth, 2019.

112 Abubakar, Aldridge, Devakumar et al., 2018.

113 Li, Richter et Lu, 2019 ; Patel, Das et Dasc, 2018.

114 Ministère public v. Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac et Zoran Vukovic, paragraphes 342 et 583 ; Ministère public v. Radoslav Brdanin, paragraphe 1011.

115 Ministère public v. Jean-Paul Akayesu, paragraphes 428 et 437 ; Human Rights Watch, 1996.

116 Nations Unies, 2022a, p. 20-21.

117 HCDH, 2022b.

118 Bennetts, 2022.

119 Plus de 90 % des quelque 4,7 millions de réfugiés ukrainiens sont des femmes et des enfants.

120 Nations Unies, 2022b.

121 Pour pallier les défaillances de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans les crises humanitaires telles que les guerres, le Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive dans les crises a élaboré le dispositif minimum de services initiaux en matière de santé sexuelle et reproductive. Ce dispositif prévoit un accès à des soins néonatals et obstétricaux d'urgence sûrs au niveau des communautés, des hôpitaux de référence et des établissements de santé primaires, ainsi qu'un système d'orientation permettant le transport et la communication entre les communautés et les établissements de santé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il comprend des services tels que l'accès à la planification familiale et à la contraception d'urgence, la prévention et le traitement de la violence sexuelle et la prise en charge clinique du viol. Il donne la priorité aux soins d'avortement sûrs (« dans toute la mesure de la loi ») et aux soins après avortement dans les établissements de santé. Il traite la question de la morbidité et de la mortalité dues au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles en promouvant l'utilisation des précautions de sécurité standard, la disponibilité de la contraception, la fourniture d'un traitement antirétroviral aux personnes inscrites à ces programmes avant l'installation d'une situation d'urgence, et la disponibilité de traitements syndromiques des infections sexuellement transmissibles. La Fédération internationale des droits de l'homme a souligné que pour certains groupes de réfugiés, notamment les femmes roms, africaines ou d'ascendance africaine, le risque de violation de la santé et des droits sexuels et reproductifs est exacerbé par le racisme et d'autres formes de discrimination. Voir : https://www.fidh.org/fr/regions/europe-asie-centrale/ukraine/droits-sante-sexuels-reproductifs-ukraine

122 OMS, 2022c ; Physicians for Human Rights, 2022.

123 HCDH, 2022d.

124 Kismödi et Pitchforth, 2022.

125 People in Need, 2022 ; HCDH, 2022d.

126 Women's Link Worldwide, 2019a.

127 Women's Link Worldwide, 2019b.

128 IPPF, 2020.

129 UNFPA, 2020b.

130 Ibid.

131 Carino, 2021.

132 Hernandez, 2022.

133 Centre pour les droits reproductifs, 2021c.

134 Council on Foreign Relations, 2022.

135 Centre pour les droits reproductifs, 2022.

136 UNFPA, OMS et ICM, 2021.

137 Regeringen Socialdepartementet, 2022.

138 Maison-Blanche, 2021.

139 Maison-Blanche, 2022.

140 OMS, 2022d.

141 Hall, 2022 ; Al Jazeera, 2021 ; McCool, 2021.

142 En équivalents subventions, les donateurs officiels ont alloué 5,08 dollars par femme en âge de procréer dans le monde en développement en 2018. En 2019, ce montant est tombé à 3,70 dollars. Il s'agit de la plus forte baisse d'une année sur l'autre au cours des 10 dernières années. Source : Conseil économique et social des Nations Unies, 2022.

143 OMS, 2020.

144 Ibid.

145 Ibid.

146 OMS, 2022e.

147 Countdown 2030 Europe, 2020.

148 Universal Access Project, s.d. (a), s.d. (b).

149 Secrétaire général des Nations Unies, 2022.

150 Dans le cadre de ses mécanismes de suivi et d'examen, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 encourage les États membres des Nations Unies à « procéder à des examens réguliers et exhaustifs des progrès réalisés aux niveaux national et infranational, qui sont dirigés et pilotés par les pays » (paragraphe 79). Ces examens nationaux devraient servir de base aux examens réguliers du Forum politique de haut niveau, qui se réunit sous les auspices du Conseil économique et social. Comme stipulé dans le Programme 2030 (paragraphe 84), les examens réguliers du Forum doivent être volontaires, dirigés par les États et entrepris à la fois par les pays développés et en développement, et doivent impliquer de multiples parties prenantes.

151 Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique orientale et australe, 2022b.

152 UIP, s.d. (a).

153 OMS, 2022b.

154 UIP, 2021.

155 UIP, 2022b.

156 UIP, 2022a.

157 Commission de l'Union africaine, s.d.

158 Les trois zéros de l'UNFPA sont : zéro besoin de planification familiale non satisfait, zéro décès maternel et zéro violence et pratique préjudiciable à l'égard des femmes et des filles (mariage d'enfants, mutilations génitales féminines, etc.).

159 Commission de l'Union africaine, s.d.

RÉFÉRENCES

Aboderin, Isabella. *Sexual and Reproductive Health and Rights of Older Men and Women: Addressing a Policy Blind Spot. Reproductive Health Matters* 22, nº 44 (2014) : 185–90. https://www.jstor.org/stable/43288378.

Abubakar, Ibrahim, Robert W. Aldridge, Delan Devakumar, Miriam Orcutt, Rachel Burns, Mauricio L. Barreto, Poonam Dhavan et al. *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The Health of a World on the Move. The Lancet* 392, nº 10164 (15 décembre 2018) : 2606–54. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7.

Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Observation générale nº 2 sur l'article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et l'article 14.2 (a) et (c) du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, 28 novembre 2014. https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=13.

Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, 11 juillet 2003. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women / WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf.

Commission de l'Union africaine. *Plan d'action de Maputo 2016–2030: Universal Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in Africa.* Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine, s.d. https://addis.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MPOA%20English_A5_%20Version%205.pdf.

Agiresaasi, Apophia. *Lawsuits Spotlight Forced Sterilization of Women with HIV in East African Countries. Global Press Journal*, 13 mars 2016, rubrique *Kenya*. https://globalpressjournal.com/africa/kenya/lawsuits-spotlight-forced-sterilization-of-women-with-hiv-in-east-african-countries/.

Akinwotu, Emmanuel. *Sierra Leone Backs Bill to Legalise Abortion and End Colonial-Era Law. The Guardian*, 6 juillet 2022, rubrique *Global development*. https://www.theguardian.com/global-development/2022/jul/06/sierra-leone-backs-bill-to-legalise-abortion-and-end-colonial-era-law.

Al Jazeera. *Tanzania to Allow Students to Attend School after Giving Birth.* Al Jazeera, 24 novemre 2021. https://www.aljazeera.com/news/2021/11/24/tanzania-allow-students-attend-school-after-giving-birth.

Alizada, Nazifa, Vanessa Boese, Martin Lundstedt, Kelly Morrison, Natalia Natsika, Yuko Sato, Hugo Tai et Staffan Lindberg. *Democracy Report 2022 Autocratization Changing Nature?* Göteborg, Suède : V-Dem Institute, mars 2022. https://v-dem.net/media/publications/dr_2022.pdf.

APHA. *Preventing Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Immigration Detention.* American Public Health Association, 26 octobre 2021. https://www.apha.org/Policies-and-Advocacy/Public-Health-Policy-Statements/Policy-Database/2022/01/07/Preventing-Violations-of-Sexual-and-Reproductive-Health-Rights-in-Immigration-Detention.

Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's Mothers and Babies: Maternal Deaths.* Australian Institute of Health and Welfare, 18 novembre 2021. https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/maternal-deaths-australia.

Banke-Thomas, Aduragbemi, Comfort Z. Olorunsaiye et Sanni Yaya. "*Leaving No One behind" Also Includes Taking the Elderly along Concerning Their Sexual and Reproductive Health and Rights: A New Focus for Reproductive Health. Reproductive Health* 17, nº 1 (29 juin 2020) : 101. https://doi.org/10.1186/s12978-020-00944-5.

Bankole, Akinrinola, Lisa Remez, Onikepe Owolabi, Jesse Philbin et Patrice Williams. *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress.* Guttmacher Institute, décembre 2020. https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa.

Bartholet, Elizabeth. *Intergenerational Justice for Children: Restructuring Adoption, Reproduction and Child Welfare Policy. The Law & Ethics of Human Rights* 8, no 1 (1er mai 2014) : 103–30. https://doi.org/10.1515/lehr-2014-0002.

Bayerlein, Michael, Vanessa A. Boese, Scott Gates, Katrin Kamin et Syed Mansoob Murshed. *Populism and COVID-19: How Populist Governments (Mis)Handle the Pandemic. Journal of Political Institutions and Political Economy* 2, nº 3 (12 novembre 2021): 389–428. https://doi.org/10.1561/113.00000043.

BBC, 2021. *Peru Forced Sterilisations Case Reaches Key Stage. BBC News*, 1er mars 2021, rubrique *Latin America & Caribbean*. https://www.bbc.com/news/world-latin-america-56201575.

Bennetts, Marc. *Russia Moves to Ban Discussion of "Childfree Lifestyles"*. The Times, 19 juillet 2022. https://www.thetimes.co.uk/article/russia-moves-to-ban-public-discussion-of-homosexuality-t3nmrtdzf.

Carino, Giselle. *A Brief History of the Green Wave. Fòs Feminista* (blog), 15 octobre 2021. https://fosfeminista.org/media/a-brief-history-of-the-green-wave/.

CDC. *2022 Monkeypox Outbreak Global Map.* Centers for Disease Control and Prevention, 14 septembre 2022. https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html.

CDC. *Unintended Pregnancy | Reproductive Health.* Centers for Disease Control and Prevention, 20 juillet 2021. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/index.htm.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale nº 34 (2016) sur les droits des femmes rurales. Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 7 mars 2016. https://digitallibrary.un.org/record/835897?ln=en.

Centre pour les droits reproductifs. *Advancing Public Health and Human Rights Standards: Safe Abortion through Medical Abortion and Self-Management in Select Asian Countries.* Centre pour les droits reproductifs, 2021. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/10/Advancing-Public-Health-and-Human-Rights_Bangladesh_India_Nepal_Pakistan_Philippines_Sri-Lanka.pdf.

Centre pour les droits reproductifs. Alyne Da Silva Pimentel v. Brésil (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes). Centre pour les droits reproductifs, 30 novembre 2007. https://reproductiverights.org/case/alyne-da-silva-pimentel-v-brazil-committee-on-the-elimination-of-discrimination-against-women/.

Centre pour les droits reproductifs. *Affaire Alyne Da Silva Pimentel Teixeira (« Alyne » v. Brésil Case of Alyne Da Silva Pimentel Teixeira ('Alyne') v. Brazil.* Repères. Centre pour les droits reproductifs, 7 juillet 2014. https://static1.squarespace.com/static/5c9edf9111f78419cff9bb06/t/615704f7431ed93393674447/1633092855366/LAC_Alyne_Factsheet.pdf.

