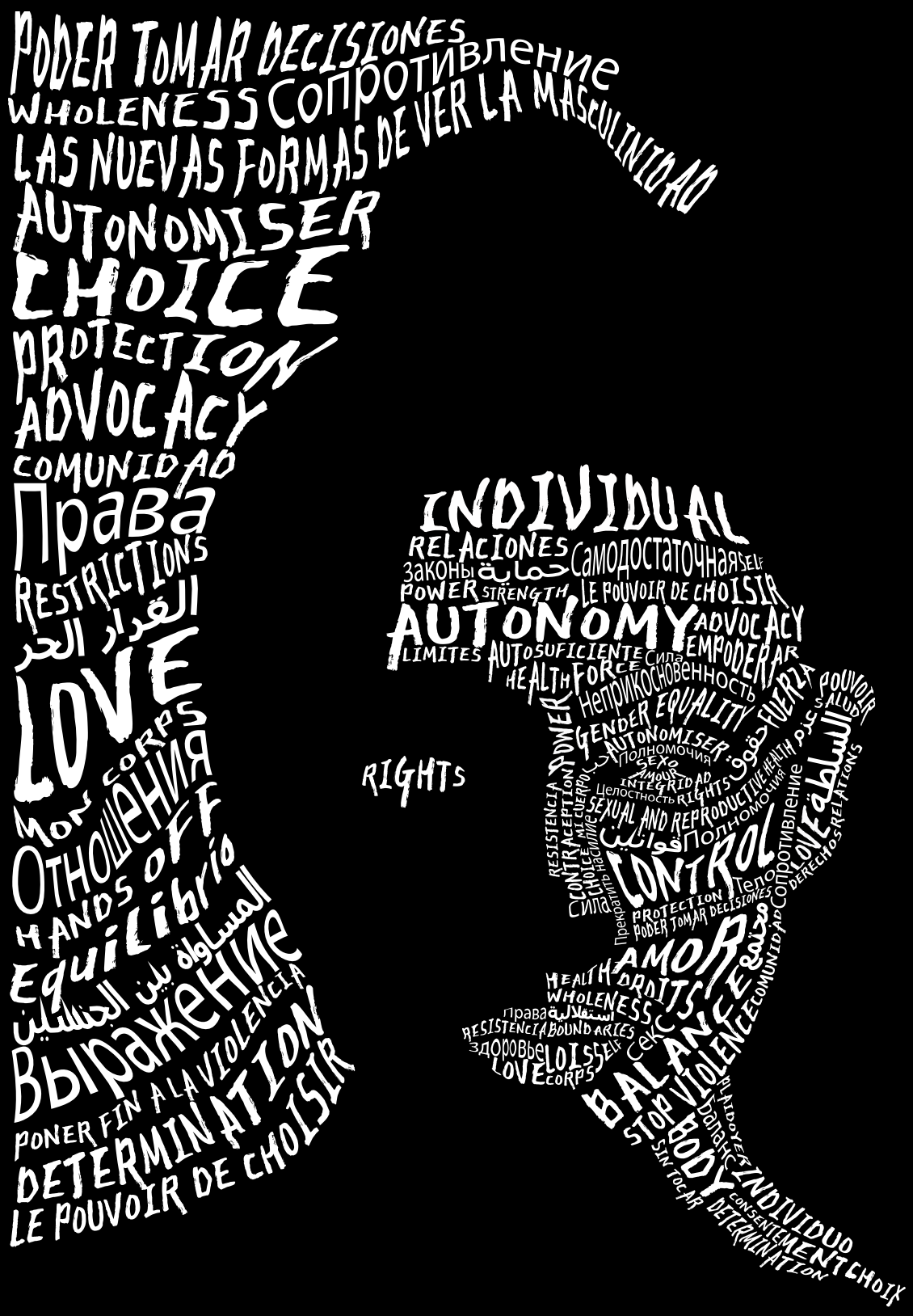
MON CORPS M'APPARTIENT

REVENDIQUER LE DROIT À L'AUTONOMIE ET À L'AUTODÉTERMINATION



UNFPA état de la population mondiale 2021

État de la population mondiale 2021

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

RÉDACTEUR EN CHEF
Arthur Erken

ÉQUIPE DE RÉDACTION
Rédacteur : Richard Kollodge
Rédactrice des reportages : Rebecca Zerzan
Directrice artistique : Katie Madonia
Responsables de l'édition numérique : Katie Madonia, Rebecca Zerzan
Conseiller pour l'édition numérique : Hanno Ranck

CONSEILLÈRE À LA RECHERCHE
Nahid Toubia

CONSEILLÈRES TECHNIQUES UNFPA
Satvika Chalasani
Nafissatou Diop
Emilie Filmer-Wilson
Mengjia Liang
Leyla Sharafi

AUTEURS ET CHERCHEURS
Daniel Baker
Alice Behrendt
Stephanie Baric
Marieke Devillé
Laura Ferguson
Gretchen Luchsinger
Mindy Roseman

ILLUSTRATRICE (COUVERTURE)
Rebeka Artim

ILLUSTRATIONS ORIGINALES RÉALISÉES POUR CE RAPPORT
Rebeka Artim
Kaisei Nanke
Hülya Özdemir
Tyler Spangler
Naomi Vona

REMERCIEMENTS
Ce rapport est illustré par des photographies originales de Joel Koko (page 65), George Koranteng (page 108), Bushra Noor (page 16), Kingsley Osei-Abrah/Unsplash (page 9), et Mikey Struik/Unsplash (page 114).

L'UNFPA remercie les personnes suivantes d'avoir partagé des moments de leur vie privée et professionnelle dans le cadre du présent rapport : Ayim, Kirghizistan ; Dr Mozhgan Azami, Afghanistan ; Enkhjargal Banzragch, Mongolie ; Dr Wafaa Benjamin Basta, Égypte ; Dr Ahmed Ben Nasr, Tunisie ; Víctor Cazorla, Pérou ; Daniyar, Kirghizistan ; Dr Mouna Farhoud, Syrie ; Isabel Fulda, Mexique ; Dr Caitríona Henchion, Irlande ; Josefina (nom d'emprunt), Mexique ; Lizzie Kiama, Kenya ; Liana, Indonésie ; Leidy Londono, États-Unis ; Olga Lourenço, Angola ; Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, Guatemala ; Monika, Macédoine du Nord ; Alexander Armando Morales Tecún, Guatemala ; Chef Msingaphansi, Afrique du Sud ; Sarojini Nadimpally, Inde ; Dr Nuriye Ortayli, Turquie ; Dipika Paul, Bangladesh ; José Manuel Ramírez Navas, El Salvador ; Dr Sima Samar, Afghanistan ; Jay Silverman, États-Unis ; Dr Suraya Sobhrang, Afghanistan ; Maeve Taylor, Irlande ; ainsi qu'une personne pratiquant des tests de virginité témoignant sous le couvert de l'anonymat, Afrique du Sud.

La responsable du Service des médias et des communications de l'UNFPA, Selinde Dulckeit, a livré de précieuses observations sur les versions préliminaires de ce rapport, également commentées par Gunilla Backman et Jo Sauvarin, du Bureau régional de l'UNFPA pour l'Asie et le Pacifique, qui ont en outre contribué aux recherches.

Plusieurs collègues de l'UNFPA et d'autres personnes à travers le monde ont participé à la rédaction des reportages et d'autres textes, ou ont dispensé des conseils techniques : Samir Aldarabi, Iliza Azyei, Lindsay Barnes, Dr Shinetugs Bayanbileg, Esther Bayliss, Shobhana Boyle, Warren Bright, Ikena Carreira, Cholpona Egeshova, Jens-Hagen Eschenbaecher, Irene Hofstetter, Matt Jackson, Kinda Katranji, Daisy Leoncio, Claudia Martínez, Subhadra Menon, Sabrina Morales Tezagüic, Rebecca Moudio, Rachel Moynihan, Guadalupe Natareno, Ziyanda Ngoma, Dalia Rabie, Zaeem Abdul Rahman, Patrick Rose, Mindy Roseman, Alvaro Serrano, Ramz Shalbak, Avani Singh, Walter Sotomayor, Irena Spirkovska, Nahid Toubia, Sujata Tuladhar, Jasmine Uysal, Roy Wadia, Irene Wangui, Asti Setiawati Widihastuti et Renato Zeballos.

Les rédacteurs remercient le Service de la population et du développement de l'UNFPA d'avoir regroupé les données régionales liées aux indicateurs et fourni des recommandations générales en la matière. Les données liées aux indicateurs proviennent de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Conception et production des versions imprimée et interactive : Prographics, Inc.

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

UNFPA

Assurer les droits et les choix pour tous depuis 1969

MON CORPS M'APPARTIENT

REVENDIQUER LE DROIT À L'AUTONOMIE ET À L'AUTODÉTERMINATION

TABLE DES MATIÈRES

Illustration de Rebeka Artim

AVANT-PROPOS

Mon corps m'appartient.

Combien de femmes et de filles peuvent librement proclamer ce principe ?

Nous avons chacune et chacun le droit de disposer de notre corps et devons être en mesure de faire nos propres choix en conséquence, avec le soutien de celles et ceux qui nous entourent, et de la société en général.

Pourtant, des millions de personnes sont privées de leurs droits, dont celui de refuser d'avoir des relations sexuelles, celui de choisir leur conjoint(e) ou encore celui de décider du moment pour avoir un enfant. Nombreuses sont celles qui se voient refuser ce droit en raison de leur origine ethnique, de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur âge ou de leur éventuel handicap.

Leur corps ne leur appartient pas.

Priver les femmes et les filles du droit de disposer de leur corps est inacceptable. Ces pratiques encouragent et renforcent les inégalités et la violence issues de la discrimination sexiste.

Mais quand les femmes et les filles sont libres de faire les choix les plus fondamentaux concernant leur corps, elles gagnent non seulement en autonomie, mais bénéficient aussi de meilleures conditions en matière de santé et d'éducation, de revenus et de sécurité. Il en résulte un monde plus juste et plus propice au bien-être humain, ce qui profite à chacune et chacun d'entre nous.

À l'UNFPA, nous soutenons les femmes et les filles dans la revendication de leurs droits et de leurs choix, et ce tout au long de leur vie. Depuis 1994, nos programmes sont guidés par le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui a fait de l'indépendance des femmes et de leur autonomisation le socle d'une action mondiale en faveur d'un progrès social et économique durable. L'UNFPA soutient également toutes celles et tous ceux qui sont régulièrement privés de la liberté de prendre des décisions autonomes au sujet de corps : les personnes d'orientations sexuelles et d'identités de genre différentes, les personnes handicapées et celles issues de minorités ethniques et raciales.

Les programmes de planification familiale que nous soutenons permettent à la fois d'accroître la disponibilité des contraceptifs et de faire tomber les obstacles limitant l'accès aux services, donnant ainsi aux femmes les moyens de disposer de leur corps. En 2019, par exemple, l'UNFPA a fourni l'équivalent de plus de 128 millions de cycles de pilules ainsi que des doses de contraception d'urgence et des contraceptifs réversibles de longue durée.

Nous appuyons les programmes qui favorisent une participation équitable des hommes à l'éducation des enfants et les encouragent à mieux communiquer avec leur épouse en matière de santé sexuelle et reproductive, augmentant ainsi le pouvoir décisionnel des femmes concernant leur propre santé sexuelle et reproductive.

Le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle de l'UNFPA a pour objectif de rendre les services vitaux plus accessibles et plus abordables en formant des sages-femmes et en les déployant dans

Illustration de Naomi Vona

des zones mal desservies. Nos programmes conjoints menés avec l'UNICEF contribuent, quant à eux, à mettre fin au mariage des enfants, une pratique qui prive les filles de leur autonomie, et à éliminer la pratique néfaste des mutilations génitales féminines, qui constitue une violation de leur intégrité corporelle.

En 2019, lors du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, les nations, la société civile, les institutions de développement et d'autres intervenants ont appelé à la protection du droit à l'autonomie et à l'intégrité corporelles, en s'appuyant sur les engagements internationaux du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Un nouvel élan a été impulsé en 2021 dans le cadre du Forum Génération Égalité, s'inscrivant dans la continuité des accomplissements notables de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995 et visant à atteindre l'égalité des sexes d'ici 2030.

Grâce à notre rôle moteur au sein de la nouvelle coalition d'action du Forum Génération Égalité concernant le droit à disposer de son corps et la santé ainsi que les droits sexuels et reproductifs, et à travers la présente édition de l'*État de la population mondiale*, l'UNFPA entend démontrer pourquoi le droit à l'autonomie corporelle est un droit universel qui doit être honoré. Ce rapport révèle les nombreux manquements observés s'agissant du droit à l'autonomie corporelle, dont beaucoup se sont accentués sous la pression de la pandémie de COVID-19. À l'heure actuelle, par exemple, un nombre record de femmes et de filles sont exposées à la violence basée sur le genre et à des pratiques néfastes telles que le mariage précoce.

Le rapport présente également les solutions qui sont déjà à portée de main, tout en soulignant que le succès exige bien plus qu'une série de projets ou de services disparates, aussi importants soient-ils. La réalisation de progrès tangibles et durables dépend en grande partie de l'élimination des inégalités de genre et de toute forme de discrimination, ainsi que de la transformation des structures sociales et économiques qui les perpétuent.

À ce titre, les hommes doivent se poser en alliés. Ils doivent être bien plus nombreux à se détacher des schémas favorisant les privilèges et la domination qui nuisent gravement à l'autonomie corporelle, et s'orienter vers des modes de vie plus justes et plus harmonieux qui seront bénéfiques à toutes et tous. Nous devons prendre des mesures pour lutter contre les discriminations, quelles que soient les circonstances où elles sévissent. Parce que la complaisance est synonyme de complicité.

Nos pays et nos communautés ne pourront s'épanouir que lorsque chaque individu aura le pouvoir de prendre des décisions au sujet de son corps et de décider de son propre avenir.

Réclamons donc le droit à ce que chacune et chacun puisse prendre des décisions ayant trait à son propre corps et soit libre de faire des choix éclairés. C'est ce que nous voulons toutes et tous. C'est ce que nous méritons toutes et tous. C'est l'un des fondements de l'humanité que nous partageons et nous ne devons jamais perdre de vue les enjeux universels qui y sont inexorablement associés.

Dr. Natalia Kanem
Secrétaire générale adjointe
et Directrice exécutive,
organisme des Nations Unies chargé des questions de santé sexuelle et reproductive

Illustration de Rebeka Artim

NOTRE AUTONOMIE NOS VIES

Le pouvoir des femmes pour prendre le contrôle de leur corps est étroitement lié au degré d'autonomie dont elles disposent dans les autres sphères de leur vie

Nous avons le droit inaliénable de choisir ce que nous faisons de notre corps, de le protéger, d'en prendre soin et de nous exprimer à travers lui comme bon nous semble. Notre qualité de vie en dépend. Notre vie elle-même en dépend.

Le droit à disposer de notre corps signifie que nous avons le pouvoir et les moyens de faire des choix, sans avoir à craindre des violences ou l'intervention d'autrui pour décider à notre place. Cela signifie être capable de décider si, quand et avec qui nous souhaitons avoir des relations sexuelles. Cela signifie décider par soi-même si et quand l'on veut avoir un enfant. Cela signifie être libre d'aller chez le médecin quand nous en éprouvons le besoin.

Être capable de dire « oui », « non » ou « c'est mon corps et c'est mon choix » : voilà le fondement d'une vie digne et autonome. Nous avons le pouvoir de nous réaliser pleinement. Nous n'avons pas à nous limiter à des choix qui ne sont pas les nôtres ou à nous contenter de moins. Qui plus est, dans la mesure où la revendication du droit à disposer de notre corps est primordiale pour garantir la jouissance de tous les autres droits fondamentaux, tels que le droit à la santé ou le droit de vivre à l'abri de la violence, nos institutions sont tenues de nous apporter tout le soutien et toutes les ressources nécessaires pour que nous puissions pleinement faire valoir nos choix (PWN, n.d.).

Le droit à l'intégrité physique, en vertu duquel les personnes peuvent vivre sans avoir à se livrer à des actes physiques non consentis, est indissociable du droit à disposer de son corps. Bien que de nombreuses femmes et filles dans le monde aient aujourd'hui le pouvoir de prendre des décisions autonomes en ce qui concerne leur propre corps, beaucoup sont encore confrontées à des contraintes pouvant avoir des conséquences dévastatrices sur leur santé, leur bien-être et leurs projets de vie.

C'est mon corps, mais ma liberté de choix m'est déniée

Pour beaucoup de personnes, mais surtout les femmes et les filles, la vie est marquée par des atteintes à l'intégrité et à l'autonomie corporelles liées à des capacités d'action réduites quant aux décisions portant sur leur propre vie. Ces atteintes se manifestent notamment lorsque l'absence de choix en matière de contraception aboutit à une grossesse non désirée. Ces situations sont le fruit de chantages sordides, lors desquels des rapports sexuels non désirés sont échangés contre un logement et de la nourriture. Elles se nourrissent de violations telles que les mutilations génitales féminines et le mariage des enfants. Elles surviennent lorsque les personnes d'orientations et d'identités sexuelles différentes sont incapables de marcher dans la rue sans craindre d'être agressées ou humiliées. Elles privent les personnes handicapées de leurs droits à l'autodétermination, à la liberté de vivre sans violence et à une vie sexuelle sûre et épanouissante.

LES FEMMES NE DISPOSENT QUE DE

75 %

DES DROITS LÉGAUX DES HOMMES

Les facteurs qui empêchent les femmes et les adolescentes de préserver leur autonomie et leur intégrité corporelles sont multiples. Mais l'une des causes les plus profondes est la discrimination sexiste, qui reflète et perpétue les systèmes de pouvoir patriarcaux et donne lieu à des inégalités de genre et à la privation d'autonomie.

Lorsqu'il existe des normes sociales sexistes, le corps des femmes et des filles peut être soumis à des décisions qui ne sont pas les leurs mais celles de tierces personnes, qu'il s'agisse des partenaires intimes ou des législateurs. Lorsque les corps font l'objet d'un contrôle extérieur, l'autonomie demeure un idéal inaccessible. Si les normes sexistes sont intrinsèquement néfastes, elles le deviennent encore plus lorsqu'elles sont exacerbées par d'autres formes de discrimination fondées sur l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, l'âge ou le handicap, ainsi que d'autres facteurs.

Les normes discriminatoires sont perpétuées par la communauté et peuvent être consolidées par les institutions politiques, économiques, juridiques et sociales, telles que les écoles et les médias, voire les services de santé, y compris ceux qui assurent des soins de santé sexuelle et reproductive. Ces services peuvent ainsi porter atteinte à l'autonomie des femmes et des adolescentes du fait de leur piètre qualité et de leur incapacité à répondre à tous leurs besoins.

Malgré les garanties constitutionnelles en matière d'égalité des sexes qui existent dans de nombreux pays, en moyenne, les femmes ne disposent que de 75 pour cent des droits légaux des hommes à travers le monde (Secrétaire général des Nations Unies, 2020). Les femmes et les filles n'ont souvent pas le pouvoir de contester ces disparités en raison de leur faible niveau de participation à la vie politique et aux autres formes de prise de décisions. La marginalisation économique peut nuire à l'indépendance financière d'une femme, ce qui à son tour peut diminuer sa capacité à prendre des décisions autonomes en matière de sexualité,

de santé et de contraception. Les difficultés engendrées par la pandémie de COVID-19 n'ont fait qu'empirer la situation.

Pour certaines femmes et filles, l'impact des inégalités de genre est amplifié par de multiples sources de discrimination fondées sur l'âge, l'origine ou l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, le handicap ou même le contexte géographique. Lorsque divers types de discriminations se côtoient, les femmes et les filles risquent davantage d'être privées de leurs droits et de leur autonomie corporelle, et s'éloignent encore un peu plus de l'égalité de sexes.

Aucun pays au monde n'est aujourd'hui en mesure d'affirmer avoir pleinement atteint l'égalité des sexes. Si tel était le cas, il n'y aurait pas de violence contre les femmes et les filles, d'écarts de rémunération, de déséquilibres en matière de leadership, de charge injuste de travail domestique non rémunéré, de services de santé reproductive défaillants et insuffisants, ni d'atteinte à l'autonomie corporelle.

Nos voix, nos choix et notre libre arbitre

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction ont une incidence directe sur l'autonomie et l'intégrité corporelles des femmes et des filles, leur corps symbolisant toutes les fonctions et tous les choix en matière de sexualité et de reproduction. Ces choix sont soumis à de fortes pressions discriminatoires affectant les droits des femmes et des filles. C'est dans ce cadre que leurs corps sont bien trop souvent marchandés, achetés et vendus.

Quant au pouvoir patriarcal, il se traduit par un contrôle des choix sexuels et reproductifs qui va de pair avec une emprise dans bien d'autres domaines. Toute femme qui n'a pas la capacité de décider si, quand ou combien d'enfants elle veut avoir, de choisir de rester à l'école au lieu de se marier à un jeune âge, ou qui accepte la violence domestique comme seul destin, a peu de chances de gagner en autonomie sur le marché du travail ou de s'imposer dans les processus décisionnaires au sein de la communauté et au-delà. Elle perd ainsi ses droits non seulement dans un domaine, mais dans plusieurs, voire tous les domaines de sa vie.