Centre pour les droits reproductifs. *Tendances mondiales D*
Droits à l'avortement Centre pour les droits reproductifs, 24 août 2022. https://reproductiverights.org/global-trends-abortion-rights-infographic/.

Centre pour les droits reproductifs. *Lakshmi Dhikta v. Nepal*, s.d. https://oltem1bixlohb0d4busw018c-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/08/LD_FS_7-19-Update.pdf.

Centre pour les droits reproductifs. *La Cour suprême du Mexique reconnaît un droit constitutionnel à l'avortement* . Centre pour les droits reproductifs, 8 septembre 2021. https://reproductiverights.org/mexico-supreme-court-decriminalizes-abortion/.

Centre pour les droits reproductifs. Décision de la Cour suprême du Népal : *Lakshmi v. Gouvernement du Népal* , 23 juillet 2021. https://reproductiverights.org/nepal-supreme-court-decision-lakshmi-v-government-of-nepal/.

Chapin, Angelina. *Reports Of ICE's Forced Hysterectomies Are Nothing New In America.* The Cut, 15 septembre 2020. https://www.thecut.com/article/ices-forced-sterilizations-are-nothing-new-in-america.html.

Clark, Cindy, Ellen Sprenger, Lisa Veneklasen, L. AlpizarDuran et J. Kerr. *Where Is the Money for Women's Rights? Assessing Resources and the Role of Donors in the Promotion of Women's Rights and the Support of Women's Organizations. Association for Women's Rights in Development*, 2006.

Commission pour l'égalité de genre. *Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa*, 24 février 2020. http://cge.org.za/wp-content/uploads/2021/01/forced-sterilisation-of-women-living-with-hiv-and-aids-in-south-africa.pdf.

Corrêa, Sonia, David Paternotte et Roman Kuhar. *The Globalisation of Anti-Gender Campaigns.* International Politics and Society, 31 mai 2018. https://www.ips-journal.eu/topics/democracy-and-society/the-globalisation-of-anti-gender-campaigns-2761/.

Council on Foreign Relations, 2022. *What Colombia's Legalization of Abortion Means for Latin America.* Council on Foreign Relations, 2022. https://www.cfr.org/in-brief/what-colombias-legalization-abortion-means-latin-america.

Countdown 2030 Europe, 2020. *Private Sector Engagement in Sexual and Reproductive Health: A Look at Modalities of Donor Support.* Countdown 2030 Europe, novembre 2020. https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/uploaded-files/C2030E_Private%20sector%20engagement%20in%20SRH_Nov2020.pdf.

Daigle, Megan, Deirdre N. Duffy et Diana López Castañeda. *Abortion Access and Colombia's Legacy of Civil War: Between Reproductive Violence and Reproductive Governance. International Affairs* 98, nº 4 (5 juillet 2022) : 1423–48. https://doi.org/10.1093/ia/iiac116.

Datta, Neil. *La partie émergée de l'iceberg : Des financements issus de l'extrémisme religieux visent à faire reculer les droits humains en matière de santé sexuelle et reproductive en Europe 2009 - 2018* Bruxelles : Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs, juin 2021. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2022-03/EPF_EN_TOTI_9SEP%20DEF-FR_Final%20.pdf.

Dickson, Anna, Philip Loft, Tim Robinson et Nigel Walker. *LGBT+ Rights and Issues in the Caribbean*. Bibliothèque de la Chambre des communes, 27 janvier 2022. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9436/CBP-9436.pdf.

Dodor, S., A. Grabowski et E. Leasure. *Sexual and Reproductive Health, Rights, and Justice: A Closer Look at the Historical Impacts of Racism & Colonialism.* Washington DC : Centre international de recherche sur les femmes, 2021. https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2021/12/UAPbrief_v3-SRHR-and-Justice.pdf.

Ebrahim, Shaazia. *Forced Sterilisation Amounts to "Inhuman and Degrading Treatment".* Health-e News, 3 mars 2020. https://health-e.org.za/2020/03/04/forced-sterilisation-amounts-to-inhuman-and-degrading-treatment/.

Finlay, Jocelyn E. et Marlene A. Lee. *Identifying Causal Effects of Reproductive Health Improvements on Women's Economic Empowerment Through the Population Poverty Research Initiative. The Milbank Quarterly* 96, nº 2 (2018) : 300–322. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12326.

Forward Together. *The Road to Reproductive Justice: Native Americans in New Mexico*, 2020. https://forwardtogether.org/tools/the-road-to-reproductive-justice-native-americans-in-new-mexico/.

Fòs Feminista, 2022. *Fòs Feminista Celebrates Sierra Leone's Decriminalization of Abortion*, 1er juillet 2022. https://fosfeminista.org/statements/sierra-leone-decriminalization/.

Gago, Verónica. *What Latin American Feminists Can Teach American Women about the Abortion Fight. The Guardian*, 10 mai 2022, rubrique *Opinion*. https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/may/10/abortion-roe-v-wade-latin-america.

Gammage, Sarah, Shareen Joshi et Yana van der Meulen Rodgers. *The Intersections of Women's Economic and Reproductive Empowerment. Feminist Economics* 26, nº 1 (2 janvier 2020) : 1–22. https://doi.org/10.1080/13545701.2019.1674451.