Le désir de maintenir de tels schémas peut être profondément ancré dans la manière dont les sociétés et les économies fonctionnent. Dans certaines régions du monde, par exemple, le prix de la fiancée, tradition en vertu de laquelle un homme offre de l'argent,

Illustration de Rebeka Artim

des biens ou d'autres possessions pour en quelque sorte « acheter » sa femme, est un mécanisme économique d'une importance capitale dans l'échange de pouvoirs et de richesses (Shetty, 2007).

Lorsque les femmes et les adolescentes disposent de davantage de choix en matière de santé sexuelle et reproductive, cela se traduit par de nombreuses retombées positives sur leur santé, notamment par une meilleure compréhension des moyens de prévention du VIH et une probabilité accrue de se soumettre au nombre de visites prénatales recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'accoucher avec l'aide d'un médecin, d'un membre du personnel infirmer ou d'une sage-femme.

La violation du principe d'autonomie corporelle est par essence préjudiciable aux femmes et aux filles. Il s'ensuit des déséquilibres à plus grande échelle, qui risquent de freiner la productivité économique, de priver la société de compétences précieuses et d'engendrer des coûts supplémentaires pour les services de santé et les services judiciaires, notamment pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles (ONU-Femmes, 2013).

Le faible degré d'autonomie corporelle et les pertes qui en découlent en matière de capacités humaines peuvent nuire à la stabilité et à la résilience sociales, privant ainsi les sociétés des moyens nécessaires pour affronter, puis surmonter les crises et les difficultés à l'image de la pandémie de COVID-19.

Ces dernières années, les pays du monde entier ont commencé à faire de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive une priorité pour faire progresser l'égalité des sexes (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019). Les progrès réalisés sont conformes au Programme d'action de 1994 élaboré à l'issue de la CIPD, qui constitue à ce jour l'engagement majeur formulé à l'échelle mondiale en faveur des droits en matière de reproduction.

Le Programme d'action a défini une série de mesures en vue de parvenir à une santé sexuelle et reproductive universelle et a attiré l'attention sur le pouvoir décisionnel limité des femmes et des filles, non seulement concernant leur corps, mais aussi dans tous les aspects de leur vie.

En 2015, la plupart des pays ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui fait de l'égalité des sexes le cinquième des 17 objectifs de développement durable (ODD). L'objectif consacré à l'égalité des sexes comporte une série de cibles, dont l'une se prévaut du Programme d'action de la CIPD en appelant à l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction. Mais le Programme 2030 va encore plus loin. Pour la première fois à l'échelle internationale, les progrès vers l'accès universel devront être mesurés à l'aide de deux indicateurs : un premier dépassant le strict cadre de la prestation de services et se concentrant sur la capacité des filles et des femmes à prendre leurs propres décisions en matière de relations sexuelles, de contraception et de recours aux soins de santé reproductive, et un second évaluant les lois et réglementations qui permettent, ou au contraire empêchent, un accès total et équitable aux soins et à l'information.

Les informations recueillies à ce jour dans 57 pays montrent qu'à l'aune de ces indicateurs, seule la moitié des adolescentes et des femmes peuvent prendre leurs propres décisions en matière d'autonomie et d'intégrité corporelles. Dans certains pays, cette proportion ne représente qu'une femme ou adolescente sur dix environ. Après ventilation des réponses, il est frappant de constater que les femmes sont plus nombreuses à pouvoir prendre des décisions concernant l'utilisation de la contraception, ce qui pourrait être considéré comme un avantage pour les hommes, mais moins nombreuses à pouvoir dire non aux relations sexuelles, où les privilèges masculins jouent en sens inverse.

Ces indicateurs, qui font l'objet du présent rapport, ne saisissent que quelques dimensions de la prise de décisions autonome en matière de santé sexuelle et reproductive et ce, uniquement pour les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en couple. Cependant, la question de l'autonomie corporelle se rapporte également à toute une série d'autres questions, notamment en ce qui concerne l'avortement, l'âge du consentement, la gestation pour autrui, le commerce du sexe, etc. Celle-ci touche par ailleurs d'autres groupes, tels que les femmes et les filles non mariées, les communautés LGBTI, les personnes handicapées et toute autre communauté marginalisée ou victime de discrimination en raison de son origine ethnique, de son niveau de richesse, de son handicap éventuel ou de son lieu de résidence.

Dans la mesure où l'autonomie et l'intégrité corporelles influencent de nombreux aspects relatifs à la santé et à la conduite d'une vie digne et décente, les progrès en la matière permettront non seulement de parvenir à une meilleure santé sexuelle et reproductive et à l'atteinte du cinquième objectif de développement durable sur l'égalité des sexes, mais aussi de réaliser de nombreux autres objectifs de développement durable, notamment ceux liés à la promotion de la santé, à la réduction des inégalités et à l'élimination de la pauvreté. À titre d'exemple, si les discriminations sexistes en matière de revenus perçus au cours d'une vie étaient résorbées, cela générerait une richesse colossale de 172 000 milliards de dollars en capital humain et permettrait à des millions de personnes de sortir de la pauvreté (Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, 2020).

Nous devons à présent presser le pas, car il ne reste plus qu'une « Décennie d'action » avant l'échéance de 2030 pour la réalisation des objectifs mondiaux, date à laquelle toutes les femmes et les filles devraient être pleinement libres de leurs choix.

De nouvelles alliances en faveur de l'autonomie corporelle

En 2019, le Sommet de Nairobi a marqué le vingt-cinquième anniversaire de la CIPD. Ce moment a été l'occasion de réfléchir à tout ce que nous devons encore accomplir pour assurer l'autonomie et l'intégrité corporelles des femmes. Si l'utilisation des moyens de contraception modernes a plus que doublé depuis 1994, 217 millions de femmes dans le monde éprouvent toujours des besoins insatisfaits en matière de contraception à l'heure actuelle. Les taux de mutilation génitale féminine ont diminué chez les filles dans les pays où la pratique est courante. La proportion d'enfants mariées a baissé (Pantuliano, 2020). Pourtant, 4 millions de filles étaient encore soumises à des mutilations génitales féminines en 2020 et environ 12 millions étaient mariées alors qu'elles étaient enfants, un nombre qui est d'ailleurs probablement sous-estimé.

Lors du Sommet de Nairobi, les gouvernements ainsi que d'autres parties prenantes se sont engagés à accélérer les actions visant à combler les écarts, en vue d'atteindre l'objectif des « trois zéros » à l'horizon 2030 : zéro mortalité maternelle, zéro besoin non satisfait en matière de contraception et zéro violence sexuelle basée sur le genre, y compris s'agissant des pratiques néfastes. La réalisation de ces trois objectifs implique la pleine autonomie corporelle de l'ensemble des femmes et des filles.

En 2020, un autre événement marquant fut le vingt-cinquième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995, à l'issue de laquelle avaient été adoptés la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, définissant l'indépendance et l'autonomisation des femmes comme des critères essentiels au développement durable. À l'occasion de cet anniversaire, de jeunes militants chevronnés se sont réunis autour

Mon corps : une approche pédagogique

Rares sont les parents ou les chefs de communauté à s'opposer à ce qu'un(e) élève ramène à la maison un manuel de chimie ou de mathématiques. Pourtant, les leçons d'éducation complète à la sexualité proposant des informations précises et adaptées à l'âge de chacun sur son propre corps, la santé sexuelle et reproductive et les droits humains, abordent des sujets bien souvent considérés comme tabous. De nombreuses écoles n'enseignent pas cette matière ou ne fournissent que des informations incomplètes. Les élèves sont donc à la fois mal informés des changements que subit leur corps et mal préparés pour se protéger des dangers.

« Nous luttons constamment pour inclure ce sujet dans le programme scolaire », explique Olga Lourenço, coordinatrice pour le Projet CAJ, un programme soutenu par l'UNFPA qui aide les jeunes Angolais à développer des compétences pratiques et leur prodigue une éducation complète à la sexualité. « Presque rien n'est dit sur la santé sexuelle et reproductive à cause de nos tabous et préjugés. »

Les opposants à l'éducation complète à la sexualité prétendent souvent que celle-ci favorise l'activité sexuelle, même si des études ont infirmé cette hypothèse. Les faits indiquent plutôt que cette éducation, lorsqu'elle est dispensée selon les normes internationales, enrichit les connaissances des jeunes et constitue une stratégie à la fois essentielle et peu coûteuse pour prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Certaines études montrent qu'elle pourrait même contribuer à retarder les premiers rapports sexuels des adolescents (UNESCO, 2016).

Olga Lourenço raconte que, faute d'informations précises lorsqu'elle était jeune, elle s'était sentie obligée de s'engager dans des relations sexuelles avant d'être prête, à l'âge de 15 ans. « Mes copines avaient déjà des petits amis. Elles étaient déjà actives sexuellement. Elles se moquaient de moi parce que j'étais la "pucelle du groupe" », poursuit-elle. « Cela m'a en quelque sorte affectée psychologiquement… Je pense que, d'une certaine manière, cette expérience a porté atteinte à mon autonomie corporelle. »

Dipika Paul, chercheuse de longue date sur la santé sexuelle et reproductive et conseillère chez Ipas à Dhaka, au Bangladesh, a pu constater

« Il leur faut comprendre comment fonctionne leur corps. »

Olga Lourenço fait bien souvent face à des résistances lorsqu'elle dispense des cours d'éducation complète à la sexualité, mais cela ne l'arrête pas. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo : © UNFPA/C. Cesar

les conséquences du faible accès à l'éducation sexuelle dans sa propre communauté. « Pendant ma scolarité, lors de ma septième année, il n'y avait qu'un seul chapitre consacré à l'éducation sexuelle : celui sur la menstruation », se souvient-elle. « Le professeur lui-même ne se sentait pas à l'aise pour nous enseigner cette section. »

En l'absence d'une éducation complète à la sexualité, les jeunes sont exposés aux fausses croyances et à la désinformation. Les garçons et les hommes en particulier « [...] ont des lacunes et entretiennent des idées fausses », affirme la chercheuse, expliquant qu'elle a vu des hommes interdire à leurs femmes d'utiliser des moyens

de contraception en raison de la croyance selon laquelle « [...] un stérilet se déplace dans le corps... ils pensent pouvoir ressentir des douleurs à cause d'un stérilet. C'est faux. »

Les élèves qui bénéficient d'une éducation complète à la sexualité sont non seulement en mesure de faire des choix plus sains en matière de sexualité, mais sont également mieux équipés pour demander de l'aide en cas de besoin. « Les informations que je transmets peuvent radicalement changer la vie d'une personne », affirme Olga Lourenço.

Elle se souvient d'une fille qui, alors qu'elle suivait un cursus d'éducation sexuelle dans le cadre d'un programme de mentorat, a révélé qu'elle avait une plaie chronique à la poitrine, ce qu'elle considérait comme une source d'embarras mais pas comme une urgence. Une autre jeune femme a révélé qu'elle vivait avec un oncle qui avait abusé d'elle sexuellement : « La jeune fille vivait enfermée et ne pouvait parler à personne de peur d'être expulsée du foyer et de se retrouver à la rue. » Les mentors ont réussi à mobiliser des services auprès des deux filles, mais Olga Lourenço reste hantée par ce qui aurait pu se produire : « Si nous n'étions pas intervenus, que seraient-elles devenues ? »

L'éducation complète à la sexualité peut également jouer un rôle dans la prévention de la violence basée sur le genre. Lorsqu'elles sont enseignées selon les normes internationales, les leçons comprennent en effet des messages sur les droits fondamentaux, l'égalité des sexes et le respect dans les relations (UNESCO *et al.*, 2018). Et les experts sont de plus en plus nombreux à appeler à ce que ces informations abordent la prévention de la violence sous l'angle de la responsabilité des auteurs de violences potentiels, et non de celle des victimes et des personnes survivantes (Schneider et Hirsch, 2020).

« Les filles doivent avant tout connaître leurs droits et leurs devoirs au sein de la société », affirme Olga Lourenço, expliquant que cela constitue le fondement de l'éducation complète à la sexualité telle qu'elle l'enseigne. « Il leur faut ensuite comprendre comment fonctionne leur corps afin qu'elles prennent des décisions pour elles-mêmes et ne laissent pas les autres décider à leur place. »

d'une campagne des Nations Unies intitulée « Génération Égalité » pour célébrer les avancées réalisées à ce jour et exiger que la prochaine génération soit celle qui tiendra enfin ses promesses en ce qui concerne l'égalité des sexes. Six coalitions ont été constituées, dont une co-dirigée par l'UNFPA sur le droit à disposer de son corps et la santé sexuelle et reproductive, s'interrogeant sur la façon dont les services de santé et d'autres types de services pourraient renforcer le libre choix que les femmes appellent de leurs vœux.

La montée en puissance du militantisme est une source d'inspiration, mais elle se déroule dans un contexte préoccupant marqué par une pandémie de COVID-19 qui ébranle la planète et par l'émergence de modèles de croissance économique sources d'inégalités extrêmes et déstabilisatrices. La réaction face à la lutte pour l'égalité des sexes s'est également accentuée, débouchant sur de nouvelles restrictions en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs et mettant en péril les progrès réalisés vers l'autonomie corporelle des femmes

et des filles à travers le monde. Des tentatives visant à supprimer l'éducation complète à la sexualité des programmes scolaires ont notamment vu le jour (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019). Il apparaît également de plus en plus évident que les services de santé sexuelle et reproductive cruciaux ont été jugés « moins essentiels » et ont vu leurs ressources et leurs fonds réassignés à d'autres fins lors de la riposte à la COVID-19 (Pantuliano, 2020).

Surmonter ces problèmes ne sera pas chose facile. L'autonomie et l'intégrité corporelles permettent d'unifier l'action en faveur de l'égalité des sexes, tout en soudant, dans le même temps, ses opposants. Le moment est venu de formuler un plaidoyer puissant et transformateur afin d'affirmer ce que l'autonomie et l'intégrité corporelles signifient réellement, tout en présentant les conditions indispensables pour y parvenir.

Nous savons déjà que l'autonomie et l'intégrité corporelles des femmes et des filles dépendent de la mise en œuvre de l'égalité des sexes sur tous les fronts, et que la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits en matière de reproduction en sont les pierres angulaires. Les progrès réalisés dans ce domaine peuvent, à leur tour, permettre de mettre à profit et soutenir d'autres efforts en faveur de l'autonomisation des femmes dans l'économie et la prise de décisions, tout en garantissant l'accès à la justice. Nous devons impérativement déconstruire les normes de genre et autres normes discriminatoires si nous souhaitons empêcher la prolifération des préjugés.

Différents intervenants contribuent collectivement à la dynamique du changement. La campagne « Génération Égalité » a notamment permis de forger de nouvelles alliances parmi les militants de l'égalité des sexes agissant à différents niveaux (handicap, défense de l'égalité des sexes et santé) et avec les groupes LGBTI et les organisations de personnes handicapées.

Aborder l'autonomie corporelle et imaginer ce qu'elle pourrait et devrait signifier permet de définir les futurs contours de l'humanité. La voie du changement commence par des droits et se poursuit par la liberté de choix, afin que chacune et chacun appréhende son corps et sa vie avec respect et estime de soi.

Illustration de Kaisei Nanke

Illustration de Hülya Özdemir

LES TROIS ASPECTS DE L'AUTONOMIE

Mesurer le pouvoir décisionnel en matière de santé, de contraception et de sexualité

Le pouvoir de prendre des décisions en matière de sexualité et de reproduction est une condition fondamentale de l'autonomisation des femmes.

Une femme qui a le contrôle sur son corps a plus de chances de bénéficier d'une autonomisation dans d'autres aspects de sa vie. À l'inverse, une femme ou une adolescente ayant peu d'autonomie corporelle a moins de chances d'avoir le contrôle sur sa vie domestique, sa santé, son avenir, et moins de chances de faire valoir ses droits.

Mais qu'est-ce que l'autonomie corporelle ? Comment déterminer si l'on en bénéficie ? Est-elle mesurable ?

La notion d'autonomie, dans le contexte de l'autonomisation des femmes, est apparue dans les années 1970 et a été reprise plus tard par le mouvement en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs. En 1994, le terme est apparu dans le Programme d'action, un texte fondateur adopté lors de la CIPD, qui reconnaissait que « le renforcement des moyens d'action et de l'autonomie des femmes et l'amélioration de leur condition sur les plans politique, social, économique et sanitaire constituent en soi une fin de la plus haute importance. En outre c'est là une condition essentielle du développement durable. »

Depuis, le mot « corporelle » a été associé à « autonomie » afin de former une expression à la signification élargie, parfois ambiguë. Celle-ci est aujourd'hui utilisée par les militants, les défenseurs et les experts des droits fondamentaux pour traiter de questions liées à la sexualité, à la santé, aux droits en matière de reproduction, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, aux rapports sexuels monnayés, à la gestation pour autrui, au handicap, à l'avortement et à bien d'autres sujets.

L'expression a connu un regain d'intérêt en 2019, lorsque les gouvernements, les organisations de la société civile, les universitaires et les membres du secteur privé se sont réunis à l'occasion du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, où ils se sont engagés à atteindre tous les objectifs fixés par le Programme d'action de la CIPD. À cette occasion,

de nombreux délégués ont adopté la Déclaration de Nairobi, qui cite la nécessité de « protéger et garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique, à l'autonomie corporelle et aux droits en matière de reproduction, et fournir un accès aux services essentiels en vertu de ce droit ».

Bien que l'expression fasse désormais partie du vocabulaire des mouvements féministes et des mouvements pour la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, elle reste difficile à définir et à appréhender. Toutefois, lors de l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses 17 objectifs de développement durable, les Nations Unies ont établi des indicateurs en vue d'aider les gouvernements à suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et de leurs cibles, telles que la cible 5.6 visant à assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et reproductive et à faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de reproduction. Deux indicateurs ont été identifiés afin de mesurer les progrès dans ce domaine. Le premier indicateur (5.6.1) vise à mesurer la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont en mesure de prendre des décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé reproductive. Le deuxième indicateur (5.6.2) permet de suivre le 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.

L'indicateur 5.6.1 se fonde sur les réponses aux questions suivantes, posées à des femmes âgées de 15 à 49 ans dans le cadre d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans 57 pays :

- Qui prend généralement les décisions relatives à votre propre santé ?
- Qui prend généralement la décision de recourir ou non à la contraception ?
- Pouvez-vous dire « non » à votre mari ou partenaire si vous ne souhaitez pas avoir de rapport sexuel ?

Seules les femmes qui disent prendre leurs propres décisions dans *chacun des trois* domaines sont considérées comme ayant une autonomie dans la prise de décisions liées à la santé reproductive et comme étant en mesure d'exercer leurs droits en matière de reproduction.

Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) reposent sur des questionnaires standard qui produisent des données représentatives à l'échelle nationale sur le mariage, la fécondité, la mortalité, la planification familiale, la santé reproductive, la santé infantile, la nutrition et le VIH/sida. Mis en œuvre par ICF International, le programme EDS est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international ainsi que des contributions d'organisations internationales telles que l'UNFPA.

L'indicateur 5.6.1 est le premier outil international à mesurer la santé sexuelle et reproductive (et l'autonomie corporelle) au-delà du simple accès aux services, en explorant la mesure dans laquelle les filles et les femmes sont capables de faire leurs propres choix. L'UNFPA, l'organisme des Nations Unies chargé des questions de santé sexuelle et reproductive, a pour mission de gérer les données issues de cet indicateur, mais aussi de l'indicateur 5.6.2 abordé dans le chapitre 5 de ce rapport.

Quelques chiffres

On ne dispose de données complètes pour les trois dimensions de l'indicateur 5.6.1 que dans 57 pays, dont la plupart se situent en Afrique subsaharienne. Cependant, des enquêtes internationales ultérieures telles que les enquêtes

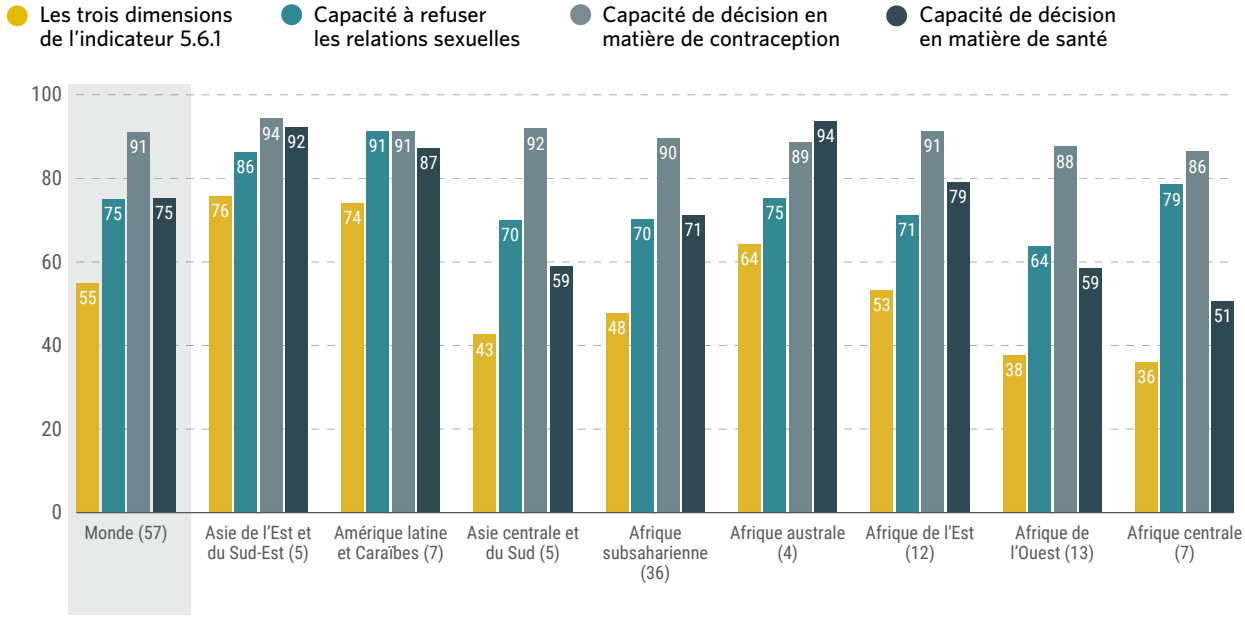
en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF, ainsi que les programmes d'enquête régionaux tels que le *Generations and Gender Programme* (programme Générations et Genre), devraient permettre d'obtenir des données pour un plus grand nombre de pays au cours des prochaines années.

Alors que les données ne portent actuellement que sur un pays sur quatre dans le monde, elles dressent un tableau alarmant de la situation de millions de femmes et de filles en matière d'autonomie corporelle : seuls 55 pour cent d'entre elles sont à même de prendre leurs propres décisions dans les trois dimensions de l'autonomie corporelle. Cela signifie qu'une femme ou une fille sur deux à peine a le pouvoir de décider si et quand elle doit recourir à des soins de santé, y compris à des services de santé sexuelle et reproductive, si elle doit utiliser des moyens de contraception et si et quand elle souhaite avoir des relations sexuelles avec son partenaire ou son mari (figure 1).

Les pourcentages varient également selon les régions. Par exemple, alors que 76 pour cent des adolescentes et des femmes en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique latine et aux Caraïbes prennent des décisions autonomes dans les trois dimensions de l'indicateur 5.6.1,

FIGURE 1

Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, dont les décisions ayant trait à leur santé et le recours à la contraception ainsi que la capacité à refuser les relations sexuelles (par région ODD, données les plus récentes, 2007 à 2018)



Remarque : Le nombre de pays disposant de données tirées d'enquêtes comparables incluses dans les chiffres régionaux est indiqué entre parenthèses.

Source : Fonds des Nations Unies pour la population, bases de données mondiales, 2020. D'après des études démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes réalisées entre 2007 et 2018.

ce taux est inférieur à 50 pour cent en Afrique subsaharienne, en Asie centrale et en Asie du Sud.

Les chiffres régionaux masquent des différences considérables entre les pays (figure 2). En Afrique subsaharienne, par exemple, où environ 50 pour cent des femmes prennent des décisions autonomes, on compte trois pays où elles sont moins de 10 pour cent à le faire : le Mali, le Niger et le Sénégal.

Dans d'autres régions, les différences entre les pays sont moins prononcées mais restent néanmoins notables. Par exemple, les pourcentages de femmes qui prennent des décisions autonomes dans les trois dimensions de l'indicateur 5.6.1 vont de 33 à 77 pour cent en Asie centrale et méridionale, de 40 à 81 pour cent en Asie de l'Est et du Sud-Est, et de 59 à 87 pour cent en Amérique latine et dans les Caraïbes.

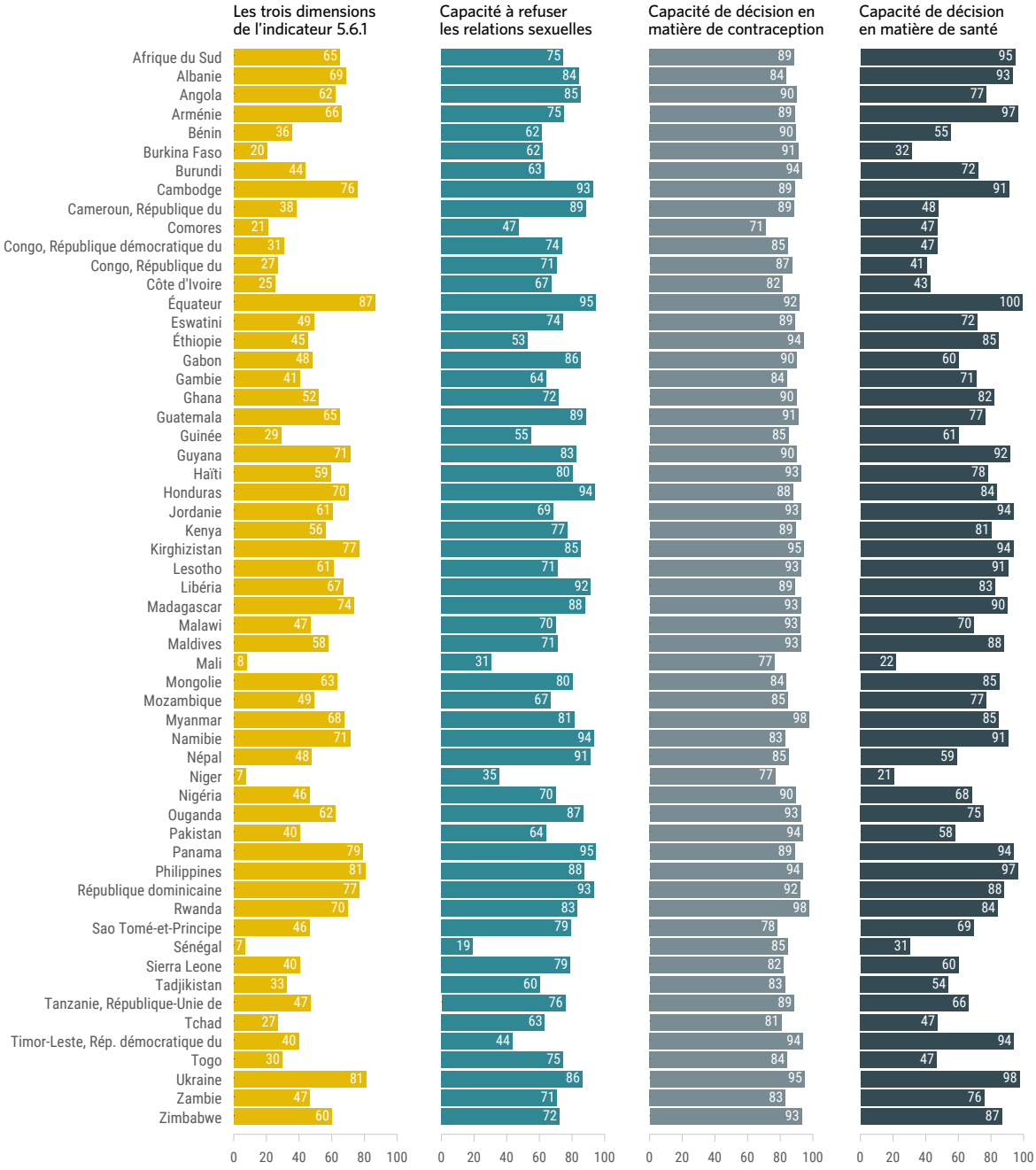
Les données révèlent également des divergences entre les trois dimensions : un pourcentage élevé dans une dimension ne signifie pas automatiquement des pourcentages élevés dans les deux autres. Au Mali, par exemple, 77 pour cent des femmes prennent des décisions indépendantes ou conjointes sur l'utilisation des contraceptifs, mais elles ne sont que 22 pour cent à pouvoir faire de même en ce qui concerne les soins de santé. En Éthiopie, seuls 53 pour cent des femmes sont capables de refuser d'avoir des relations sexuelles, mais 94 pour cent peuvent prendre des décisions indépendantes ou conjointes en matière de contraception. Ces écarts contribuent à expliquer la faiblesse des indicateurs composites globaux dans certains pays : une femme n'est comptabilisée que lorsqu'elle fait état de choix autonomes dans chacune des trois dimensions.

Ainsi, une femme qui décide indépendamment de recourir à la contraception mais qui ne peut pas refuser d'avoir des relations sexuelles avec son mari ne serait pas prise en compte par l'indicateur composite global 5.6.1.

Illustration de Rebeka Artim

FIGURE 2

Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en matière de santé, de contraception et de relations sexuelles avec leur mari ou partenaire (données les plus récentes par pays, 2007 à 2018)



Source : Fonds des Nations Unies pour la population, bases de données mondiales, 2020. D'après des études démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes réalisées entre 2007 et 2018.

Quelles tendances constate-t-on ?

Selon une analyse des tendances observées dans 22 pays à revenu faible et intermédiaire, où ont été menées au moins deux enquêtes démographiques et de santé (EDS) consécutives lors desquelles des femmes ont été interrogées sur les trois dimensions de l'autonomie corporelle, le fait de réaliser des investissements dans les programmes ou services d'une dimension ne se traduit pas nécessairement par des changements positifs dans les autres dimensions. En effet, les tendances notées au niveau des trois questions standard de l'indicateur 5.6.1 évoluent souvent dans des directions différentes (figure 3).

Au Ghana, par exemple, des investissements considérables ont été réalisés en vue d'améliorer la santé maternelle en augmentant l'accessibilité financière, la qualité et la portée des services, et en mettant en place des programmes de sensibilisation communautaires afin de promouvoir ces services. Résultat : le pourcentage de femmes capables de prendre leurs propres décisions en matière de santé a connu une augmentation constante. Le pourcentage de femmes prenant leurs propres décisions en matière de contraception s'est quant à lui stabilisé, et le pourcentage de femmes en mesure de refuser d'avoir des relations sexuelles a considérablement diminué. On retrouve une situation similaire au Bénin, où le pourcentage de femmes capables de prendre des décisions autonomes en matière de contraception et de soins de santé a peu évolué au cours des dix dernières années. En revanche, le pouvoir de refuser des relations sexuelles a baissé de 20 pour cent au cours de la même période (UNFPA, 2019).

Parmi les 22 pays étudiés, seuls l'Ouganda et le Rwanda ont affiché une évolution positive constante au niveau du pourcentage de femmes capables de prendre des décisions autonomes dans les trois dimensions de l'indicateur 5.6.1. Les données indiquent que l'Ouganda a connu la plus forte augmentation en la matière : 12,3 pour cent. Ce changement positif peut être attribué à un environnement juridique et politique favorable (notamment grâce à la suppression des frais d'utilisation des services de santé maternelle et infantile pour les enfants de moins de 5 ans), conjugué à des approches de sensibilisation communautaires visant à lutter contre les normes sexistes (UNFPA, 2019).

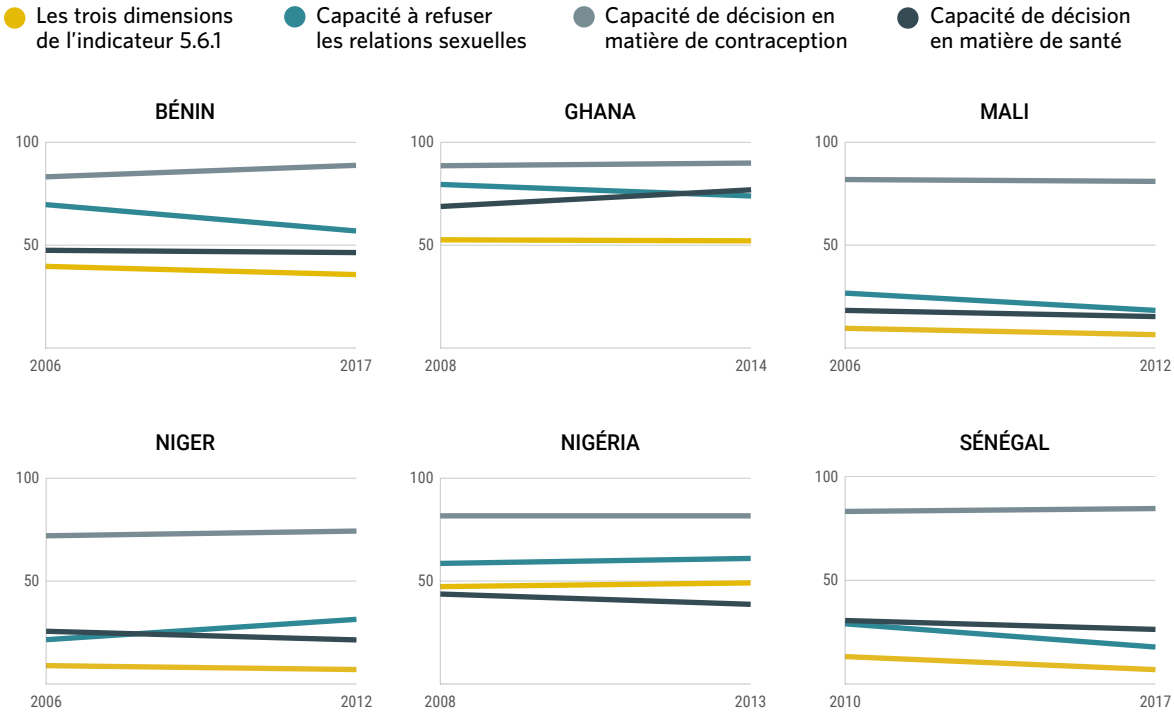
La figure 3 révèle que les pourcentages globaux qui ressortent de l'indicateur peuvent masquer des tendances négatives et positives simultanées au sein d'un même pays. Les tendances positives s'observent plus fréquemment dans les réponses à la question sur les décisions autonomes en matière de santé. Les tendances négatives, en revanche, se manifestent plus souvent dans les réponses à la question sur la capacité à refuser les relations sexuelles. Ainsi, dans plus de la moitié des pays disposant d'au moins deux points de référence en matière de données, les femmes ont vu diminuer leur capacité à refuser des relations sexuelles entre 2005 et 2018. Il est difficile de déterminer la cause exacte de cette tendance négative ou de cette régression manifeste. Toutefois, une étude suggère que plusieurs facteurs pourraient être en cause (UNFPA, 2019) :

- Les tabous persistants au sujet de la sexualité qui, accentués par les normes et les attitudes sociales, ne laissent aux femmes et aux adolescentes que peu de possibilités de parler ouvertement de sexualité avec leurs partenaires ou leurs maris.

- Les systèmes patriarcaux qui perpétuent des rapports de force inégaux dans les relations, où les exigences sexuelles des hommes priment celles des femmes. Des études montrent qu'en Azerbaïdjan, au Rwanda et au Mexique, certaines femmes renoncent à leur droit de refuser des relations sexuelles en échange d'une plus grande autonomie dans d'autres sphères de leur vie, comme la prise de décisions pour le ménage ou la décision de sortir ou non du foyer.

FIGURE 3

Évolution du pourcentage de femmes qui déclarent prendre des décisions autonomes pour les trois composantes de l'indicateur 5.6.1 en Afrique de l'Ouest



- Des études qualitatives indiquent que les femmes peuvent également se soumettre aux exigences sexuelles des hommes en échange d'une plus grande indépendance au niveau de leurs projets financiers et personnels. De tels compromis ont été rapportés dans des pays aussi divers que l'Azerbaïdjan, le Mexique, le Niger et le Nigéria (UNFPA, 2019).

Limites de l'indicateur

L'indicateur 5.6.1 dresse un tableau général de l'autonomie corporelle des femmes et n'offre pas une vision affinée des forces qui sont à l'origine des tendances positives ou négatives. Les données sur l'utilisation de la contraception par les femmes, par exemple, ne représentent que les femmes qui étaient mariées ou en concubinage et qui utilisaient un moyen de contraception au moment où les données ont été recueillies. Qui plus est, la question sur les décisions en matière de santé ne fait pas explicitement référence à la santé *reproductive*. Enfin, les trois questions ne sont posées qu'aux filles et femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui exclut les jeunes adolescentes et les femmes de 50 ans ou plus.

Autre limite : les données relatives à la contraception et aux soins de santé reflètent à la fois les choix conjoints et individuels. Une femme peut ainsi indiquer que la décision de recourir à la contraception a été prise conjointement avec son mari ou son partenaire. Mais dans certains cas, il est possible

qu'une décision « conjointe » soit à l'origine une décision individuelle, prise par la femme mais rejetée ensuite par son mari. Les femmes dont le mari leur interdit de recourir à la contraception peuvent par ailleurs décider de l'utiliser en cachette. Toutefois, ce type de situation ne se reflète pas au niveau de l'indicateur en ce qui concerne les décisions autonomes en matière de contraception. Les enquêtes quantitatives suggèrent qu'entre 4 et 29 pour cent des femmes qui utilisent des moyens de contraception le font à l'insu de leur mari ou de leur partenaire.

Bien que l'utilisation dissimulée de contraceptifs soit un choix individuel, les femmes décrivent généralement cette situation comme une expérience négative et comme une privation d'autonomie (UNFPA, 2019).

Un modèle écologique en matière d'autonomie corporelle

Le pouvoir décisionnel des femmes est influencé par une série de facteurs sociaux et économiques dans les trois dimensions de l'indicateur 5.6.1 (figure 4).

FIGURE 4

Facteurs déterminants du pouvoir décisionnel des femmes

COMMUNAUTÉ

NORMES DE GENRE, STIGMATISATION ET CROYANCES

SYSTÈMES DE SANTÉ

PROXIMITÉ, COÛT, QUALITÉ DES SOINS ET PRÉJUGÉS DES PRESTATAIRES

RELATIONS

POINT DE VUE DU PARTENAIRE, COMMUNICATION ET FAMILLE ÉLARGIE

CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE

ÉDUCATION, RICHESSE, ACCÈS AUX MÉDIAS ET MILIEU (RURAL/URBAIN)

Illustration de Hülya Özdemir

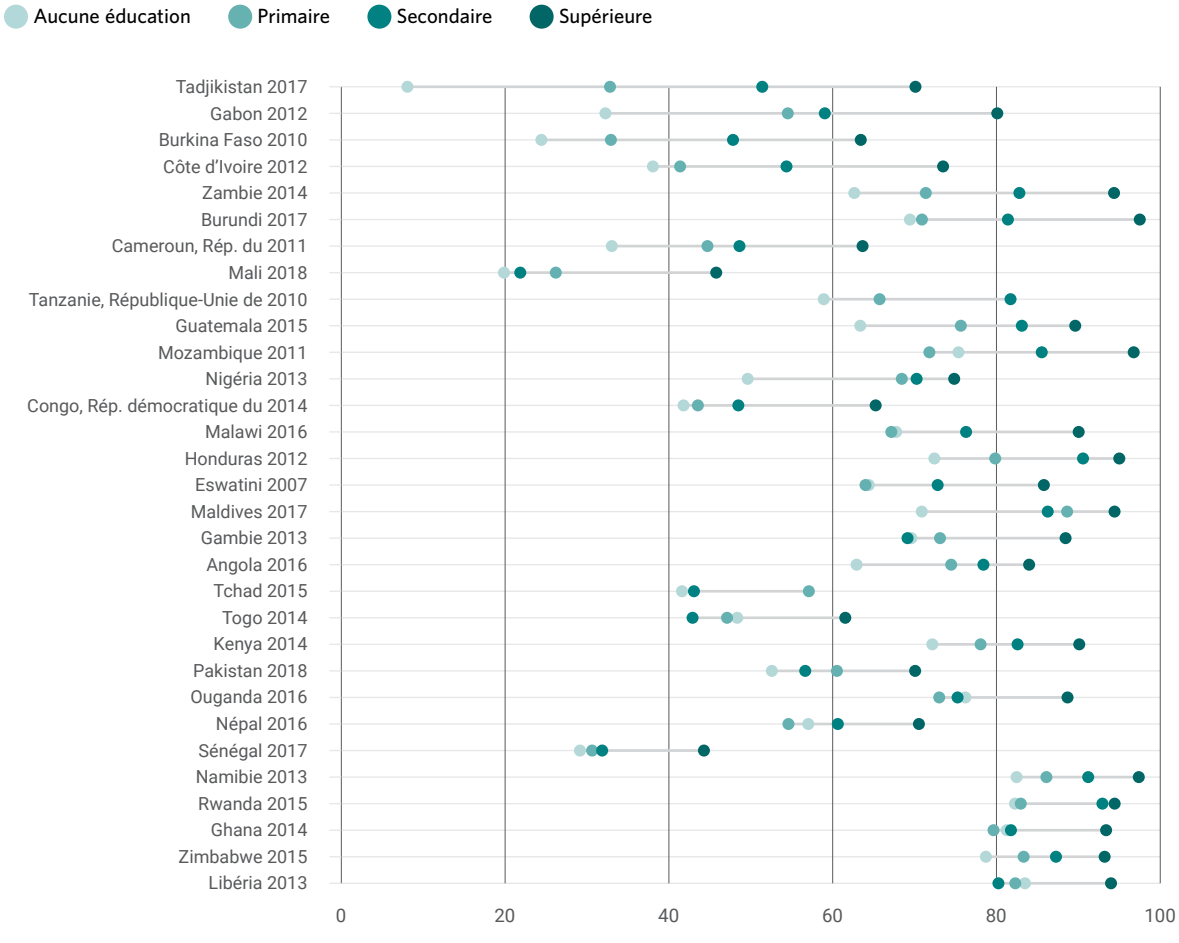
Circonstances socioéconomiques

Le niveau d'éducation d'une femme est un facteur clé dans la détermination de son pouvoir de refuser d'avoir des relations sexuelles, mais il coïncide également avec son pouvoir de prendre ses propres décisions en matière de contraception et de santé (figure 5). Le niveau d'éducation de son partenaire est également associé de manière positive à sa participation aux décisions concernant la contraception et les soins de santé. Une femme ayant un niveau d'éducation inférieur à celui de son mari ou de son partenaire est plus susceptible de subir des violences sexuelles qu'une femme dont le niveau d'éducation est peu ou prou similaire à celui de son mari (UNFPA, 2019). Parallèlement, les filles et les femmes situées dans les deux quintiles de richesse inférieurs sont également plus susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles non désirées (figure 6).