Secrétariat général. *Égalité des genres et autonomisation des femmes dans la coopération au développement - Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis en son sein.* Bruxelles : Conseil de l'Union européenne, 15 mai 2007. http://aei.pitt.edu/37959/1/st09561.en07.pdf.

Gilliam, Melissa L., Amy Neustadt et Rivka Gordon. *A Call to Incorporate a Reproductive Justice Agenda into Reproductive Health Clinical Practice and Policy. Contraception* 79, nº 4 (1er avril 2009) : 243–46. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.12.004.

Presidencia de la República de Costa Rica. *Gobierno da luz verde a la Mesa Caribe para impulsar el diálogo, el desarrollo económico y la inclusión en Limón*, 17 février 2019. https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2019/02/gobierno-da-luz-verde-a-la-mesa-caribe-para-impulsar-el-dialogo-el-desarrollo-economico-y-la-inclusion-en-limon/.

Gouvernement de la République de Namibie contre LM et autres (SA 49 of 2012) [2014] NASC 19, nº SA 49/2012 (Cour suprême de Namibie, 3 novembre 2014).

Guttmacher Institute. *Abortion in Sub-Saharan Africa.* Guttmacher Institute, 24 novembre 2020. https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-subsaharan-africa.

Guttmacher Institute. *Interactive Map: US Abortion Policies and Access After Roe.* Guttmacher Institute, 2022. https://states.guttmacher.org/policies/.

Hall, Kelli Stidham, Goleen Samari, Samantha Garbers, Sara E. Casey, Dazon Dixon Diallo, Miriam Orcutt, Rachel T. Moresky, Micaela Elvira Martinez et Terry McGovern. *Centring Sexual and Reproductive Health and Justice in the Global COVID-19 Response. The Lancet* 395, nº 10231 (11 avril 2020) : 1175–77. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1.

Hall, Tayla. *Tanzania Allows Teenage Mothers to Be Back in School. Human Rights Watch* (blog), 1er avril 2022. https://www.hrw.org/news/2022/04/01/tanzania-allows-teenage-mothers-be-back-school.

Heidari, Shirin, Monica A. Onyango et Sarah Chynoweth. *Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All. Sexual and Reproductive Health Matters* 27, nº 1 (1er janvier 2019): 343–45. https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1676513.

Hernandez, Joe. *How Green Became the Color of the Abortion Rights Movement. NPR*, 27 juin 2022, rubrique *National*. https://www.npr.org/2022/06/27/1107717283/abortion-rights-green-symbol.

Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25. *Déclaration de la Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25 au sujet de la révocation de l'arrêt Roe vs. Wade.* Sommet de Nairobi, 24 juin 2022. https://www.nairobisummiticpd.org/news/statement-high-level-commission-nairobi-summit-icpd25-follow-overturning-roe-vs-wade.

Conseil des droits de l'homme. *Le viol en tant que violation grave, systématique et généralisée des droits de l'homme, en tant que crime et en tant que manifestation de la violence fondée sur le genre à l'égard des femmes et des filles, et sa prévention. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Dubravka Šimonović.* Assemblée générale des Nations Unies, 19 avril 2021.

Conseil des droits de l'homme. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des peuples autochtones, Victoria Tauli Corpuz.* Assemblée générale des Nations Unies, 6 août 2015. https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2FHRC%2F30%2F41.

Conseil des droits de l'homme. *Rapport du Groupe de travail sur l'Examen périodique universel - Népal.* Assemblée générale des Nations Unies, 30 mars 2021. https://www.ohchr.org/en/documents/country-reports/ahrc4710-report-working-group-universal-periodic-review-nepal.

Conseil des droits de l'homme. *Violence à l'égard des femmes et des filles autochtones. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Reem Alsalem.* Assemblée générale des Nations Unies, 21 avril 2022. https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A/HRC/50/26.

Human Rights Funders Network. *Funding for Intersectional Organizing: A Call to Action for Human Rights Philanthropy.* Advancing Human Rights, juin 2022. https://www.hrfn.org/wp-content/uploads/2022/07/AHR-Intersectionality-Report-July-2022.pdf.

Human Rights Watch. *Shattered Lives: Sexual Violence during the Rwandan Genocide and Its Aftermath*, septembre 1996. https://www.hrw.org/legacy/reports/1996/Rwanda.htm.

Human Rights Watch. *This Alien Legacy: The Origins of "Sodomy" Laws in British Colonialism.* HRW, 17 décembre 2008. https://www.hrw.org/report/2008/12/17/alien-legacy/origins-sodomy-laws-british-colonialism.

Réseau inter institutions pour les femmes et l'égalité des sexes. *25 Years after Beijing: A Review of the UN System's Support for the Implementation of the Platform for Action, 2014–2019.* Réseau inter institutions pour les femmes et l'égalité des sexes, 2019. https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/ianwge-review-of-un-system-support-for-implementation-of-platform-for-action.

Groupe d'appui inter organisations sur les questions concernant les peuples autochtones. *Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples.* Nations Unies, juin 2014. https://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf.

Commission interaméricaine des droits de l'homme *Indigenous Women and Their Human Rights in the Americas.* CIDH, 17 avril 2017. http://www.oas.org/en/iachr/reports/pdfs/IndigenousWomen.pdf.

International AIDS Society. *IAS Calls on the Safeguarding of Access to Health and HIV Services in Ukraine.* IAS, 3 mars 2022. https://www.iasociety.org/news/ias-calls-safeguarding-access-health-and-hiv-services-ukraine.