FIGURE 5A

Corrélation entre pouvoir décisionnel et niveau d'éducation élevé

Prise de décisions relatives à la santé des femmes, par niveau d'éducation des femmes et par pays, en pourcentage



Relations interpersonnelles

Les relations et la communication avec son mari ou son partenaire ainsi qu'avec les membres de sa famille élargie influencent la capacité d'une femme à prendre des décisions autonomes.

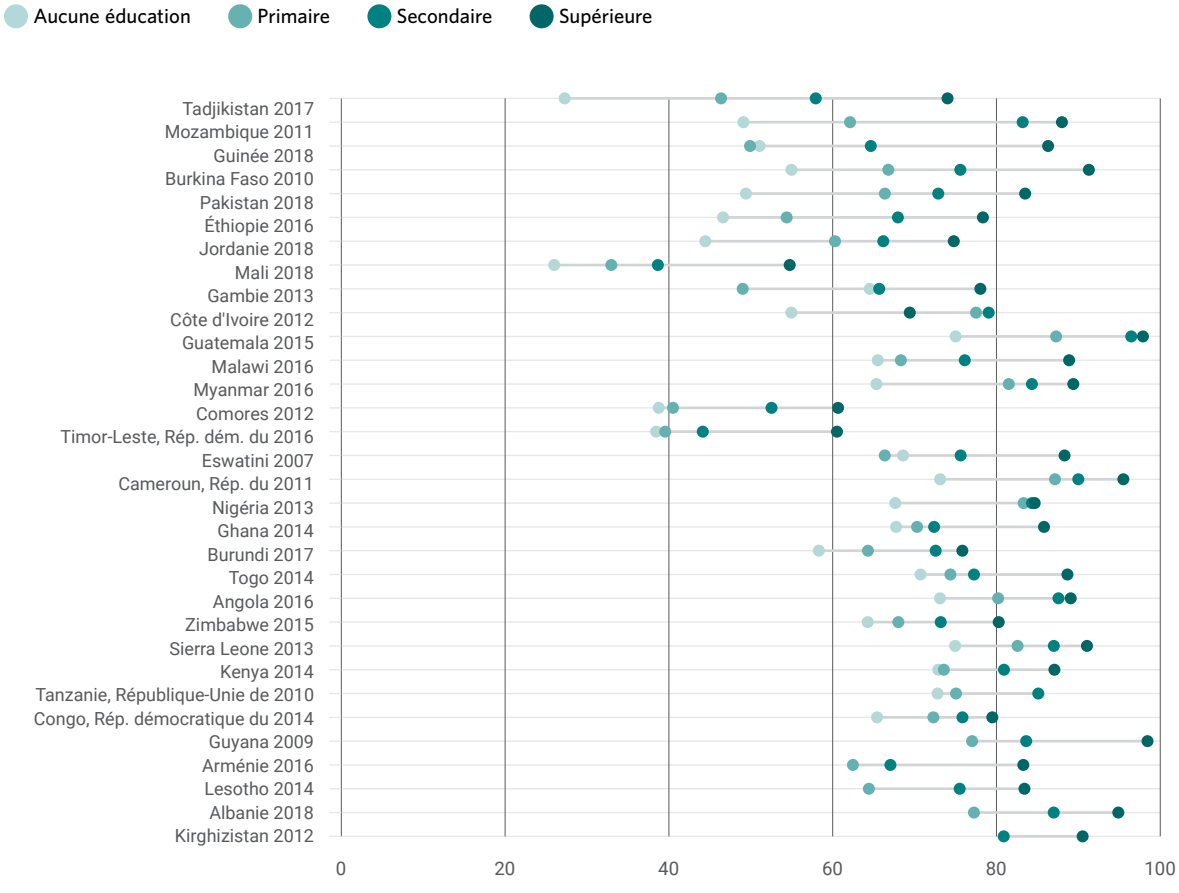
En tant que chefs de famille, les hommes détiennent souvent la totalité du pouvoir et prennent la plupart des décisions, y compris celles liées à la santé sexuelle et reproductive, même si celles-ci sont souvent perçues comme des « affaires de femmes ». Les normes de genre confèrent généralement aux femmes la seule responsabilité de la santé reproductive, mais les privent en même temps du pouvoir de décision.

La communication est un facteur de prédiction positif quant à la prise de décisions conjointe ou autonome. Les couples qui communiquent régulièrement sur les questions de santé sexuelle et reproductive sont plus susceptibles de prendre des décisions communes sur la contraception et les soins de santé reproductive. L'avis des membres de la famille élargie, en particulier des belles-mères, joue également un rôle important dans ces décisions (UNFPA, 2019).

FIGURE 5B

Corrélation entre pouvoir décisionnel et niveau d'éducation élevé

Capacité à refuser les relations sexuelles, par niveau d'éducation des femmes et par pays, en pourcentage



Rôle de la communauté

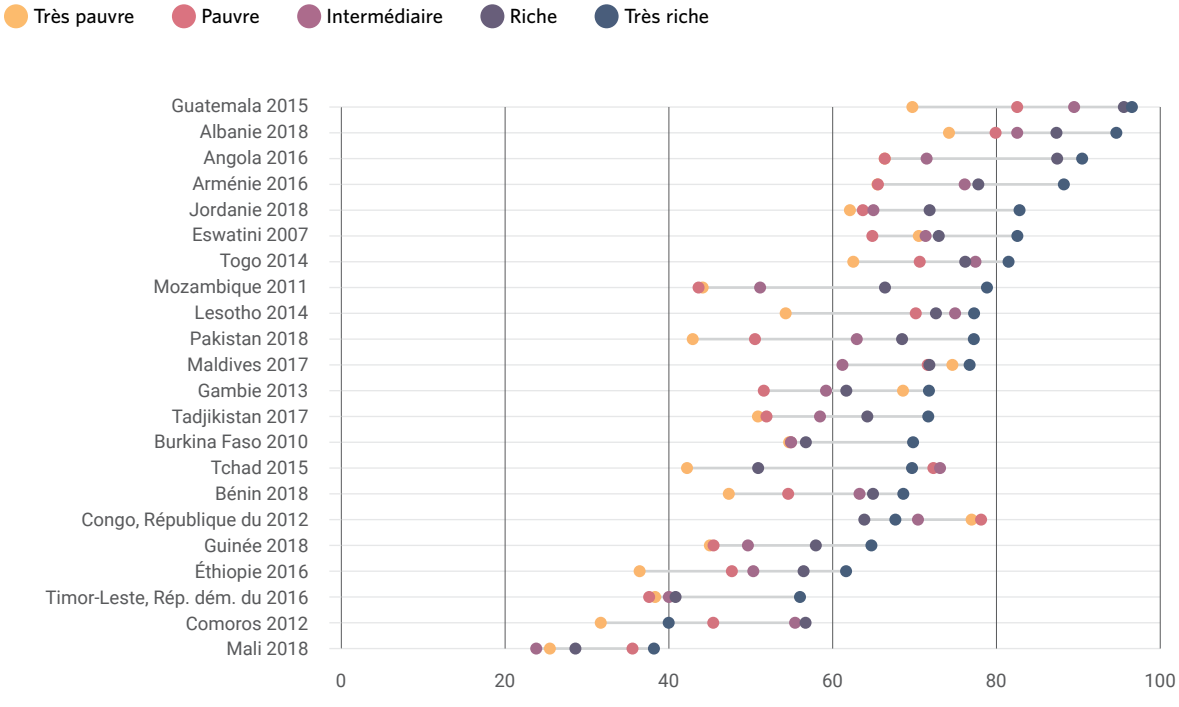
Dans certaines communautés, la notion d'autonomie corporelle peut être considérée comme incompatible avec les normes et valeurs locales. Les communautés peuvent ainsi exercer des pressions sur les femmes pour les inciter à avoir des enfants et perpétuent généralement l'idée selon laquelle les femmes devraient être soumises et passives dans les relations sexuelles. Par ailleurs, les normes communautaires peuvent souvent dissuader les femmes d'aborder les questions de santé sexuelle et reproductive avec les hommes, ce qui rend difficile, voire impossible, pour les femmes d'avoir leur mot à dire en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé reproductive. Des études menées dans neuf pays ont démontré que certains hommes estiment être en droit de dominer les femmes, avec la manifestation évidente de rapports de force inégaux (p. ex., Habibov *et al.*, 2017 ; Fahmida et Doneys, 2013 ; Hattori et DeRose, 2008).

Les adolescentes se heurtent à des obstacles supplémentaires en matière de services et d'informations en raison de normes qui découragent

FIGURE 6

Capacité accrue à refuser les relations sexuelles dans les quintiles supérieurs de richesse

Capacité à refuser les relations sexuelles, par richesse du ménage et par pays, en pourcentage



Soigner les corps, les mentalités et les esprits

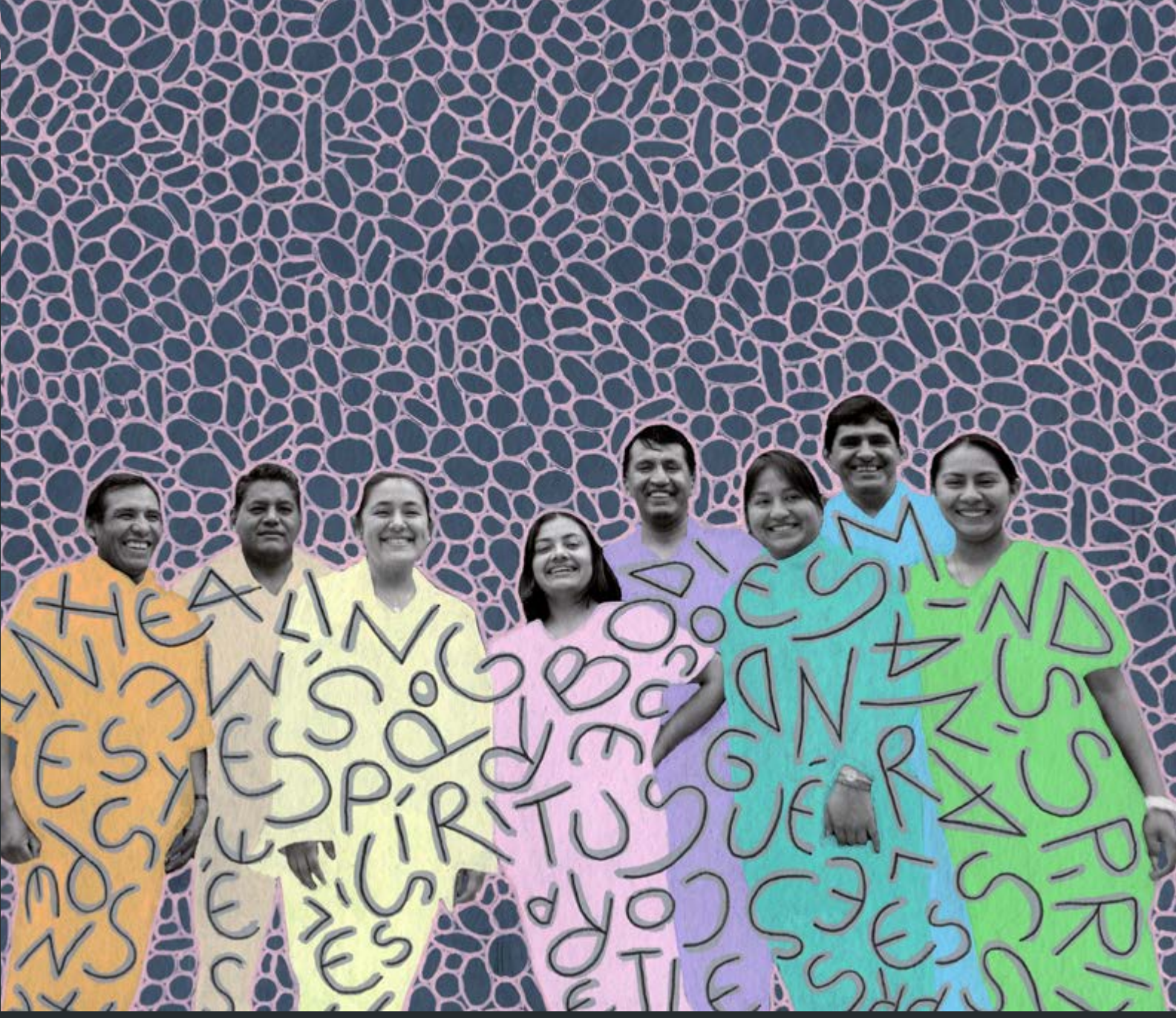
Les prestataires de soins de santé ont la responsabilité particulière de promouvoir et de préserver l'autonomie corporelle de leurs patientes. « Mon conseil pour tout agent de santé serait de faire preuve d'empathie », déclare Víctor Cazorla, un homme exerçant en tant que maïeuticien dans les Andes péruviennes. Ayant travaillé pendant plus de vingt ans auprès des communautés indigènes de la région d'Ayacucho, il ne connaît que trop bien les difficultés qui menacent le bien-être et l'autonomie des patientes les plus vulnérables.

« La logique de travail des agents de santé tourne souvent autour du concept de production, or la production est synonyme de quantité », explique-t-il. « Nous négligeons la qualité des soins que nous prodiguons à nos patientes. Il existe également des barrières culturelles », ajoute-t-il. « Nombre de nos collègues et de nos collaborateurs se sont rendus en zone rurale sans connaître le quechua, la langue maternelle des communautés locales », engendrant des malentendus et même des actes de discrimination.

Parallèlement, de nombreuses patientes n'ont pas été sensibilisées à leurs droits en matière de sexualité et de reproduction. « Au sein de la population générale, je dirais qu'environ 80 à 90 pour cent des femmes ne sont pas en mesure de décider elles-mêmes quand elles souhaitent avoir des relations sexuelles avec leur partenaire… La misogynie prédomine », précise-t-il. « Les patientes se sentent souvent incapables de parler ouvertement de leur santé sexuelle, et elles peuvent hésiter à exprimer leur malaise vis-à-vis des procédures gynécologiques, en particulier avec les prestataires de santé masculins. »

La combinaison de ces facteurs est particulièrement néfaste : les médecins peinent à comprendre les besoins et les limites de leurs patientes, et celles-ci se retrouvent

« Acceptent-elles de se soumettre à l'examen ? Si elles ne sont pas préparées psychologiquement, nous devons respecter leur choix. »



Des membres du personnel médical du centre de santé de la région d'Ayacucho, au Pérou, parmi lesquels le maïeuticien Victor Cazorla (cinquième en partant de la gauche). Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo : © UNFPA/A. Castañeda

privées des mots et des outils pour se défendre.

Ces préoccupations sont d'autant plus vives lorsque les agents de santé ont affaire à des survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre. « En Syrie, plus de la moitié des femmes ignorent leurs droits sur le plan de la sexualité, de la santé physique et en général », affirme Mouna Farhoud, gynécologue spécialisée dans la prise en charge des survivantes de violences sexuelles. « Même les femmes diplômées sont exposées à la violence et ne sont pas en mesure de réagir. Elles considèrent que le fait de parler de ces sujets porte atteinte à leur dignité et à leur réputation. »

Selon Dr Farhoud, les professionnels de santé eux-mêmes peuvent avoir des opinions qui nuisent à la santé et aux droits de leurs patientes. Elle se rappelle une formation donnée à des professionnels de santé sur le traitement des survivantes d'agressions sexuelles : « Les participants ont formulé de nombreuses objections... Il y avait un déni manifeste et un manque de reconnaissance de l'existence des cas d'agression sexuelle. »

Les médecins doivent être en mesure de communiquer avec leurs patientes sans porter de jugement, et savoir reconnaître quand leurs patientes se sentent mal à l'aise ou ont subi des abus. Parfois, comme l'explique Dr Farhoud, cela signifie jouer le rôle de détective : « Peut-être que les symptômes de la patiente ne sont pas en adéquation avec ses propos. Sa façon de marcher, son regard, ses mots, son compagnon, l'examen physique : tous ces éléments réunis révèlent l'existence d'un problème. »

Les agents de santé doivent également savoir quand il convient de faire marche arrière. « Les patientes sont en droit de refuser. Lorsque j'examine une patiente, par exemple lors d'un examen gynécologique, j'explique son importance, en particulier pour les personnes qui ont subi des agressions sexuelles », explique Dr Farhoud. « Je précise qu'il s'agit d'une procédure médicale visant à déterminer s'il y a des infections, des blessures, des saignements, des hématomes ou des éléments qui permettent de constituer des preuves. Acceptent-elles de se soumettre à l'examen ? Même lorsqu'elles comprennent que l'objectif est de constituer un dossier, si elles ne sont pas préparées psychologiquement, nous devons respecter leur choix. Peut-être que nous ne serons pas en mesure de les examiner cette fois-ci, mais nous pourrons le faire une prochaine fois lorsqu'elles se sentiront respectées et valorisées. »

Víctor Cazorla ajoute que le respect de chaque culture est primordial. Mais ce qui importe le plus selon lui, c'est de donner aux patientes elles-mêmes les moyens de se poser en défenseuses de leur corps et de leur autonomie : « Nous leur apprenons à exiger le respect, à ce que personne n'ait le droit de toucher leur corps : ni moi, ni leur tante, ni leur père, ni leur mère, ni le personnel, ni la police, ni personne. »

Avec ses collègues, il organise régulièrement des séances éducatives destinées à la communauté. Les questions liées aux droits, à l'estime de soi, à la santé sexuelle et au maintien de relations saines sont également abordées lors de séances de conseil individuelles et familiales. « Ces efforts font la différence, en particulier chez les jeunes », affirme-t-il. Mais la responsabilité de communiquer ces informations repose lourdement sur les prestataires de santé : « Je suis l'unique maïeuticien à travailler en rotation au centre de santé et je dois rester sur place pour assister les patientes qui arrivent en urgence ». Il ajoute que davantage de ressources sont nécessaires en matière de santé, y compris s'agissant du personnel, afin de pouvoir proposer davantage de services d'éducation communautaire, tels que des programmes ciblés pour les hommes et les garçons.

Dr Farhoud rejoint son appel au soutien. Son organisation mène également des séances de sensibilisation pour la communauté, mais elle souhaite que les agents de santé soient mieux formés et responsabilisés. En tant que prestataires de services de santé sexuelle et reproductive, ils ont un devoir particulier : celui de respecter et d'encourager l'autonomisation de leurs patientes. « Nous avons prêté serment », conclut-elle.

l'activité sexuelle hors mariage. Cependant, les normes imposées dans certaines communautés peuvent à l'inverse autoriser ou même encourager les adolescentes à se livrer à des rapports sexuels monnayés afin de subvenir aux besoins de leur foyer ou financer leur propre éducation. Ces jeunes filles étant généralement issues de foyers pauvres, elles ne sont pas en mesure de refuser des relations sexuelles. Qu'elles soient mariées ou non, elles ne disposent que d'un pouvoir de négociation limité en ce qui concerne l'utilisation des préservatifs (November et Sandall, 2018 ; Moore *et al.*, 2007). Les jeunes filles mariées peuvent également être soumises à des pressions familiales et communautaires visant à démontrer leur fertilité, subir des rapports sexuels forcés et faire face à des résistances quant à leur recours à la contraception (Woog et Kågesten, 2017).

Obstacles au sein du système de santé

La distance à parcourir pour se rendre dans les cliniques et les établissements de soins, surtout dans les zones rurales, entrave parfois les décisions en matière de contraception et de santé reproductive. Parmi les autres obstacles, citons l'absence de services adaptés aux jeunes et aux adolescentes, les pénuries au niveau des moyens de contraception privilégiés, la piètre qualité ou gestion des services, le personnel de santé moralisateur ou encore l'atteinte à la vie privée. À l'inverse, les services qui proposent des horaires d'ouverture flexibles et emploient des agents de santé affichant une attitude positive envers les patientes tout en respectant leur vie privée contribuent à donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de prendre des décisions autonomes. La mise à disposition d'informations fiables et accessibles sur la contraception, en particulier lorsqu'elles sont fournies dans un environnement respectueux, confidentiel et accueillant, a également un impact positif. Des études ont révélé que les services de planification familiale assurés par des agents de santé communautaires se traduisent par une utilisation accrue de la contraception, en particulier lorsque ces services comprennent des informations sur la planification familiale et des activités éducatives à destination des hommes (UNFPA, 2019).

L'autonomie corporelle n'est encore que l'ombre d'une possibilité pour beaucoup

Le fait que seuls 55 pour cent des femmes soient en mesure de prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leur corps devrait servir de signal d'alerte pour les gouvernements, les décideurs politiques et les institutions de développement. Au Mali, au Niger et au Sénégal, plus de 90 pour cent des femmes sont privées de leur autonomie corporelle.

Les données de l'indicateur 5.6.1 offrent un aperçu des difficultés rencontrées par les femmes pour faire valoir leur droit à l'autonomie corporelle. Cependant, une analyse plus approfondie des données est nécessaire pour comprendre l'étendue et la nature des obstacles rencontrés par des groupes tels que les femmes non mariées ou ne vivant pas en couple, les personnes handicapées ou les minorités ethniques et raciales.

De façon générale, il est manifeste que dans 57 pays, et probablement dans tous les autres pays du monde, les femmes n'ont pas le plein contrôle de leur corps.

Illustration de Rebeka Artim

LORSQUE LES DÉCISIONS SONT PRISES PAR DES TIERS

Le déni du droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique prend diverses formes

Le slogan féministe « Le privé est politique » rallie les femmes autour du principe d'autonomie corporelle depuis les années 1960. Les militantes ont toujours soutenu que si les femmes et les filles n'ont pas le pouvoir ni le libre arbitre nécessaires pour exercer leurs droits à l'autodétermination et à l'autonomie, elles sont également dépourvues de tout contrôle sur d'autres aspects de leur vie.

Le libre arbitre signifie avoir le pouvoir de faire des choix et des décisions en son propre nom. En matière de sexualité et de reproduction, le libre arbitre peut signifier avoir le pouvoir de décider librement si, quand ou avec qui avoir des relations sexuelles et si, quand ou à quelle fréquence tomber enceinte. Sans libre arbitre, il ne peut y avoir d'autonomie.

Selon le Positive Women's Network, lorsque les femmes disposent d'une pleine autonomie corporelle, elles sont non seulement en mesure de prendre des décisions concernant leur santé et leur avenir (sans contrainte ni contrôle de la part d'autrui) mais elles disposent également du soutien et des ressources nécessaires pour mener à bien ces décisions.

Malgré les déclarations et les accords internationaux sur l'importance de l'autonomie pour la santé des femmes et leur autonomisation en général, des millions de femmes et de filles dans le monde n'ont toujours pas le pouvoir de prendre leurs propres décisions en matière de santé, de contraception et de relations sexuelles avec leur mari ou leur partenaire.

Ces décisions sont souvent prises ou influencées par des tiers, qu'il s'agisse de leur partenaire, de leur famille, de la société ou même du gouvernement, ce qui a pour effet de priver les femmes et les filles de leur autonomie corporelle.

Bien qu'il existe de nombreux obstacles à l'autonomie corporelle, les inégalités de genre sont peut-être les plus insidieuses et les plus répandues.

Il y a plus de 160 ans, la suffragette américaine Lucy Stone écrivait : « Il m'importe peu d'avoir le droit de vote, de posséder des biens, etc. si je ne peux pas conserver le droit absolu sur mon corps et sur ses fonctions. Moins d'une épouse sur mille dispose de ce droit aujourd'hui, et tant que les femmes subiront cette servitude, aucun autre droit ne leur permettra d'accéder au statut qui leur est dû » (Hasday, 2000).

Les inégalités de genre nuisent à la prise de décisions autonome

Les normes et les attitudes sexistes entraînent des déséquilibres de pouvoir dans les relations qui limitent le pouvoir décisionnel des femmes, notamment lorsqu'il s'agit de refuser d'avoir des relations sexuelles. Les croyances patriarcales se traduisent souvent par des attentes assignant les femmes à s'en remettre à leur mari ou partenaire dans tous les aspects de leur vie, y compris leur vie sexuelle. Ces attentes peuvent non seulement signifier qu'une femme doit toujours être disposée à avoir des relations sexuelles quand son mari le souhaite, mais aussi qu'elle ne doit pas prendre l'initiative d'avoir des rapports ni exprimer ouvertement ses désirs. Les femmes sont par ailleurs tenues d'éviter les conflits, ce qui renforce l'inégalité des rapports de force. Les femmes peuvent également s'abstenir de refuser des relations sexuelles par crainte de subir des violences verbales, des coups ou un viol, ou de voir leur mari cesser de subvenir à leurs besoins ou demander le divorce.

LES RECHERCHES MONTRENT QUE LES FILLES ET LES FEMMES IGNORENT SOUVENT QU'ELLES ONT LE DROIT DE REFUSER D'AVOIR UN RAPPORT SEXUEL

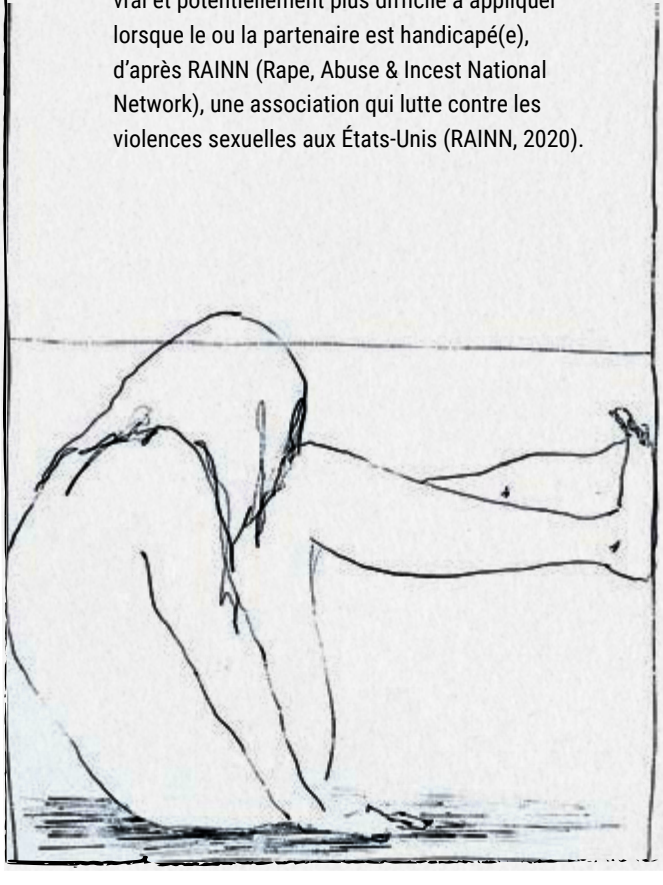
Les recherches montrent que les filles et les femmes ignorent souvent qu'elles ont le droit de refuser d'avoir un rapport sexuel. Par exemple, en Inde, une étude a révélé que les jeunes mariées étaient moins susceptibles de qualifier leur premier rapport sexuel de « forcé » ou d'« imposé », car elles considéraient qu'il était de leur devoir d'avoir des relations sexuelles avec leur mari. La notion de consentement est hors de propos en l'espèce, car certaines familles considèrent que les relations sexuelles, même si elles sont forcées, font partie du devoir conjugal, et que la question du consentement n'a donc pas lieu d'être (UNFPA, 2019).

Les normes et les attitudes sexistes peuvent nuire au pouvoir des femmes de prendre leurs propres décisions en matière de contraception. Ainsi, dans un certain nombre de pays inclus dans l'indicateur 5.6.1, les hommes mariés, en particulier dans les zones rurales, veulent plus d'enfants que leurs femmes et considèrent que c'est à ceux de décider du nombre d'enfants que la famille aura et du recours ou non à la contraception. Les rapports de force inégaux au sein des relations représentent un énième obstacle pour les femmes qui souhaitent aborder la question de la contraception avec leur mari ou leur partenaire. Par ailleurs, l'évocation même du sujet de la contraception peut être perçue par les hommes comme un aveu de relation extraconjugale et peut engendrer des conflits aboutissant à des violences, une séparation ou un divorce (UNFPA, 2019). Les liens qui existent entre les inégalités de genre et le déni du droit à l'autonomie corporelle ont chaque jour une incidence réelle sur la vie des femmes et des filles partout dans le monde. Les attitudes et les normes qui subordonnent le bien-être, les besoins et les droits des femmes et des filles à ceux des hommes et des garçons les privent de leur pouvoir, c'est-à-dire de leur libre arbitre.

Les personnes handicapées sont plus exposées aux viols et aux rapports sexuels forcés

Les filles et les jeunes femmes handicapées ont plus de risque de subir des violences que leurs pairs masculins ou que les femmes et les jeunes femmes non handicapées (UNFPA *et al.*, 2018). Par ailleurs, les filles et les garçons handicapés sont quasiment trois fois plus susceptibles d'être victimes de violences sexuelles, les filles étant les plus exposées.

Avant d'initier tout rapport, il est indispensable d'obtenir le consentement de son ou de sa partenaire. Toutefois, ce principe est d'autant plus vrai et potentiellement plus difficile à appliquer lorsque le ou la partenaire est handicapé(e), d'après RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network), une association qui lutte contre les violences sexuelles aux États-Unis (RAINN, 2020).



Des recherches sur la prévalence des agressions sexuelles chez les personnes handicapées révèlent une prévalence plus élevée chez ces personnes que chez les personnes non handicapées. Aux États-Unis, par exemple, le Département de la Justice a estimé que le nombre de femmes et de filles handicapées victimes de crimes violents, y compris d'agressions sexuelles et de viols, s'élevait chaque année à 32,8 femmes pour 1 000, contre 11,4 femmes pour 1 000 chez les femmes et les filles non handicapées (Harrell, 2017).

Toujours aux États-Unis, le groupe de revendication Disabled World a rapporté qu'environ 80 pour cent des femmes et 30 pour cent des hommes atteints d'un handicap intellectuel étaient contraints de se livrer à une forme de rapport sexuel non consenti au cours de leur vie, mais que seulement 3 pour cent des abus sexuels impliquant des personnes atteintes d'un handicap de développement étaient signalés. Par ailleurs, les femmes handicapées sont bien plus susceptibles d'avoir subi un rapport sexuel non désiré avec un partenaire intime ou un viol conjugal. Une étude a également révélé que 54 pour cent des garçons sourds avaient été victimes de violences sexuelles, contre 10 pour cent des garçons entendants (Disabled World, 2012).

Dès lors que les sociétés ne donnent pas aux personnes handicapées les moyens de décider si elles souhaitent ou non avoir un rapport sexuel, à quel moment et avec qui, et si elles veulent avoir des enfants, à quel moment et à quelle fréquence, elles privent un nombre important de personnes de leur droit de disposer de leur corps.

Illustration de Kaisei Nanke

Illustration de Tyler Spangler

Les recherches ont démontré que cette situation pouvait avoir des conséquences néfastes pouvant perdurer toute la vie ou se transmettre d'une génération à l'autre (van Eerdewijk *et al.*, 2017 ; O'Neil *et al.*, 2014). Cette dynamique peut se traduire de bien des manières, dont certaines sont plus flagrantes que d'autres. Toutefois, elle est particulièrement évidente dans les lois sur le mariage et les pratiques en la matière qui subordonnent les femmes aux hommes.

Mariage forcé et mariage des enfants

Les mariages dans lesquels les femmes ne peuvent pas choisir librement et de manière éclairée leur propre partenaire, à savoir les mariages forcés et les mariages des enfants, sont les pratiques maritales les plus manifestes en matière de privation du libre arbitre des femmes. Le mariage forcé désigne un mariage conclu sans le « plein consentement libre et éclairé » de l'un ou des deux partenaires. Le mariage des enfants, qui constitue une forme de mariage forcé, désigne un mariage dans lequel au moins l'un des deux époux est âgé de moins de 18 ans et n'a donc pas encore atteint l'âge auquel il ou elle peut donner son plein consentement libre et éclairé (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, HCDH, 2020). Les deux formes constituent une violation des droits individuels, y compris ceux associés à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique.

Ces mariages sont ancrés dans des schémas patriarcaux et privent les femmes et les filles de leur autonomie au sens large, ainsi que de leur pouvoir décisionnel, en particulier en matière de santé, de contraception et de sexualité.

Le mariage des enfants est une forme de violence basée sur le genre. Il constitue également un obstacle majeur au libre arbitre des femmes et des filles, en les contraignant à une relation de subordination qui perdurera tout au long de leur vie, avant même qu'elles ne disposent de la capacité juridique de prendre des décisions qui auront des répercussions sur le reste de leur vie. D'après les dernières estimations, 650 millions de femmes en vie aujourd'hui ont été mariées avant l'âge de 18 ans, et chaque année, 12 millions de filles sont mariées avant qu'elles n'atteignent l'âge adulte (UNFPA, 2020 ; UNICEF, 2020).

Si la Convention relative aux droits de l'enfant a été ratifiée par tous les pays du monde sauf un, bon nombre d'entre eux autorisent encore le mariage des enfants de moins de 18 ans, parfois avec le consentement d'un parent, d'un tuteur, d'un juge ou d'une autre personne dépositaire de l'autorité publique.

Même dans les pays où le mariage des enfants a été interdit, ces pratiques persistent. La plupart de ces mariages sont célébrés dans le cadre de cérémonies traditionnelles ou religieuses et ne sont jamais déclarés auprès des autorités civiles. Dans certaines régions du monde, le concubinage, au sein duquel l'un des partenaires ou les deux sont mineurs, est également monnaie courante. Compte tenu du nombre toujours élevé de mariages d'enfants en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, ainsi

que dans certaines régions d'Amérique latine et des Caraïbes, on estime que d'ici 2030, près de 120 millions de femmes et de filles supplémentaires auront été mariées avant l'âge de 18 ans si aucune intervention de grande ampleur n'est menée d'ici là (UNFPA, 2020 ; UNICEF, 2020).

Les mariages forcés sont encouragés par des pratiques patriarcales institutionnalisées, notamment le versement de dots ou le paiement du « prix de la fiancée », le mariage par enlèvement, le mariage des veuves à un membre de la belle-famille, aussi appelé « héritage des veuves » et le mariage des victimes de viol avec leur agresseur. Au travers de ces pratiques, les épouses deviennent une marchandise à échanger, un corps que l'on possède, achète, vend ou troque, au mépris de leurs droits ou de leur autonomie.

La famille de la mariée verse à la famille de l'époux des dots en espèces ou en nature afin de « s'en défaire ». Les dots sont censées permettre de subvenir aux besoins de la mariée. Toutefois, en y regardant de plus près, on constate qu'il s'agit d'un système « aussi mauvais et nuisible pour les droits des femmes que le mariage des enfants, la mutilation génitale féminine et les systèmes de tutelle masculine » (McCarthy, 2017).

Dans la plupart des cas, la pratique de la dot oppresse directement ou indirectement les femmes et mène souvent à des abus et à des violences, tout en entretenant un système basé sur les inégalités de genre. Elle encourage le mariage des enfants, car les filles plus jeunes donnent lieu à des dots plus faibles. Cette pratique occasionne également des violences : l'agence gouvernementale indienne responsable des statistiques judiciaires a recensé près de 8 000 assassinats de femmes rien qu'en Inde, tuées car leur famille n'avait pas versé la dot prévue (Dhillon, 2018).

À l'inverse de la dot, le « prix de la fiancée » est payé par la famille de l'époux pour « acheter » la mariée. Cette pratique est fréquente dans certaines régions en Afrique où « le «prix de la fiancée» correspond à une transaction conditionnelle de biens, en général des vaches ou de l'argent, que l'époux offre aux parents de la fiancée en échange du mariage » (Turner, 2009). Elle relègue les femmes à un statut de propriété et perpétue l'idée selon laquelle un homme achète la capacité de procréation et de production de sa femme et plus important encore, son obéissance. Le paiement d'un prix peut devenir un prétexte pour faire obéir sa femme en usant de la violence (Thiara, 2011).

En outre, le « prix de la fiancée » doit être remboursé si l'homme décide de divorcer et de se séparer de sa femme : « cette pratique est une menace qui plane au-dessus de sa tête et de celle de ses parents et qui la contraint à obéir à son mari » (Turner, 2009). Cette tradition est particulièrement problématique, car si une femme ou sa famille ne peut pas rembourser le « prix de la fiancée », l'épouse peut être prise au piège dans une relation de violence, sans aucun recours possible. Le système du « prix de la fiancée » est présent également dans d'autres régions du monde, notamment dans certains pays insulaires du Pacifique.

Bien que moins fréquentes, il existe d'autres coutumes matrimoniales et patriarcales qui privent les femmes de leur autonomie. Dans certaines régions du monde, par exemple, la tradition veut qu'on enlève de force une femme ou une fille pour l'emmener au domicile de l'homme qui veut l'épouser. On parle alors de « mariage par enlèvement ». D'après une étude de l'UNFPA menée en 2016 au Kirghizistan, cette pratique subsiste bien qu'elle ait été proscrite. Sous couvert de la tradition, un homme peut enlever une femme ou une fille de son domicile, de son école ou de son lieu de travail, et l'emmener au domicile de sa famille, où elle est généralement forcée à écrire une lettre à sa famille pour lui demander son accord. La lettre s'accompagne d'une compensation versée par la famille de l'époux, qui correspond au « prix de la fiancée ». Moins d'une de ces « propositions » sur dix est refusée par la famille de la femme ou

de la fille. L'étude menée par l'UNFPA révèle qu'au Kirghizistan, près d'un cinquième des mariages sont conclus à la suite d'un enlèvement, et presque un tiers se font sans le « consentement » de la mariée (*UNFPA in the Kyrgyz Republic* [L'UNFPA en République kirghize], 2016).

Parmi les autres traditions qui subsistent encore aujourd'hui figure le lévirat, ou l'« héritage des veuves ». Cette pratique contraint la femme d'un défunt à épouser un proche de son mari décédé, généralement un frère. Cette coutume était traditionnellement perçue comme un moyen de protéger l'épouse et ses enfants et de garder la femme dans la cellule familiale du mari, en particulier lorsque des dots avaient été versées. La famille ne demande toutefois pas à la veuve son consentement, qui se retrouve souvent dans une relation imposée ou non désirée.

Des pratiques maritales qui subordonnent les femmes et nuisent à leur santé

Parmi les pratiques maritales qui subordonnent les femmes, les pratiques les plus pernicieuses, lesquelles constituent une violation de leur droit de disposer de leur corps, s'avèrent également avoir des conséquences néfastes sur leur santé sexuelle et reproductive. L'héritage des veuves, par exemple, contraint les femmes à avoir des rapports sexuels avec les hommes qui en ont « hérité », quel que soit le nombre de partenaires avec qui ils ont eu des relations sexuelles par le passé. Cette pratique accroît le risque de transmission du VIH (Mabumba *et al.*, 2007). Une étude menée au Kenya, dans le district de Bondo, a révélé que 56,3 pour cent des veuves avaient été « héritées » dans le cadre d'une cérémonie traditionnelle. Parmi ces femmes, celles qui avaient été soumises à un rituel sexuel connu sous le nom de « purification des veuves » étaient plus susceptibles d'être infectées par le VIH (Agot *et al.*, 2010). La purification des veuves est une pratique ritualisée qui consiste à briser le lien entre l'esprit du défunt et son épouse, en l'obligeant à avoir un rapport sexuel avec l'un de ses proches.

Le mariage des enfants a des conséquences délétères innombrables sur la santé sexuelle et reproductive et l'autonomie corporelle des filles. Les relations sexuelles forcées et les grossesses précoces et fréquentes sont étroitement liées aux taux élevés de morbidité et mortalité maternelle et infantile, ainsi qu'aux troubles de santé mentale. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les complications qui surviennent durant la grossesse et l'accouchement sont la première cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans. La prévalence des complications durant la grossesse et l'accouchement est bien plus élevée chez les mères adolescentes, avec un taux de mortinaissances et de décès néonatals plus important que chez les mères à peine plus âgées (20 à 24 ans) (OMS, 2020).

Les femmes et les filles soumises au mariage forcé sont souvent privées de leur droit de prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive, ou bien ne disposent pas d'informations fiables en la matière. Une vaste étude menée en Inde a par exemple mis en évidence les conséquences néfastes des mariages des enfants sur leur santé. Elle a révélé que les jeunes femmes mariées à l'âge de 18 ans ou plus étaient davantage susceptibles que celles mariées avant l'âge de 18 ans d'avoir pris part à la planification de leur mariage, de ne pas tolérer la violence domestique, d'avoir eu recours à des contraceptifs pour retarder leur première grossesse et d'avoir accouché de leur premier enfant dans un établissement de santé. D'après l'étude, elles avaient également moins de risque que les femmes mariées à un âge précoce d'avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles au sein de leur mariage ou d'avoir subi une fausse couche ou une mortinaissance (Santhya *et al.*, 2010).

L'esclavage, ultime violation du droit à l'autonomie

Les personnes réduites en esclavage n'ont pas le pouvoir de prendre des décisions concernant leur corps ou leur vie.

D'après les estimations, 40 millions de personnes seraient soumises à une forme d'esclavage moderne (Nations Unies, n.d.). Bien que la notion d'esclavage moderne ne soit pas définie en droit, ce terme générique se rapporte à des pratiques telles que le travail forcé, la servitude pour dettes, le mariage forcé et la traite des êtres humains. Il désigne des situations d'exploitation qu'une personne ne peut refuser ou dont elle ne peut s'abstraire en raison de menaces, de violences, de coercition, de comportements trompeurs ou d'abus de pouvoir.

On compte plus de cinq victimes d'esclavage moderne pour 1 000 personnes à l'échelle mondiale. Une victime sur quatre est un enfant, et plus de sept sur dix sont des femmes ou des filles.

Le huitième objectif de développement durable, qui entend assurer une croissance économique inclusive et un travail décent pour tous d'ici 2030, comprend une cible qui consiste à abolir le travail forcé et à mettre fin à l'esclavage moderne et à la traite des êtres humains.