International Dalit Solidarity Network. *Dalit Women and Girls Targets of Caste-Based Sexual Violence.* IDSN, 14 novembre 2021. https://idsn.org/dalit-women-and-girls-targets-of-caste-based-sexual-violence/.

IPPF. *ICPD+25 Nairobi Summit Commitments Analysis: A Roadmap for Fulfilling the Promise.* Fédération internationale pour la planification familiale , 8 juillet 2020. https://www.ippf.org/resource/icpd25-nairobi-summit-commitment-analysis-report-roadmap-fulfilling-promise.

Job, Chisom Peter. *"Letting Women Decide": Activists Hail Benin Abortion Vote.* Al Jazeera, 27 octobre 2021. https://www.aljazeera.com/news/2021/10/27/activists-hail-new-benin-law-abortion.

Kim, Sunhye, Na Young et Yurim Lee. *The Role of Reproductive Justice Movements in Challenging South Korea's Abortion Ban. Health and Human Rights Journal*, 9 décembre 2019. https://www.hhrjournal.org/2019/12/the-role-of-reproductive-justice-movements-in-challenging-south-koreas-abortion-ban/.

Kismödi, Eszter et Emma Pitchforth. *Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice in the War against Ukraine 2022. Sexual and Reproductive Health Matters* 30, nº 1 (2022) : 2052459. https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2052459.

Kluchin, Rebecca M. *Fit to Be Tied: Sterilization and Reproductive Rights in America, 1950-1980*. Ithaca, NY : Rutgers University Press, 2011. https://doi.org/10.36019/9780813548319.

Knight, Marian, Kathryn Bunch, Derek Tuffnell, Roshni Patel, Judy Shakespeare, Rohit Kotnis, Sara Kenyon et Jennifer Kurinczuk. *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19.* MBRRACE-UK, novembre 2021. https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf.

Li, Zhihui, Linda Richter et Chunling Lu. *Tracking Development Assistance for Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in Conflict-Affected Countries. BMJ Global Health* 4, nº 4 (1er août 2019) : e001614. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001614.

Liddell, Jessica L. et Sarah G. Kington. *"Something Was Attacking Them and Their Reproductive Organs": Environmental Reproductive Justice in an Indigenous Tribe in the United States Gulf Coast. International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, nº 2 (janvier 2021) : 666. https://doi.org/10.3390/ijerph18020666.

Lu, Chunling, Matthew T. Schneider, Paul Gubbins, Katherine Leach-Kemon, Dean Jamison et Christopher J. L. Murray. *Public Financing of Health in Developing Countries: A Cross-National Systematic Analysis. Lancet (Londres, Royaume-Uni)* 375, nº 9723 (17 avril 2010) : 1375–87. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60233-4.

Macleod, Catriona Ida, Siân Beynon-Jones et Merran Toerien. *Articulating Reproductive Justice through Reparative Justice: Case Studies of Abortion in Great Britain and South Africa. Culture, Health & Sexuality* 19, nº 5 (4 mai 2017) : 601–15. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1257738.

Manning, Amy et Marta Schaaf. *Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care.* Healthy Newborn Network, 25 juin 2018. https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/disrespect-and-abuse-in-childbirth-and-respectful-maternity-care/.

Mascaro, Lisa. *GOP's Graham Unveils Nationwide Abortion Ban after 15 Weeks.* AP News, 13 septembre 2022. https://apnews.com/article/2022-midterm-elections-abortion-inflation-us-supreme-court-health-7ea4f8fa597c97042503d856a082ef94.

McCool, Alice. *Tanzania to Lift Ban on Teenage Mothers Returning to School. The Guardian*, 26 novembre 2021, rubrique *Global development*. https://www.theguardian.com/global-development/2021/nov/26/tanzania-to-lift-ban-on-teenage-mothers-returning-to-school.

Réunion de la Commission de haut niveau sur le suivi du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, 9 juin 2022. Zoom, 2022.

Messing, Ariella J., Rachel E. Fabi et Joanne D. Rosen. *Reproductive Injustice at the US Border. American Journal of Public Health* 110, nº 3 (mars 2020): 339–44. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305466.

Miller, Katy K., Morghan Park et Jess Peterson. *Colonization and the Health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning and Intersex (LGBTQI) Populations: A Narrative Review of Three Case Studies. Pediatrics* 149, nº 1, comptes-rendus de réunions, février 2022 (23 février 2022) : 585.

Mofokeng, Tlaleng. *Sexual and Reproductive Health Rights: Challenges and Opportunities during the COVID-19 Pandemic. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, 16 juillet 2021

Morison, Tracy et Jabulile Mary-Jane Jace Mavuso. *Introduction: Diversifying Reproductive Justice Scholarship: Marginalised Voices and Overlooked Issues.* In *Sexual and Reproductive Justice: From the Margins to the Centre. Critical Perspectives on the Psychology of Sexuality, Gender, and Queer Studies.* Lexington Books, 2022.

Moro-Coco, Mayra et Natalie Raaber. *Getting at the Roots: Reintegrating Human Rights and Gender Equality in the Post-2015 Development Agenda | AWID.* Association for Women's Rights in Development, 2013. https://www.awid.org/publications/getting-roots-reintegrating-human-rights-and-gender-equality-post-2015-development.

Mujeres Indígenas. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017. https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/Brochure-MujeresIndigenas.pdf.

Nariño, Santiago et Jussara Francisca de Assis dos Santos. *Tackling Systemic Racism in Maternity Care (SSIR). Stanford Social Innovation Review*, 2021. https://doi.org/10.48558/GMC9-5290.