Comme l'a indiqué la Vice-Secrétaire générale des Nations Unies Amina J. Mohammed en 2010, les victimes sont souvent les personnes les plus vulnérables de nos sociétés, soumises à de multiples formes de discrimination : les femmes, les enfants, les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les personnes handicapées. « L'esclavage moderne est un fléau que nous devons éradiquer dans le monde entier », a-t-elle ajouté, qualifiant l'esclavage moderne et la traite des êtres humains de « crimes internationaux au coût exorbitant pour la société et l'économie ».

Illustration de Kaisei Nanke

Apte à faire des choix

En 1999, Lizzie Kiama prenait les transports en commun pour se rendre à son travail à Mombasa (Kenya) lorsque son minibus est entré en collision frontale avec un autre véhicule. « J'étais assise à l'avant, se remémore-t-elle. L'accident m'a laissée handicapée. » Pourtant, il lui a fallu 11 ans avant d'accepter pleinement cette nouvelle réalité.

« Pendant longtemps, je ne me suis pas considérée comme une personne handicapée, confie Kiama. Et ce, en raison de la connotation très négative systématiquement associée au mot *handicapé*. »

Sa vie a pris un tournant lorsqu'elle est devenue mère et qu'elle a décidé de contribuer à un monde meilleur pour ses enfants. Elle explique qu'il s'agissait de se reconnaître comme personne handicapée, mais également de redéfinir ce que cela signifiait. Kiama a ensuite fondé This Ability Trust, une entreprise sociale axée sur les droits des personnes handicapées. C'est dans ce cadre qu'elle a pu observer les nombreuses privations de libre arbitre dont sont victimes les personnes handicapées, en particulier en ce qui concerne leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation.

Les personnes souffrant de handicap visuel ou auditif ont rarement accès à des interprètes ou à des documents en braille lorsqu'elles font appel à des services de santé, explique-t-elle. Quant aux patients accompagnés d'un aidant, leur intimité et leur confidentialité sont moins respectées. De nombreuses personnes handicapées n'ont que peu de transports accessibles à leur disposition, et beaucoup d'établissements de santé n'ont pas les infrastructures, le matériel ou encore le personnel formé pour les accueillir.

Certaines personnes vivent même des expériences atroces.

« J'ai entendu des témoignages de femmes qui préféraient encore accoucher chez elles plutôt que d'être confrontées aux objections d'infirmières ou de sages-femmes désapprouvant leur désir de grossesse ou de maternité en raison de leur handicap, raconte Kiama. La société, de manière générale, considère les personnes handicapées, et en particulier les femmes, comme asexuelles… Des principes tout simples comme la capacité juridique, l'autonomie corporelle ou le droit de prendre des décisions ne sont pas considérés comme la norme. »

Au Kenya, les femmes et les filles handicapées sont particulièrement soumises à la violence basée sur le genre (Salome *et al.*, 2013). Mais trop souvent, la réaction à ce phénomène consiste à bafouer encore plus leur autonomie corporelle, déplore Kiama. « Dans certains

« Les familles s'entendent avec le corps médical pour les stériliser. »

Lizzie Kiama est une défenseuse infatigable des droits des personnes handicapées.
Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; avec l'aimable autorisation de Lizzie Kiama.

cas, sous prétexte que des filles handicapées sont constamment victimes de violences sexuelles, leurs familles s'entendent avec le corps médical pour les stériliser afin de les « protéger », explique-t-elle. Les auteurs de ces violences ne sont, quant à eux, pas inquiétés le moins du monde. »

Ces problèmes ne sont en aucun cas propres au Kenya. Presque partout, les personnes handicapées sont confrontées à de sérieux obstacles dès lors qu'elles souhaitent prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive.

En Mongolie, par exemple, il a été signalé que des

agents de santé pratiquaient des avortements sur des femmes handicapées sans les consulter. Les médecins se contentaient en effet de demander le consentement des tuteurs de ces patientes, selon Enkhjargal Banzgarch, travailleuse sociale de l'Association nationale mongole des personnes en fauteuil roulant. Une étude réalisée par l'Association a ainsi révélé que 22 pour cent des personnes handicapées avaient été forcées à recourir à la contraception par des membres de leur famille ou des prestataires de santé.

Refuser la contraception peut avoir des conséquences. Les femmes atteintes d'un handicap intellectuel se voient souvent refuser leurs allocations ou la prolongation de leur statut d'invalidité si elles n'ont pas reçu les doses requises de contraceptifs injectables, précise Mme Banzgarch.

Les personnes handicapées et leur tuteur reçoivent parfois peu, voire pas du tout d'explications, indique Iliza Azyei, représentante adjointe de l'UNFPA en Mongolie, qui a collaboré avec des militants et le ministère de la Santé pour soulever ces questions.

Elle évoque ainsi l'histoire d'une jeune fille : « Dès qu'elle a eu 16 ans, le médecin chargé de la santé publique est venu chez elle et a commencé à lui administrer des contraceptifs injectables tous les trimestres. » Mme Azyei a demandé à la mère de la jeune fille si elle avait contesté ce qui se passait. Celle-ci a répondu « Non, je fais confiance à mon médecin. »

Il y a néanmoins des raisons d'être optimiste.

« Du point de vue du plaidoyer, les politiques et le cadre juridique ont progressé », affirme Kiama, en évoquant la loi sur le handicap adoptée au Kenya en 2003, la Constitution du pays, la ratification des conventions internationales relatives aux droits des personnes handicapées, et la prise en compte croissante de l'accessibilité dans les normes de construction.

La Mongolie a également enregistré des avancées. Une étude menée en 2015 sur le respect des droits fondamentaux dans le pays a mis en lumière des violations des droits des personnes handicapées en matière de santé reproductive. Le Gouvernement « a immédiatement procédé à la révision de l'arrêté ministériel sur la santé afin que des services de santé sexuelle et reproductive soient dispensés aux femmes, y compris aux femmes handicapées », explique Mme Azyei.

« L'évolution des politiques n'est qu'une étape, ajoute-t-elle. Mais comment modifier les pratiques en vigueur ? »

Les experts s'accordent à dire que, pour y parvenir, les mentalités doivent évoluer également. « Les femmes handicapées ont le droit de tomber amoureuses, d'avoir un bébé, de bénéficier de services et de vivre leur vie », insiste Mme Azyei.

Les personnes handicapées doivent être protégées des abus sexuels, mais par des mesures qui tendent à favoriser – et non pas réduire – leur autonomie corporelle. Il faut également leur donner les moyens de revendiquer leurs droits.

« En tant que personnes handicapées, on a l'impression d'avoir besoin qu'on nous prenne par la main et de devoir demander la permission », déplore Kiama. Cependant, elle observe une évolution au sein de la jeune génération de personnes handicapées. « On voit de plus en plus de jeunes femmes qui occupent l'espace et utilisent les médias sociaux à des fins de plaidoyer. Elles défendent nos droits en matière de sexualité et de procréation de différentes manières, et c'est extraordinaire. »

Une autre étude menée au Népal a démontré que la pression qui pèse sur les femmes pour concevoir un enfant rapidement après le mariage, la faible autonomie et le manque de connaissances en matière de santé reproductive exposaient fortement les jeunes femmes mariées aux grossesses à haut risque (Maharjan *et al.*, 2019).

Outre le fait qu'il constitue une violation du droit à disposer de son corps, le mariage des enfants porte atteinte à d'autres droits fondamentaux, tels que le droit à l'éducation. Les différences de taux d'éducation entre les filles et les garçons représentent l'un des principaux obstacles à une égalité totale entre les sexes et à l'autonomisation des femmes et des filles. Le mariage des enfants et les grossesses précoces entravent considérablement les perspectives en matière d'éducation et d'emploi ainsi que les autres perspectives économiques pour les filles et les jeunes femmes.

Une vaste étude menée par la Banque mondiale s'est demandé si les femmes mariées dans le monde durant l'enfance avaient un pouvoir décisionnel moindre que les autres au sein de leur mariage et s'est notamment intéressée au recours aux services de santé reproductive et à la contraception. Cette étude a révélé que la variable la plus importante était le nombre d'années de scolarisation, tant en ce qui concernait l'utilisation de contraceptifs que le pouvoir de décision. Elle a également permis de confirmer que le mariage des enfants avait des conséquences sur la santé reproductive et sur le pouvoir décisionnel, principalement en raison de son effet indirect sur le niveau d'études (Wodon *et al.*, 2017). Outre les répercussions économiques pour ces jeunes filles et pour la société dans son ensemble, le raccourcissement de la durée de l'éducation formelle des jeunes filles mariées a également une incidence réelle sur leur santé sexuelle et reproductive et sur leur capacité à exercer leur libre arbitre et à prendre leurs propres décisions.

Les crises humanitaires nuisent à l'autonomie corporelle des femmes

Les données factuelles issues des crises humanitaires du monde entier montrent que l'effondrement des réseaux familiaux, sociaux et juridiques accroît le risque de violence sexuelle, ainsi que le risque de renforcer l'idée largement répandue qu'il faut protéger l'« honneur » des filles et des femmes, et donc de leur famille. Cette crainte de « compromettre » l'honneur de la famille peut considérablement influer sur la décision de marier les filles de la famille a un âge précoce, ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de mariages d'enfants et de mariages forcés. La crainte de violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles se révèle être l'une des principales raisons qui poussent les familles à fuir leur domicile dans les situations d'urgence et à marier leurs filles à un âge précoce dans l'espoir qu'elles seront ainsi protégées (Conseil des droits de l'homme de l'ONU [CDH], 2019).

Dans les pays où le mariage des enfants est fortement répandu, les filles déplacées ou frappées par la crise comptent parmi les populations les plus vulnérables. Le Niger présente par exemple le taux de mariages d'enfants le plus fort au monde, où 76 pour cent des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans. Toutefois, ce taux est encore plus élevé dans les régions densément peuplées qui reçoivent une assistance humanitaire, à l'image du Maradi, où il atteint 89 pour cent. Autre exemple : un rapport élaboré par Oxfam a révélé que 70 pour cent des filles vivant dans une ville du nord du Soudan avaient été mariées avant l'âge de 18 ans après une vague de violences dans la région, soit un chiffre bien plus élevé que la moyenne nationale (CDH, 2019).

Les situations de conflit et d'après-conflit sont particulièrement propices à la violence basée sur le genre, y compris aux mariages des enfants et aux mariages forcés. Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs, tels que l'effondrement de l'état

de droit et de la sécurité, l'évolution des rôles traditionnels dévolus aux hommes et aux femmes, la restriction des libertés des femmes et des filles, la culture de l'impunité, la perte de capital économique et social, et même les idéologies extrémistes qui encouragent l'enlèvement de femmes et de filles pour les remettre à des groupes armés (Swaine *et al.*, 2019).

Dans le cas de ces idéologies extrémistes, des acteurs non étatiques armés ont imposé, au cours des dernières années, un ordre social qui considère les femmes comme un instrument ou, à l'inverse, comme une menace. Dans certaines situations, les femmes et les filles ont été contraintes d'épouser des membres de ces groupes et de devenir leurs esclaves sexuelles. Par exemple en Iraq, au début de l'année 2014, des femmes et des filles yézidies ont été mariées de force à des membres de l'État islamique en Iraq et au Levant (EIIL).

L'EIIL en République arabe syrienne, le groupe Boko Haram au Cameroun et au Nigéria et l'organisation Al-Shabaab en Somalie ont enlevé des filles et des femmes afin de les violer, de les vendre et de les marier de force. L'exploitation idéologique des mariages d'enfants et des mariages forcés a été signalée en Libye, au Mali, en République centrafricaine et en Somalie, tandis que des groupes criminels armés et organisés en Malaisie et au Nigéria se seraient servis des mariages d'enfants et des mariages forcés pour s'adonner à l'exploitation sexuelle et à la traite d'êtres humains (CDH, 2019).

Bien que de nombreux éléments de preuve attestent de l'augmentation de la violence basée sur le genre dans les situations de conflit et de déplacement, on dispose de moins de données factuelles sur les conséquences des crises sur le pouvoir décisionnel des femmes en ce qui concerne les relations sexuelles. En dépit du fait que les crises engendrent souvent une détérioration des services publics, certaines données suggèrent un renforcement de la capacité des femmes à accéder à des soins de santé et à recourir à la contraception durant ces périodes. Cette capacité accrue s'explique en partie par la moindre emprise des normes communautaires sexistes dans les contextes touchés par une crise, qui offre aux femmes une plus grande latitude pour prendre leurs propres décisions.

Dans les pays en situation de crise, tels que l'Érythrée ou le Libéria, la dissolution progressive des normes communautaires a non seulement renforcé l'autonomie de certaines femmes, mais leur a également donné une plus grande liberté d'expression et autorité décisionnelle au sein de leur foyer. Ce phénomène s'observe également dans les régions touchées par une catastrophe naturelle, telle que la sécheresse, dans lesquelles davantage de femmes choisissent de recourir à la contraception. La mise à disposition fréquente d'informations et de services relatifs à la contraception dans les camps de réfugiés peut également expliquer pourquoi les femmes ont un pouvoir décisionnel accru en ce qui concerne leur santé (UNFPA, 2019). Néanmoins, pendant et après les crises, les inégalités de genre et la discrimination peuvent aggraver les difficultés auxquelles les femmes et les filles font face pour protéger leur autonomie corporelle et leur intégrité physique. Bon nombre d'entre elles sont ainsi confrontées à une plus grande insécurité, à une réduction de leur mobilité, à la violence basée sur le genre et à des pratiques néfastes, y compris les mutilations génitales féminines (CICR, 2020).

Les programmes visant à prévenir les mutilations génitales féminines ou à y mettre un terme sont souvent absents des plans d'intervention humanitaire. Au début de la pandémie de COVID-19, par exemple, la majorité des pays dans lesquels la mutilation génitale féminine est pratiquée n'ont pas donné la priorité à l'élimination de cette pratique dans leur plan national d'intervention humanitaire (UNFPA et UNICEF, 2020). Pourtant, plusieurs évaluations indiquent une hausse du risque que les filles soient victimes de cette pratique : une évaluation de l'UNFPA réalisée

en Somalie a révélé que 31 pour cent des membres de la communauté interrogés avaient observé une augmentation de cette pratique néfaste depuis le début de la pandémie (UNFPA, estimations de 2020). D'après une étude menée en septembre 2020 par Save the Children dans le camp de réfugiés de Dadaab au Kenya, qui s'est intéressée aux conséquences de la pandémie de COVID-19, 75 pour cent des agents de protection de l'enfance ont signalé une hausse de 20 pour cent des mutilations génitales féminines (Save the Children, 2020).

Dans les pays tels que l'Éthiopie, le Kenya, le Nigéria et le Soudan, certaines sources indiquent également une hausse du risque que les filles subissent cette pratique en vue de leur mariage, ce qui suggère une stratégie d'adaptation négative aux répercussions économiques et à la fermeture des écoles (UNFPA et UNICEF, 2020).

Selon les estimations de l'UNFPA, la pandémie pourrait engendrer deux millions de mutilations génitales féminines supplémentaires qui, sans cette crise, auraient été évitées, soit une diminution d'un tiers des progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif de développement durable (cible 5.3) visant à mettre un terme aux mutilations génitales féminines d'ici 2030 (UNFPA, 2020b).

Illustration de Tyler Spangler

Les crimes d'honneur : une privation absolue du droit de disposer de son corps

Les crimes d'honneur sont commis dans les communautés où l'« honneur » de la famille est considéré comme plus important que la vie d'une personne, généralement celle d'une femme qui n'a pas respecté certaines normes ou certains codes supposés (Gibbs *et al.*, 2019).

Les motifs de ces crimes d'honneur sont divers et comprennent la séparation d'un époux ayant payé le « prix de la fiancée », le refus de participer à un mariage arrangé, une relation avec une personne d'une confession, d'une caste ou d'un groupe ethnique différents, un rapport sexuel avant le mariage ou une relation sexuelle extraconjugale, ou encore

La sexualité des femmes vue comme une **menace**

Les motifs religieux, culturels et traditionnels comptent parmi les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer les mutilations génitales féminines. Pourtant, presque chacun sait que cette pratique engendre une atténuation du désir sexuel, et cette diminution constitue en réalité l'une des principales raisons à l'origine de ces mutilations. De nombreux partisans des mutilations génitales féminines affirment qu'une sexualité non contrôlée représente en quelque sorte une menace pour la chasteté, l'honneur et la vertu (Berg et Denison, 2013).

D'après des spécialistes, les discussions ouvertes sur la sexualité des femmes, l'intégrité physique et l'autonomie corporelle peuvent être un moyen inattendu de lutter contre cette pratique.

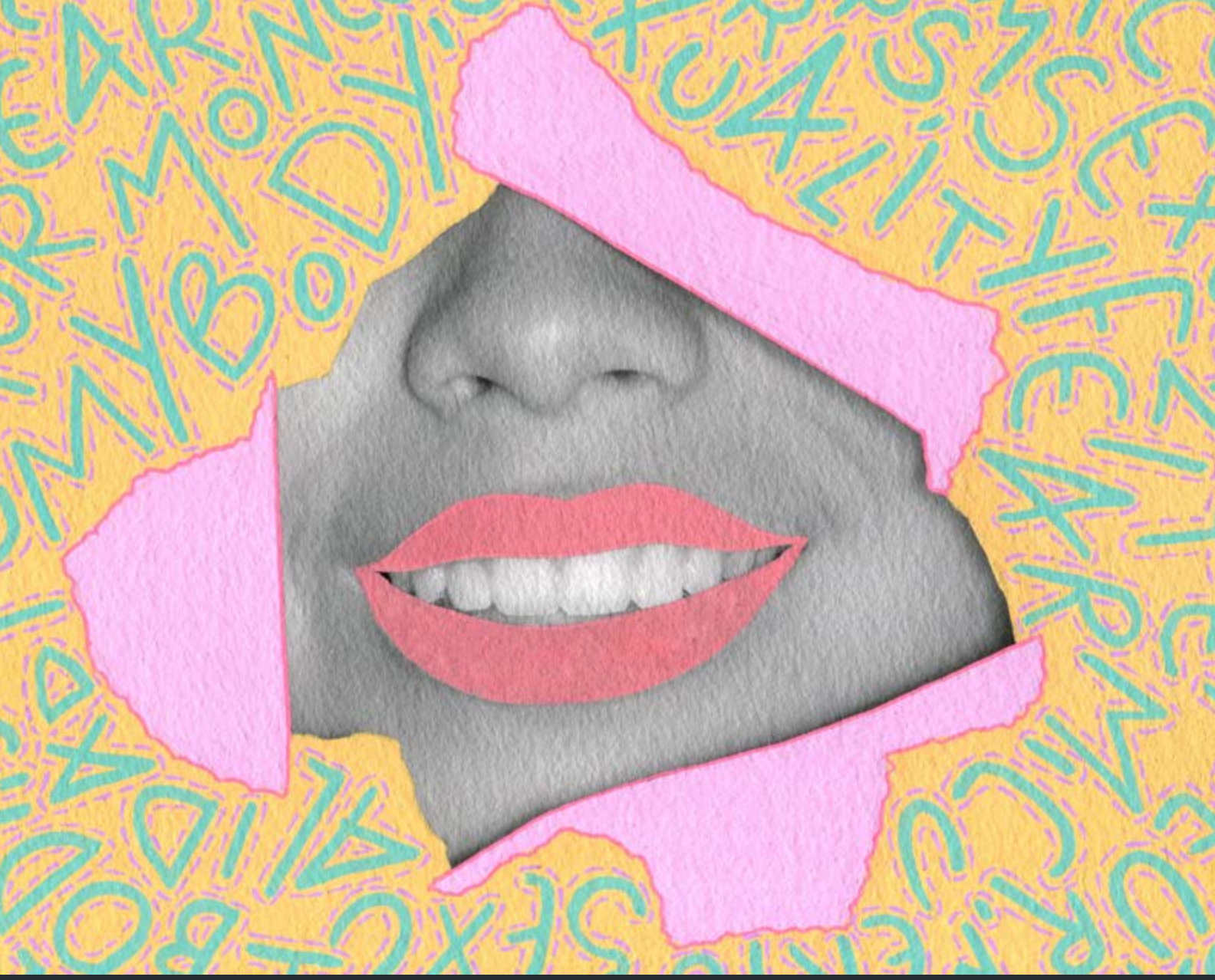
Par le passé, les interventions visant à mettre fin aux mutilations génitales féminines ont surtout porté sur la sensibilisation aux blessures physiques engendrées par cette pratique, en particulier le risque d'hémorragie, de septicémie, de complications à l'accouchement, voire de décès. Les communautés conservatrices, au sein desquelles la sexualité des femmes est un sujet tabou, sont généralement plus sensibles aux préjudices physiques. Toutefois, en mettant exclusivement l'accent sur ceux-ci, on risque involontairement d'encourager la médicalisation de cette pratique ou la pratique d'autres types d'ablation, plutôt que son abandon total (Powell et Yussuf, 2021).

Aborder ouvertement les préjudices sexuels causés par la mutilation génitale féminine a permis à Wafaa Benjamin Basta, gynécologue-obstétricienne en Égypte, de convaincre certains parents de refuser cette pratique. Le fait d'expliquer clairement les préjudices, tels que l'incapacité à avoir un orgasme, la douleur pendant les rapports sexuels, et l'aversion pour le sexe engendrée par l'état de stress post-traumatique, a été un facteur de dissuasion efficace, en particulier « si la mère a été traumatisée par une mutilation génitale qu'elle a elle-même subie durant l'enfance ou a rencontré des difficultés dans sa vie de couple à cause de l'excision », selon Dre Basta.