Commission législative et de contrôle de l'Assemblée nationale. *República Del Ecuador Constitución de 2008*, 20 octobre 2008. https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/english08.html.

Association nationale des femmes handicapées autochtones du Népal. *Written Submission on The Situation of Indigenous Girls and Women with Disabilities to CEDAW on GR on Indigenous Women and Girls.* HCDH, 18 juin 2021. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CEDAW/DGD24June2021/32.docx.

Nedelsky, Jennifer. *Introduction.* In *Law's Relations: A Relational Theory of Self, Autonomy, and Law*, révisé par Jennifer Nedelsky, 0. Oxford University Press, 2012. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195147964.003.0001.

Ngwena, Charles G. *Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for Access to Abortion at the Regional Level. International Journal of Gynecology & Obstetrics* 110, nº 2 (2010) : 163–66. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.04.013.

OCHA. *Aperçu humanitaire mondial 2020*, 10 décembre 2019. https://reliefweb.int/report/world/aper-u-de-la-situation-humanitaire-mondiale-2020-31-juillet-2020.

OCHA. *Aperçu humanitaire mondial 2022*, novembre 2021. https://gho.unocha.org/.

OCHA. *Ukraine.* OCHA, 2022. https://reports.unocha.org/en/country/ukraine/.

HCDH. *À propos des droits de l'homme des jeunes.* Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Page consultée le 31 août 2022. https://www.ohchr.org/fr/youth/about-human-rights-youth.

HCDH. *Les changements climatiques exacerbent la violence à l'égard des femmes et des filles* Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 12 juillet 2022. https://www.ohchr.org/fr/stories/2022/07/climate-change-exacerbates-violence-against-women-and-girls.

HCDH. *Évaluation des préoccupations relatives aux droits de l'homme dans la Région autonome ouïghoure du Xinjiang en République populaire de Chine.* Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 31 août 2022. https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/countries/2022-08-31/22-08-31-final-assesment.pdf.

HCDH, ONU-Femmes, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS. *Élimination de la stérilisation forcée, coercitive ou autrement involontaire : déclaration inter institutions*, 2014. https://www.who.int/publications/i/item/9789241507325.

Olivares, José et John Washington. *"He Just Empties You All Out": Whistleblower Reports High Number of Hysterectomies at ICE Detention Facility.* The Intercept, 15 septembre 2020. https://theintercept.com/2020/09/15/hysterectomies-ice-irwin-whistleblower/.

OPS. *Afro-Descendants in Latin American Countries Live in Starkly Unequal Conditions That Impact Health and Well-Being, PAHO Study Shows.* Organisation panaméricaine de la Santé. Page consultée le 27 septembre 2022. https://www.paho.org/en/news/3-12-2021-afro-descendants-latin-american-countries-live-starkly-unequal-conditions-impact.

Patel, P., M. Dahab, M. Tanabe, A. Murphy, L. Ettema, S. Guy et B. Roberts. *Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-Affected Countries: 2002-2011. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 123, nº 10 (septembre 2016) : 1693–1704. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13851.

Patel, Parisa, Mahua Das et Utpal Dasc. *The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India. Reproductive Health Matters* 26, nº 54 (2018) : 114–25. http://www.jstor.org/stable/26605092.

Patel, Preeti, Bayard Roberts, Samantha Guy, Louise Lee-Jones et Lesong Conteh. *Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-Affected Countries. PLoS Medicine* 6, nº 6 (9 juin 2009) : e1000090. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000090.

PRB. *The Democratic Republic of the Congo Leads the Way on Abortion Access: A Pathway for Reproductive Rights Advocates in Francophone Africa.* Population Reference Bureau, 28 octobre 2021. https://www.prb.org/resources/the-democratic-republic-of-the-congo-leads-the-way-on-abortion-access-a-pathway-for-reproductive-rights-advocates-in-francophone-africa/.

PRB. *Youth Family Planning Policy Scorecard.* Population Reference Bureau, s.d. https://scorecard.prb.org/youthfpscorecard/en/.

Ministère public v. Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac et Zoran Vukovic, nº IT-96-23-T&IT-96-23/1-T (Tribunal international chargé de juger les personnes accusées de violations graves du droit international humanitaire commises sur le territoire de l'ex-Yougoslavie depuis le 22 février 1991, 2001).

Ministère public v. Jean-Paul Akayesu, nº ICTR-96-4-T (Tribunal pénal international pour le Rwanda 2 septembre 1998).

Ministère public v. Radoslav Brdanin, nº IT-99-36-T (Tribunal international chargé de juger les personnes accusées de violations graves du droit international humanitaire commises sur le territoire de l'ex-Yougoslavie depuis le 22 février 1991, 1er septembre 2004).

Raj, Anita, Arnab Dey, Sabrina Boyce, Aparna Seth, Siddhartha Bora, Dharmendra Chandurkar, Katherine Hay et al. *Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India. Maternal and Child Health Journal* 21, nº 9 (septembre 2017) : 1821–33. https://doi.org/10.1007/s10995-017-2298-8.

Rebouche, Rachel. *Reproducing Rights: The Intersection of Reproductive Justice and Human Rights. UC Irvine Law Review* 7, nº 3 (1er décembre 2017). https://escholarship.org/uc/item/5jr1h6xw.

Ross, Loretta. *Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement. Off Our Backs* 36 (1er janvier 2006) : 14–19. https://doi.org/10.2307/20838711.

Ross, Loretta. *What Is Reproductive Justice?* In *Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change*, 2007. https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051.

Ross, Loretta J. *Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. Souls* 19, nº 3 (3 juillet 2017) : 286–314. https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634.

Ross, Loretta et Rickie Solinger. *1. A Reproductive Justice History.* In *Reproductive Justice: An Introduction*, 9–57. University of California Press, 2017. https://doi.org/10.1525/9780520963207-002.

Sexual Rights Initiative, National Council of Women Leaders, Dalit Human Rights Defenders Network, International Dalit Solidarity Network, AWID et Her Rights Initiative. *Submission to the Committee on the Elimination of Racial Discrimination to Inform the Elaboration of General Recommendation No. 37 on Racial Discrimination and the Right to Health.* HCDH, 14 juillet 2022. https://www.ohchr.org/en/events/events/2022/thematic-discussion-racial-discrimination-and-right-health-day-general.

Sharma, Sangita, Fariba Kolahdooz, Katherine Launier, Forouz Nader, Kyoung June Yi, Philip Baker, Tara-Leigh McHugh et Helen Vallianatos. *Canadian Indigenous Womens Perspectives of Maternal Health and Health Care Services: A Systematic Review. Diversity & Equality in Health and Care* 13, nº 5 (2 septembre 2016) : 0–0. https://doi.org/10.21767/2049-5471.100073.

Smith, David. *HIV-Positive Women Sue Kenya Government and NGOs over Sterilisation. The Guardian*, 11 décembre 2014, rubrique *Global development*. https://www.theguardian.com/global-development/2014/dec/11/hiv-positive-women-sue-kenya-government-and-ngos-over-sterilisation.

Sobngwi-Tambekou, Joëlle L., Marthe Tsague-Agnoux, Léopold K. Fezeu et Flavien Ndonko. *Teenage Childbearing and School Dropout in a Sample of 18,791 Single Mothers in Cameroon. Reproductive Health* 19, nº 1 (15 janvier 2022) : 10. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01323-4.

Centre de contentieux de l'Afrique australe. *Namibia: Coerced Sterilisation of HIV-Positive Women*, 3 novembre 2014. https://www.southernafricalitigationcentre.org/2014/11/03/namibia-coerced-sterilisation-of-hiv-positive-women/.

Centre de contentieux de l'Afrique australe. *News Release: Namibia's Highest Court Finds Government Forcibly Sterilised HIV-Positive Women*, 3 novembre 2014. https://www.southernafricalitigationcentre.org/2014/11/03/news-release-namibias-highest-court-finds-government-forcibly-sterilised-hiv-positive-women/.

Stoner, Marie C. D., Katherine B. Rucinski, Jessie K. Edwards, Amanda Selin, James P. Hughes, Jing Wang, Yaw Agyei et al. *The Relationship Between School Dropout and Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in South Africa: A HPTN 068 Analysis. Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education* 46, nº 4 (août 2019) : 559–68. https://doi.org/10.1177/1090198119831755.

Ševerepa, Milan. *War on Ukraine: Protect People with Intellectual Disabilities and Families. Inclusion Europe* (blog), 22 février 2022. https://www.inclusion-europe.eu/ukraine-people-with-intellectual-disabilities-mustnt-be-abandoned/.

Swabhiman Society et Equality Now, 2020. *Justice Denied: Sexual Violence & Intersectional Discrimination - Barriers to Accessing Justice for Dalit Women and Girls in Haryana, India. Equality Now* (blog), 24 novembre 2020. https://www.equalitynow.org/resource/justicedenied/.

Taylor, Luke. *Monkeypox: WHO Declares a Public Health Emergency of International Concern. BMJ* 378 (26 juillet 2022) : o1874. https://doi.org/10.1136/bmj.o1874.

Maison-Blanche. *FACT SHEET: Vice President Kamala Harris Announces Call to Action to Reduce Maternal Mortality and Morbidity.* Maison-Blanche, 7 décembre 2021. https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2021/12/07/fact-sheet-vice-president-kamala-harris-announces-call-to-action-to-reduce-maternal-mortality-and-morbidity/.

Maison-Blanche. *White House Blueprint for Addressing the Maternal Health Crisis.* Washington DC : Maison-Blanche, juin 2022. https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/06/Maternal-Health-Blueprint.pdf.

Thompson, Hannah. *President Macron Launches French Campaign against Endometriosis.* The Connexion, 13 janvier 2022. https://www.connexionfrance.com/article/French-news/Health/President-Macron-launches-French-campaign-against-endometriosis.

Tulloch, Tezeta. *The Economic and Social Impacts of Maternal Death.* BMC On Health, 6 mai 2015. https://blogs.biomedcentral.com/on-health/2015/05/06/economic-social-impacts-maternal-death/.

Nations Unies. *Les allégations de violences sexuelles en Ukraine se multiplient, note l'ONU.* ONU Info, 6 juin 2022. https://news.un.org/fr/story/2022/06/1121272.

Comité des Nations Unies sur les droits de l'enfant (CRC). Observation générale nº 20 (2016) relative à la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence. Comité des Nations Unies sur les droits de l'enfant (CRC), 6 décembre 2016. https://www.ohchr.org/fr/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights.

Secrétaire général des Nations Unies. Discours du Secrétaire général à l'Assemblée générale. Nations Unies, 20 septembre 2022. https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2022-09-20/secretary-generals-address-the-general-assembly-trilingual-delivered-follows-scroll-further-down-for-all-english-and-all-french.