Elle évoque avec simplicité les répercussions sociales et psychologiques auxquelles les femmes peuvent être confrontées. « [Ces mutilations peuvent] avoir une incidence sur leur santé mentale, leur bien-être social et leur relation avec leur partenaire, ce qui peut avoir des conséquences notables sur la notion de famille elle-même. »

C'est, entre autres, en sa qualité de médecin que Dre Basta est à même d'engager ces discussions franches et ouvertes. « Un lien se crée entre les patients et le médecin », explique-t-elle. Cependant, la reconnaissance croissante des droits des femmes et de leur autonomisation en Égypte

« Les mentalités évoluent, en particulier parmi les nouvelles générations. »



Les mutilations génitales féminines ne se limitent pas à une question sanitaire. Elles engagent également des débats autour de la sexualité. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo : Hana Lopez (Unsplash).

joue un rôle encore plus fondamental. « Les mentalités évoluent, en particulier parmi les nouvelles générations. »

Plus les craintes liées à la sexualité féminine se dissipent et le bien-être sexuel est pris en compte dans le cadre de la santé psychologique et sociale, plus il est aisé de repenser la pratique des mutilations génitales féminines.

Dre Basta signale que ses observations se limitent aux conversations confidentielles qu'elle peut avoir avec ses patients, et que la facilité à aborder ces sujets varie d'une communauté à une autre et d'un médecin à un autre.

Elle a cependant constaté d'importants progrès ces dernières années, et se montre optimiste quant à l'avenir en ce qui concerne l'élimination des mutilations génitales féminines, mais également la promotion de la santé et du bien-être sexuels des femmes. « Il n'y a pas de honte à parler de ces sujets », conclut-elle.

le fait d'avoir subi un viol ou une agression ou d'être identifié(e) comme homosexuel(le) (Selby, 2016).

Bien que les femmes et les hommes puissent tous deux commettre un crime d'honneur ou en être les victimes, le « code d'honneur » varie selon le genre. Les femmes, par exemple, sont soumises à des normes plus strictes en matière de chasteté, tandis qu'il est du devoir des hommes de se livrer à des actes violents pour protéger leur honneur ou celui de leur famille. Le code d'honneur demeure en tout état de cause une composante du système social patriarcal qui assujettit les femmes aux hommes. De ce fait, les femmes sont les principales victimes de ces crimes d'honneur. Bien qu'il soit impossible de déterminer la prévalence exacte de ces meurtres, on estime que 5 000 crimes d'honneur sont commis chaque année, dont la plupart au Moyen-Orient et en Asie du Sud (Gibbs *et al.*, 2019). On notera que près de 58 pour cent des femmes victimes de ces crimes ont été tuées par un partenaire intime ou un membre de leur famille, et que 137 femmes sont assassinées chaque jour (OMS, 2013). La pandémie de COVID-19 a exacerbé cette situation, si bien qu'on qualifie désormais cette vague de violences commises à l'égard des femmes de « pandémie fantôme ».

Viol conjugal et lois autorisant l'auteur d'un viol à épouser sa victime

Il apparaît clairement que les points de données choisis pour l'indicateur 5.6.1 ne mesurent pas précisément toutes les répercussions négatives du système matrimonial patriarcal sur le libre arbitre des femmes. Néanmoins, on observe un lien direct avec la capacité des femmes à refuser un rapport sexuel à son mari ou son partenaire. Quelles que soient les dynamiques interpersonnelles au sein du mariage, dans certains pays, la loi autorise les hommes à avoir un rapport sexuel avec leur femme, qu'elle le désire ou non, et même à épouser, sans son consentement, la femme qu'ils ont violée pour échapper à une condamnation. Qu'une femme ait été mariée de force ou qu'elle ait conclu un mariage de son plein gré, les normes patriarcales traditionnelles soutiennent qu'une fois que le mariage a été célébré, le corps de l'épouse « appartient » à son mari, lequel peut avoir un rapport sexuel avec celle-ci dès qu'il le désire. Le viol conjugal n'a été reconnu et considéré comme une très grave violation des droits fondamentaux qu'au cours des dernières décennies. Les victimes de viol conjugal subissent les mêmes préjudices que toutes les autres victimes de viol, à savoir des séquelles psychologiques et des blessures physiques causées par le rapport sexuel forcé, des grossesses non désirées, des fausses couches et des infections sexuellement transmissibles (Yllö et Torres, 2016).

Cette violation des droits fondamentaux a des répercussions considérables sur la santé reproductive. La pénétration vaginale forcée et les lésions associées augmentent le risque de transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et facilitent la pénétration des virus dans l'organisme (Jewkes *et al.*, 2011). Les femmes qui subissent des violences au sein de leur mariage sont une fois et demie à trois fois plus susceptibles d'être séropositives et ont deux à quatre fois plus de risque de contracter une infection sexuelle transmissible (OMS, 2015).

Les diverses pratiques renforçant le contrôle exercé par les hommes sont intrinsèquement liées à celles qui privent les femmes du droit de disposer de leur corps. Des études ont par exemple mis en évidence le lien étroit entre le viol conjugal et le mariage des enfants. Une étude réalisée en 2011 a démontré qu'en Ouganda, la plupart des victimes de viol conjugal étaient des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dont le mari, plus âgé, avait payé le « prix de la fiancée » pour acheter son épouse (Hague *et al.*, 2011).

À l'heure actuelle, 43 pays ne disposent d'aucune loi sur le viol conjugal. Même dans les pays qui reconnaissent le viol conjugal, les sanctions prévues en cas de rapport sexuel non consenti au sein du mariage

sont parfois bien moins sévères que dans d'autres cas. Comparant le mariage à un moyen d'échapper à la prison, une étude réalisée en 2020 a révélé que sur les 54 pays que compte le Commonwealth, 35 appliquaient toujours une forme d'exception conjugale pour les crimes sexuels (Richardson, 2020).

Dans certains pays et territoires, la loi considère parfois le mariage comme un « remède » au viol en permettant aux violeurs d'épouser leur victime pour échapper aux sanctions. En Algérie, en Angola, au Bahreïn, en Bolivie, au Cameroun, en Érythrée, en Fédération de Russie, à Gaza, en Guinée équatoriale, en Iraq, au Koweït, en Libye, aux Philippines, en République dominicaine, en Serbie, en Syrie, au Tadjikistan, en Thaïlande, aux Tonga et au Venezuela, la loi permet d'annuler la condamnation d'un agresseur si celui-ci épouse la femme qu'il a violée (Equality Now, 2020).

En 2017, l'ONG Equality Now a entrepris d'analyser attentivement les lois autorisant les auteurs de viol à épouser leur victime. Cet examen a notamment révélé qu'en Iraq, les poursuites engagées à l'encontre de l'agresseur, ainsi que l'enquête en cours ou l'affaire judiciaire, étaient abandonnées si celui-ci épousait sa victime. Si le jugement a déjà été prononcé, la peine est annulée, mais peut être rétablie en cas de divorce dans les trois ans qui suivent. Au Koweït, si l'agresseur marie légalement sa victime avec l'autorisation de son tuteur, et que son tuteur demande à ce que l'agresseur ne soit pas puni, celui-ci échappe aux condamnations. En Russie, lorsque l'agresseur a 18 ans ou plus et a violé une mineure de moins de 16 ans, il est exempté de peine s'il épouse sa victime. En Serbie, le « concubinage avec un mineur » est interdit. Néanmoins, « si le mariage est conclu, les poursuites ne sont pas engagées et sont abandonnées dans le cas où elles auraient été engagées ». En Thaïlande, le mariage est parfois considéré comme un moyen de régler un viol commis sur une mineure si l'agresseur a plus de 18 ans et que la victime a plus de 15 ans, qu'elle a « consenti » à l'agression et que le juge autorise le mariage (Equality Now, 2017).

Les lois et les pratiques matrimoniales qui soumettent les femmes et les privent de leur libre arbitre sont monnaie courante et difficiles à éradiquer. Toutefois, elles sont loin d'être les seuls moyens par lesquels les systèmes patriarcaux renforcent la domination masculine et restreignent la sexualité des femmes.

Mutilations génitales féminines

Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (OMS, 2020, données réelles).

Elles représentent une violation des droits fondamentaux des femmes et des filles et constituent une forme extrême de discrimination et de violence visant exclusivement les filles et les femmes. Les mutilations sexuelles féminines s'inscrivent dans les pratiques patriarcales au sens large. Elles reposent sur les inégalités de genre et visent à contrôler la sexualité des femmes et des filles, leur corps et leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.

Cette pratique prive les femmes et les filles de nombreux droits, tels que le droit à l'intégrité physique et mentale, le droit de ne pas subir de violence, le droit de prendre soin de leur santé dans les meilleures conditions, le droit de ne pas être victime de discriminations sexistes et le droit de ne pas être soumise à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, entre autres. Pourtant, plus de 200 millions de femmes et de filles doivent vivre avec les conséquences des mutilations génitales féminines, et au moins quatre millions de filles sont exposées au risque de subir cette pratique chaque année (UNFPA, 2020c ; UNICEF, 2020, données réelles).

L'importance d'une communauté soudée

Daniyar s'est rendu compte qu'il était transgenre à l'âge de 7 ans, mais il s'est cru seul pendant des années. « Vers 15-16 ans, j'ai fait une grave dépression. Je ne m'acceptais pas...Je ne savais pas qu'il existait des communautés et des organisations LGBTI au Kirghizistan. » Ce n'est que lorsque quelqu'un l'a informé de l'existence d'un groupe LGBTI local qu'il s'est senti armé pour reprendre le contrôle de son corps et de sa vie. « Je me suis senti dans mon élément, explique-t-il. Avant ça, j'avais l'impression de vivre dans un corps qui n'était pas le mien. Mais j'ai entendu parler des personnes transgenres, j'ai commencé à me renseigner à ce sujet, et c'est là que j'ai entamé ma transition. »

À maintenant 23 ans, Daniyar sait que ce qu'il a vécu est loin d'être une expérience unique. En effet, défenseurs et chercheurs étudient depuis longtemps par quels moyens créatifs et collectifs certaines personnes se réunissent pour revendiquer leur autonomie corporelle lorsque celle-ci est menacée. Les personnes LGBTI sont ainsi parvenues à créer des espaces d'entraide sûrs, y compris dans les environnements les plus liberticides de la planète. Et ce n'est qu'un exemple parmi d'autres. Les professionnel(le)s du sexe se rencontrent pour partager des informations concernant des clients violents. Les femmes s'entraident pour dissimuler des contraceptifs, fuir un partenaire violent ou interrompre une grossesse non désirée dans les pays où l'avortement est difficilement accessible ou illégal. Lorsque c'est possible, ces réseaux informels tendent à prendre la forme plus officielle de groupes de plaidoyer, véritables moteurs de changement.

C'est ce qui se passe au Kirghizistan, témoigne Ayim, jeune femme transgenre de 24 ans. Elle aussi s'est sentie isolée pendant des années avant de découvrir l'acceptation et la solidarité au sein de la communauté LGBTI. « Je portais les jupes de ma mère. Elle se moquait de moi et me méprisait en même temps...Quand j'ai démarré mes études à l'université, j'ai pris conscience que je devais révéler qui j'étais ; que si je dissimulais mon identité toute ma vie, je serais prise au piège. En 2016, j'ai commencé à réellement lier connaissance avec les personnes de la communauté LGBTI. »

« On a des problèmes communs et on sait comment s'entraider. »

Ayim évoque son sentiment d'isolement avant son intégration au sein de la communauté LGBTI. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; avec l'aimable autorisation d'Ayim.

Aujourd'hui, Daniyar et Ayim sont tous deux militants LGBTI. Ils travaillent avec une organisation non gouvernementale locale, Kyrgyz Indigo, pour proposer aux personnes LGBTI qui en ont besoin des services d'aide au logement et d'accès aux soins et aux informations en matière de santé, entre autres. Ce soutien est indispensable dans un pays où les personnes LGBTI sont souvent victimes de discriminations. Selon eux, les personnes transgenres sont particulièrement vulnérables et connaissent un taux de chômage élevé, en partie parce qu'elles ne peuvent pas modifier leurs papiers d'identité afin qu'ils correspondent à leur identité de genre. « Les derniers amendements

apportés à la législation interdisent aux citoyens de modifier leur passeport pour changer la mention de leur genre », explique Daniyar. Il existe par ailleurs très peu de médecins spécialistes qui accompagnent la transition des personnes transgenres, ce qui rend ce processus extrêmement coûteux. « Beaucoup sacrifient leur alimentation ou leur sommeil [en travaillant jour et nuit] afin de pouvoir économiser pour l'intervention chirurgicale qui leur permettra de remodeler leur corps. »

La menace de violences plane constamment au-dessus de leur tête. Tous deux ont déjà été menacés, et certains de leurs amis ont subi des agressions. « Il y a beaucoup d'histoires similaires, confie Daniyar. Ces personnes sont passées à tabac ou emmenées quelque part, dans les montagnes, à l'extérieur de la ville…Elles sont battues à mort ou quasiment, puis abandonnées dans un terrain vague. »

En dépit des risques, ils sont motivés par une connaissance intime des batailles livrées au sein de leur communauté. « On a des problèmes communs et on sait comment s'entraider, explique Ayim. On reste soudés. » De toute façon, exprimer sa véritable identité de genre n'est pas négociable, selon eux. C'est une question de vie ou de mort. Si les personnes transgenres étaient obligées de se cacher complètement, « je pense qu'il y aurait de nombreux suicides », analyse Daniyar. Ou alors, elles « fuiraient le Kirghizistan et deviendraient des réfugiés, parce que vivre dans un corps qui n'est pas le sien, c'est terrible », renchérit Ayim.

Les conditions de vie de la communauté ont empiré dans le contexte de la pandémie de COVID-19, car de nombreuses personnes ayant perdu leur emploi se sont retrouvées sans abri, confrontées à la faim ou incapables de se payer leurs médicaments. Kyrgyz Indigo a fourni de la nourriture et des produits essentiels (notamment savon, papier toilette et protections périodiques) à ceux qui en avaient besoin, afin de permettre aux personnes transgenres de poursuivre leur traitement hormonal et aux personnes vivant avec le VIH de continuer les antirétroviraux. L'organisation gère également trois refuges depuis le début de la pandémie afin de répondre aux besoins croissants d'hébergement d'urgence.

Ayim et Daniyar sont convaincus que leur expérience est source d'enseignements pour d'autres communautés marginalisées qui s'efforcent de défendre leurs droits et leur autonomie corporelle. En premier lieu, « il faut donner des moyens d'action à la communauté et accroître sa visibilité », conseille Ayim. C'est à Bichkek, la capitale, que les questions LGBTI trouvent une oreille plus attentive, grâce à la présence de groupes militants et d'initiatives déployées là-bas, explique-t-elle.

Toutefois, les militants doivent également être préparés à rencontrer une certaine opposition, et ils doivent se protéger. « Il faut être prêt à faire face à tout type de réactions et agir sans crainte, confie Ayim. Quand on se consacre entièrement au militantisme, à un travail pareil, c'est le burn-out assuré. » Pour elle, le plus important, c'est la confiance en soi : « L'essentiel, c'est de se faire confiance, de faire confiance à son propre pouvoir… N'ayez peur de personne. Parce que vous êtes là, nous sommes là, et ensemble, on peut tous aller plus loin. »

En plus de porter atteinte à leur autonomie et au contrôle de leur vie, les mutilations génitales féminines privent les femmes et les filles de leur droit de prendre leur propre décision sur une intervention qui aura des effets sur leur corps à long terme. Elles les dépossèdent également de leurs capacités, et les séquelles physiques, sexuelles et émotionnelles de cette pratique les empêchent de mener une vie épanouie. Ces répercussions peuvent par la suite nuire à leur bien-être personnel, en particulier à leur satisfaction sexuelle et aux choix dont elles disposent en matière de procréation (Nussbaum, 2000).

Bien que les familles et les communautés invoquent des motifs sociaux, religieux et culturels pour justifier les mutilations génitales féminines, les vraies raisons reposent davantage sur la nécessité de réprimer le désir sexuel des femmes (Gamal *et al.*, 2018). Les mutilations génitales féminines sont directement liées aux rapports de force déséquilibrés entre hommes et femmes, au contrôle social sur les corps et la sexualité des femmes, au statut des femmes et des filles dans la société ainsi qu'à leur niveau d'autonomisation et de libre arbitre (Toubia et Sharief, 2003).

Les femmes vivant dans les communautés qui pratiquent cette intervention sont soumises à un puissant système social et économique patriarcal qui leur laisse très peu de choix en ce qui concerne leurs moyens de subsistance, ainsi que des possibilités de négocier une forme de pouvoir, même limitée, extrêmement restreintes (Toubia et Sharief, 2003). Ce manque de choix en ce qui concerne leur propre vie signifie que laisser ses propres filles subir une mutilation génitale féminine et respecter les autres normes sociales, notamment celles qui concernent la sexualité et l'enjeu économique que représente la procréation, constitue un prérequis essentiel à ces « négociations de pouvoir silencieuses » (Toubia et Sharief, 2003).

Certaines femmes encouragent et pratiquent cette intervention, car elles s'en servent comme un moyen d'obtenir davantage de pouvoir (MIGS, 2015). D'autres renoncent même à leur droit de disposer de leur corps afin d'assurer leur inclusion sociale et leur survie économique (mariage) et de bénéficier d'autres libertés (MIGS, 2015 ; Toubia et Sharief, 2003).

Pas d'égalité des sexes sans contrôle sur son propre corps

Le mariage d'enfants, le mariage forcé, le viol conjugal et les mutilations génitales féminines comptent parmi les exemples les plus frappants du lien qui existe entre les normes sexistes et l'érosion du pouvoir d'une femme ou d'une fille à prendre des décisions de façon autonome. De nombreux autres facteurs portent atteinte à ce pouvoir : systèmes judiciaires et économiques qui refusent l'indépendance financière des femmes, traditions de succession patrilinéaires, systèmes éducatifs qui ne permettent pas aux filles d'acquérir les connaissances dont elles ont besoin au sujet de leur corps et de leurs droits, etc.

Il est complexe et difficile de lever les nombreux obstacles socioéconomiques et institutionnels à l'équité et l'égalité totales entre les sexes. De plus, les éventuelles réussites dans ce domaine n'ont que peu d'effets si elles n'accordent pas aux intéressées le droit le plus fondamental, à savoir, celui de contrôler leur propre corps. Ce constat est désormais admis dans le monde entier dans le cadre des objectifs de développement durable, lesquels reconnaissent que l'objectif 5 (parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) doit inclure l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de procréation. En outre, l'un des indicateurs de réussite est la proportion de femmes prenant elles-mêmes des décisions éclairées en matière de sexualité et de procréation ; autrement dit, le degré de contrôle exercé par les femmes sur leur propre corps.

Illustration de Hülya Özdemir

MON CORPS, MES DROITS

Les déclarations et traités internationaux : des références en matière de droits à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique

Les gens ont-ils le droit de prendre des décisions concernant leurs propres soins de santé, y compris en matière de santé reproductive ? Ce droit inclut-il les choix relatifs à la contraception ? Une femme a-t-elle le droit de refuser – ou d'accepter – une relation sexuelle, lorsqu'elle le souhaite et avec qui elle le souhaite ?

Selon le droit international des droits de la personne, la réponse à ces questions est un « oui » catégorique.

Bien que les droits fondamentaux reposent, entre autres, sur l'autonomie corporelle, ce concept est rarement présenté comme un droit en tant que tel (Assemblée générale des Nations Unies, 2007). En fait, l'autonomie corporelle constitue la base ou fait partie intégrante d'un certain nombre de droits énoncés dans des traités et des accords internationaux.

L'autonomie corporelle dans les domaines de la sexualité et de la procréation englobe des droits qui permettent aux personnes de faire des choix et de prendre des décisions éclairées concernant leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, et ce sans subir de discrimination, de coercition ou de violence. Ces droits ont été définis pour la première fois dans le Programme d'action de la CIPD en 1994, puis dans le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995 (Nations Unies, 1995 ; UNFPA, 1994).

Selon le traité ou l'accord en question, la notion d'« autonomie » en matière de sexualité, de santé reproductive et de prise de décisions peut comprendre l'accès à une éducation complète à la sexualité, à des informations et des services relatifs à la contraception, à des soins de santé maternelle, au traitement de la stérilité, à des interventions d'affirmation du genre (traitements hormonaux et chirurgicaux, notamment) et à des soins complets liés à l'avortement.

L'autonomie touche également à des questions d'état civil : mariage, divorce, capacité juridique à prendre des décisions concernant son propre corps, possibilité d'exprimer son identité de genre, etc.

Les droits à l'*autonomie* corporelle se situent dans la lignée des droits à l'*intégrité* physique, eux-mêmes intimement liés à la liberté et à la sécurité des personnes, ainsi qu'au droit de ne pas être soumis à la torture, à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou encore à l'inviolabilité du corps et de l'esprit humains. Dans le contexte de la procréation et de la sexualité, les atteintes à l'intégrité physique comprennent des pratiques telles que les mutilations génitales féminines, les tests de virginité et examens anaux punitifs, ainsi que le viol, y compris par un conjoint ou partenaire, et d'autres formes de violence basée sur le genre.