ONU-Femmes. *Faits et chiffres : Le leadership et la participation des femmes à la vie politique.* ONU-Femmes – Siège. Page consultée le 31 août 2022. https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/leadership-and-political-participation/facts-and-figures#:~:text=Les%20donn%C3%A9es%20de%20136%20pays,'administration%20locale%20%5B14%5D..

UNFPA. *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6.* New York : Fonds des Nations Unies pour la population, 29 février 2020. https://www.unfpa.org/sdg-5-6.

UNFPA. *Shelter From the Storm: A Transformative Agenda for Women and Girls in a Crisis-Prone World.* Fonds des Nations Unies pour la population, 2015. https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_EN.pdf.

UNFPA. Plan stratégique de l'UNFPA, 2022-2025. Nations Unies, 30 août 2021. https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/ENG_DP.FPA_.2021.8_-_UNFPA_strategic_plan_2022-2025_-_FINAL_-_14Jul21.pdf.

Bureau régional de l'Afrique orientale et australe de l'UNFPA. *Climate Justice Requires Ending Climate Crisis-Related Child Marriages.* Bureau régional de l'Afrique orientale et australe de l'UNFPA, 2022b. https://esaro.unfpa.org/en/news/climate-justice-requires-ending-climate-crisis-related-child-marriages.

UNFPA. *Parliamentarians Agree on How to Accelerate Progress on Sexual and Reproductive Health.* Bureau régional de l'Afrique orientale et australe de l'UNFPA, 7 juillet 2022. https://esaro.unfpa.org/en/news/parliamentarians-agree-how-accelerate-progress-sexual-and-reproductive-health.

HCR. *Climate Change and Disaster Displacement.* HCR. Page consultée le 31 août 2022. https://www.unhcr.org/climate-change-and-disasters.html.

Universal Access Project. *Drive Private Sector Action.* UAP. Page consultée le 15 septembre 2022. https://www.universalaccessproject.org/drive-private-sector-action.

Universal Access Project. *Workplace WH PSA Initiative.* UAP. Page consultée le 15 septembre 2022. https://www.universalaccessproject.org/workplace-wh-psa-initiative.

Vedam, Saraswathi, Kathrin Stoll, Tanya Khemet Taiwo, Nicholas Rubashkin, Melissa Cheyney, Nan Strauss, Monica McLemore et al. *The Giving Voice to Mothers Study: Inequity and Mistreatment during Pregnancy and Childbirth in the United States. Reproductive Health* 16, nº 1 (11 juin 2019) : 77. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2.

Avis du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes en vertu de l'article 7, paragraphe 3 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes concernant la communication nº 17/2008, 10 août 2011. https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf.

Visible Impact. *National Youth Recommendations for Nepal's National Commitments at Nairobi Summit.* UNFPA Népal, septembre 2019. https://nepal.unfpa.org/en/publications/national-youth-recommendations-nepals-national-commitments-nairobi-summit.

OMS. *Maltraitance des personnes âgées*, 13 juin 2022. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people.

OMS. *Parliaments Promote Women's, Children's and Adolescents' Health in the Time of COVID-19.* Organisation mondiale de la Santé, 1er avril 2022. https://www.who.int/news/item/01-04-2022-parliaments-promote-women-s-children-s-and-adolescents-health-in-the-time-of-covid-19.

OMS. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf.

OMS. *Universal Access to Sexual and Reproductive Health: New Tools Offer Strategies on Integrating Sexual and Reproductive Health into Primary Health Care, as a Fundamental Component of Universal Health Coverage.* Organisation mondiale de la Santé, 19 juillet 2022. https://www.who.int/news/item/19-07-2022-universal-access-to-sexual-and-reproductive-health.

OMS. *Universal Health Coverage for Sexual and Reproductive Health: Evidence Brief.* Organisation mondiale de la Santé, 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/331113.

OMS. *Universal Health Coverage for Sexual and Reproductive Health in Morocco.* Organisation mondiale de la Santé, 22 février 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240044623.

OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies. *Évolution de la mortalité maternelle 2000-2017 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies : Résumé d'orientation*, s.d. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332962/WHO-RHR-19.23-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OMM, PNUE, GCP, Met Office du Royaume-Uni, GIEC et UNDRR. *United in Science 2022: A Multi-Organization High-Level Compilation of the Most Recent Science Related to Climate Change, Impacts and Responses*, 13 septembre 2022. https://public.wmo.int/en/resources/united_in_science.

Women's Link Worldwide. *Helena's Story*, 2019. https://www.womenslinkworldwide.org/en/files/3099/helena-s-story.pdf.

Women's Link Worldwide. *Women and Girls Who Were Victims of Sexual Violence within Illegal Armed Groups Should Be Considered Victims of the Conflict in Colombia and Therefore Entitled to Reparations*, 12 décembre 2019. https://www.womenslinkworldwide.org/en/news-and-publications/press-room/women-and-girls-who-were-victims-of-sexual-violence-within-illegal-armed-groups-should-be-considered-victims-of-the-conflict-in-colombia-and-therefore-entitled-to-reparations.

Banque mondiale. *The Social and Educational Consequences of Adolescent Childbearing.* Portail de données sur le genre de la Banque mondiale, 24 février 2022. https://genderdata.worldbank.org/data-stories/adolescent-fertility/.

Programme alimentaire mondial. *Projected Increase in Acute Food Insecurity Due to War in Ukraine.* Repères. Programme alimentaire mondial, avril 2022. https://www.wfp.org/publications/projected-increase-acute-food-insecurity-due-war-ukraine.