Les droits relatifs à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique donnent aux personnes le pouvoir de prendre elles-mêmes leurs décisions dans les domaines de la procréation et de la sexualité. Les États affirment et réglementent ces droits à travers des politiques et des législations qui définissent la « capacité juridique » ou déterminent l'âge légal de la majorité sexuelle, du mariage ou de l'accès à des services comme la contraception.

Les droits qui concernent l'autonomie sont interdépendants et complémentaires, indépendamment de la manière dont ils sont présentés, qu'il s'agisse du « droit à [l']intégrité physique et mentale » (Union européenne, 2012, article 3.1), des « droits à la vie, à l'intégrité physique et mentale, à la liberté et à la sécurité de la personne » (Assemblée générale des Nations Unies, 2007a, article 7.1), du droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, du droit à la dignité et au respect de la vie privée, ou encore du droit à la santé tel qu'énoncé dans de nombreuses constitutions nationales (Viens, 2020).

Autonomie corporelle et décisions concernant la procréation

Le droit international des droits de la personne affirme explicitement le droit à l'accès à l'information et aux moyens permettant de prendre des décisions ayant trait à la maternité. Au titre de l'article 16.1(e) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les États parties sont tenus de défendre les droits des femmes « de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits » (Assemblée générale des Nations Unies, 1979).

La Convention relative aux droits des personnes handicapées stipule que le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances s'applique aux personnes handicapées (Assemblée générale des Nations Unies, 2007). On retrouve également le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, plus précisément dans son protocole relatif aux droits de la femme en Afrique, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo (Union africaine, 2003). Des dispositions similaires ont également été prises dans le Programme d'action de la CIPD et dans la Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing.

Autonomie corporelle et santé

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, le droit de prendre des décisions par soi-même, de solliciter et d'obtenir des informations et d'accéder à des services en matière de reproduction et de sexualité est reconnu et inclus dans le droit à la santé (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016).

Droits fondamentaux et dispositif conventionnel des Nations Unies

Les droits de la personne sont des garanties fondamentales que la communauté internationale reconnaît et est tenue de respecter. Ceux-ci englobent les droits civils, les droits politiques, les droits sociaux, les droits économiques et les droits culturels, énoncent différentes autorisations et interdictions pour les gouvernements et prévoient les mesures qu'ils devraient prendre pour chacun d'entre nous, sans discrimination. Toute personne, quels que soient son sexe, son genre, son origine ou appartenance ethnique, sa religion, sa nationalité, sa langue, son handicap, son lieu de résidence ou toute autre condition, bénéficie de ces droits.

Les droits fondamentaux sont souvent reconnus et garantis par des instruments juridiques, tels que les traités, le droit international coutumier, les principes généraux et les autres sources de droit international (HCDH, n.d.).

Les Nations Unies se chargent de surveiller l'application de ces traités relatifs aux droits fondamentaux par l'intermédiaire des comités de surveillance de l'application des traités, connus sous le nom d'« organes conventionnels », qui veillent à ce que les États parties respectent leurs engagements pris au titre de chaque traité. Par exemple, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies surveille les progrès réalisés dans les pays signataires de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979. Il formule également des recommandations sur les questions auxquelles les États parties devraient, selon lui, s'intéresser davantage.

Des organes semblables ont été créés afin de surveiller les progrès accomplis en matière de respect des obligations qui incombent aux États parties au titre d'autres traités, tels que la Convention relative aux droits de l'enfant.

Les organes conventionnels peuvent formuler des recommandations non contraignantes, ou des observations finales, lesquelles comprennent des mesures à prendre par les pays pour mieux respecter leurs obligations en matière de droits fondamentaux. Ils peuvent en outre publier des observations ou des recommandations générales afin d'aider les gouvernements à comprendre les obligations qui les lient aux traités et de proposer une interprétation faisant autorité quant à leur signification. Dans certains cas, les organes conventionnels peuvent faire office de tribunaux et rendre des avis devant permettre de régler les litiges et de trancher les questions de droit.

Les normes relatives aux droits fondamentaux émanent également d'accords politiques consensuels tels que le Programme d'action de la CIPD et celui de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995. Ces accords, ainsi que les objectifs de développement durable des Nations Unies, définissent des politiques et des cibles mondiales en vue de la réalisation des droits, notamment des droits en matière de sexualité et de reproduction.

Illustration de Kaisei Nanke

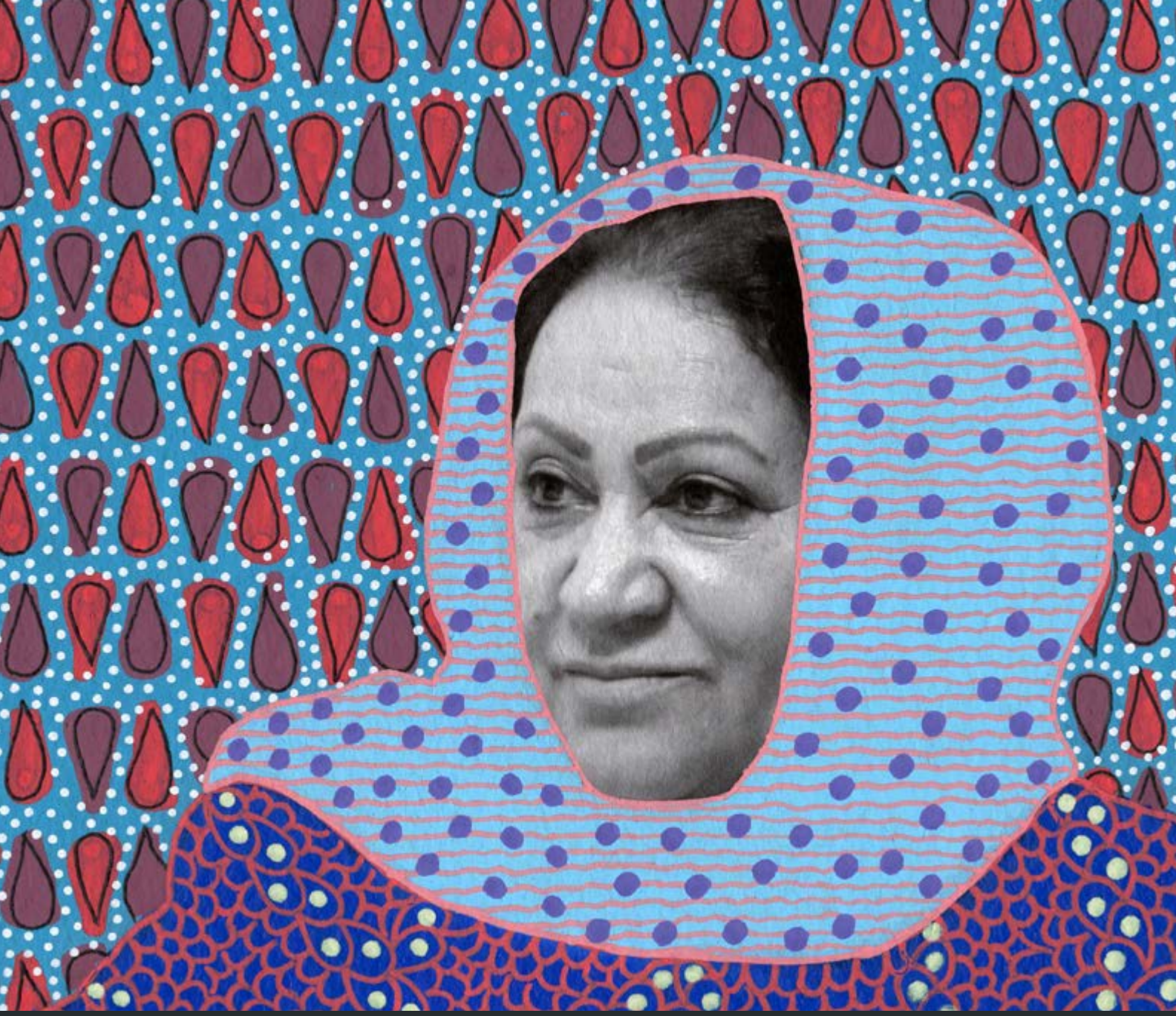
Premièrement, ne pas nuire

Les tests de virginité violent les droits fondamentaux et la dignité des personnes, comme l'ont résolument affirmé les Nations Unies. Pratiqués sans consentement, ils constituent une forme de torture et de violence sexuelle. En outre, ils n'ont aucun fondement scientifique et enfreignent la déontologie médicale (OMS *et al.*, 2018). Cependant, ils restent en vigueur partout sur la planète. La poursuite de cette pratique a récemment fait la une des journaux au Royaume-Uni, par exemple, où une loi visant à l'interdire est en cours d'examen. Les tests de virginité sont utilisés pour contraindre ou encourager les femmes et les jeunes filles non mariées à l'abstinence, sous prétexte de préserver leur « pureté » et l'« honneur » de leur famille, de prévenir la transmission du VIH, ou encore d'éviter les grossesses chez les adolescentes (Olson et García-Moreno, 2017). Pourtant, bon nombre des défenseurs de cette pratique se prévalent d'arguments féministes pour justifier sa perpétuation.

Un test de virginité, également appelé inspection de l'hymen ou « test des deux doigts », consiste généralement à examiner l'hymen, une fine membrane souvent (mais pas systématiquement) présente dans le vagin. Ce test repose sur le présupposé selon lequel les caractéristiques de l'hymen ou du vagin permettraient de déterminer si une femme ou une jeune fille a déjà eu un rapport vaginal, une croyance totalement discréditée par de nombreuses études médicales. Les examens non scientifiques visant à « prouver » l'existence ou l'absence de relations sexuelles ont pour seul effet de renforcer des normes sociales néfastes et doivent être interdits, selon les experts médicaux et les spécialistes des droits fondamentaux. Ces examens englobent non seulement les tests de virginité, mais également les examens anaux forcés, qui consistent à insérer des doigts ou des objets dans l'anus d'un homme ou d'une femme transgenre, prétendument afin d'obtenir la « preuve » d'un comportement homosexuel. Des tests anaux forcés ont ainsi été signalés dans l'ensemble des États arabes ainsi que dans les régions d'Afrique de l'Est et australe. Ces pratiques n'ont pourtant « aucune valeur médicale » et constituent « une forme de torture ou de mauvais traitements », a déclaré un expert indépendant du Conseil des droits de l'homme des Nations unies dans un rapport publié en 2018 (CDH, 2018).

Les tests de virginité, de même que les examens anaux forcés, sont des procédures invasives, douloureuses et stigmatisantes. Suraya Sobhrang, médecin et ancienne commissaire aux droits de l'homme en Afghanistan, affirme que ces tests étaient généralement prescrits de façon punitive après tout acte

« Il s'agit d'une violation des droits fondamentaux, contraire à la dignité humaine. »



Suraya Sobhrang raconte comment les membres du corps médical et les fonctionnaires de l'appareil judiciaire ont perpétué la pratique des tests de virginité non consentis en Afghanistan. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo : © UNFPA/A. Mohaqqeq.

perçu comme une transgression (le fait de s'asseoir à côté d'une personne du sexe opposé, par exemple), « laquelle constituait un «crime contre la morale» », précise-t-elle.

Cet examen se déroulait souvent dans de mauvaises conditions sanitaires et dans des lieux non privés, et les femmes pouvaient être forcées de s'y soumettre plusieurs fois. « Ces femmes ont été traumatisées… L'une d'entre elles m'a avoué que la deuxième fois, elle avait eu l'impression de vivre un viol. »

Les femmes pouvaient être emprisonnées si leur test de virginité n'était pas concluant. « Après cet examen, certaines femmes se sont immolées par le feu », se remémore Dre Sobhrang. D'autres ont été assassinées par leur famille.

Dre Sobhrang et ses collègues ont plaidé en faveur de l'interdiction, en 2018, des tests de virginité non consentis en Afghanistan. Aujourd'hui, en Afghanistan, les tests de virginité ne peuvent être réalisés que sur décision de justice et avec le consentement de la patiente. Toutefois, cette loi n'est pas toujours respectée, en particulier dans les zones rurales. Par ailleurs, les médecins et les patients qui refusent cette pratique courent toujours le risque de subir des représailles. Mozhgan Azami, spécialiste en médecine légale à Kaboul, se souvient d'une fille qui a refusé l'examen deux fois, malgré la décision judiciaire. « La troisième fois, la justice nous l'a renvoyée en nous disant que si les médecins ne pratiquaient pas l'examen cette fois-ci, ils seraient mis en examen. Après deux heures de discussion, nous avons donc convaincu la fille de se soumettre au test. »

Dre Azami admet que les tests de virginité peuvent « nuire à la santé mentale [des femmes] », en particulier lorsque ceux-ci sont réalisés sous la contrainte. Pourtant, elle défend la pratique de cet examen dans certains cas, lorsque celui-ci est effectué de façon confidentielle, dans le respect de la dignité de la patiente et avec son plein consentement éclairé. Cette position est motivée par des craintes réelles et des constats implacables : dans les régions où les procédures médicales validées scientifiquement, à l'instar des tests ADN, n'existent pas, les tests de virginité constituent l'un des seuls moyens pour les survivantes de prouver le viol. « L'examen de l'hymen est un moyen qui peut permettre à la victime de réclamer justice et de se défendre face aux reproches de la communauté », poursuit Dre Azami.

Dans les régions où la perte de virginité est considérée comme une condamnation à mort, ce test peut également permettre aux femmes d'échapper à des violences si la virginité est établie. « À la nuit de noces, on donne aux époux un tissu ou un papier de couleur blanche qui devra être taché du sang de l'hymen pour prouver que le mariage a été consommé », ajoute Dre Azami. Si « l'époux n'observe aucun signe de perte de virginité, un test de virginité sera effectué… à la demande de la fille », généralement dans l'espoir de montrer que son hymen a bien été déchiré.

Dans certaines communautés, comme dans la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, certaines personnes considèrent le test de virginité comme un moyen de prévenir la grossesse des adolescentes, le VIH et d'autres risques (CDH, 2016). « On considère que le test de virginité permet d'éviter que les "iintsizwa" [hommes plus âgés] agressent sexuellement ou violent les filles, en particulier celles qui sont au lycée », affirme Msingaphansi, dirigeant de la ville d'Umzimkhulu, située dans la province du KwaZulu-Natal. D'après lui, ces tests, dont la plupart sont réalisés par des femmes âgées, rappellent l'importance culturelle de l'abstinence et encouragent ainsi les filles à rejeter les avances de leurs pairs et à retarder le début de l'activité sexuelle. Pour Msingaphansi, ce rituel permet d'autonomiser les filles : « Après le test, on informe les filles de leurs droits », déclare-t-il, ajoutant qu'elles apprennent à détecter les relations au sein desquelles elles risquent d'être exploitées. Pourtant, ces tests sont rarement consentis, et donc illégaux. « Ce sont les parents qui décident », admet une personne pratiquant cet examen dans les districts d'uMgungundlovu et d'uThukela.

En dépit de ces justifications, les tests de virginité alimentent la fausse croyance selon laquelle la vertu d'une femme se mesurerait à sa vie sexuelle, et perpétuent une conception erronée de l'anatomie humaine. Dre Sobhrang souligne que toute crédibilité donnée à ces tests porte inévitablement préjudice aux femmes. « Certaines femmes n'ont pas d'hymen. Et celui-ci est parfois très élastique. J'ai rencontré

une femme qui venait d'avoir son premier bébé, et à l'accouchement, son hymen était toujours intact. [Cet examen] ne constitue donc pas un moyen fiable pour déterminer si une femme a déjà eu une relation sexuelle ou non. »

La médecin explique que si une femme déclare avoir subi un viol, mais que son hymen est toujours intact, elle court le risque d'être emprisonnée pour avoir porté de fausses accusations, tandis que son agresseur reste libre. En outre, le test de virginité ne se substitue pas à l'examen médical d'une survivante d'un viol, qui permet d'évaluer et de soigner les traumatismes physiques et ne nécessite pas d'insérer quoi que ce soit à l'intérieur du vagin (OMS *et al.*, 2018).

« Il s'agit d'une violation des droits fondamentaux, contraire à la dignité humaine », affirme Sima Samar, médecin et ancienne ministre chargée des droits fondamentaux en Afghanistan, qui a également soutenu l'interdiction des tests de virginité non consentis. « Il faut sensibiliser tout le monde, et en particulier les jeunes. Ensuite, je pense qu'il faut sensibiliser la police, les procureurs et les médecins. »

Mais surtout, il faut informer les femmes de leur droit de disposer de leur corps et les encourager à revendiquer leur autonomie corporelle, pour reprendre les propos de Dre Samar. Et d'ajouter : « Combien d'entre elles connaissent leurs droits ? »

Par ailleurs, le droit à la santé sexuelle et reproductive est « indispensable à l'autonomie [des femmes] » et « intimement lié aux droits civils et politiques, sur lesquels reposent l'intégrité physique et mentale des individus et leur autonomie » (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016, paragr. 34).

Le droit « d'effectuer des décisions et des choix libres et responsables, à l'abri de toute violence, contrainte ou discrimination, pour les questions qui concernent son propre corps et sa propre santé sexuelle et procréative » et le droit d'avoir « accès à un ensemble de ressources, de biens, de services et d'informations de santé » sont donc les deux faces d'une même pièce (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016, paragr. 5).

Selon le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, les services de santé doivent créer des conditions favorables à la réalisation du droit de prendre des décisions par soi-même, et les États doivent « veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause » (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 1999).

Autonomie corporelle et respect de la vie privée

La capacité à prendre des décisions portant sur la vie privée et la vie familiale représente un autre aspect du droit à l'autonomie corporelle. Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques stipule par exemple

Droits et traitement de l'infertilité

L'accès au traitement de l'infertilité est proposé dans le cadre des soins de santé reproductive. Il inclut des techniques telles que la fécondation in vitro (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). Le droit international des droits de la personne dispose que tous les services de soins de santé en matière de reproduction et de sexualité doivent être accessibles à tous et respecter le principe de non-discrimination et d'égalité. Plusieurs organes conventionnels ont estimé que lorsque la fécondation in vitro était disponible dans un État, elle ne devait pas faire l'objet de restrictions injustifiées ou être pratiquée d'une manière qui viole les autres droits fondamentaux (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2019 ; Comité des droits de l'homme, 2016 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2015).

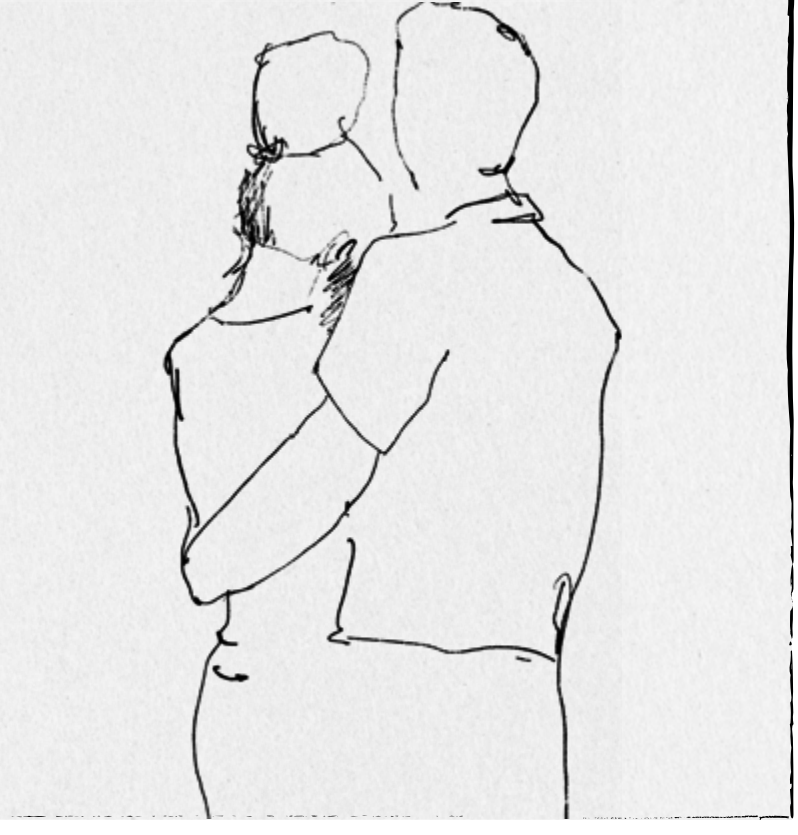


Illustration de Kaisei Nanke

que « nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation » (Assemblée générale des Nations Unies, 1966, article 17(1)).

On retrouve également des formulations similaires mentionnant le droit à la vie privée dans d'autres traités internationaux et régionaux relatifs aux droits fondamentaux, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant (Assemblée générale des Nations Unies, 1989, article 16), la Convention américaine relative aux droits de l'homme (Organisation des États américains, 1969, article 11), la Convention européenne des droits de l'homme (Conseil de l'Europe, 1950, article 8), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (Union africaine, 1990, article 10) ainsi que la Déclaration des droits de l'homme de l'ASEAN (Association des nations de l'Asie du Sud-Est, 2012, article 21).

La Cour européenne des droits de l'homme et la Cour interaméricaine des droits de l'homme ont interprété leurs traités d'une façon similaire et soulignent que « la notion d'autonomie personnelle [reflète] un principe important qui [sous-tend] l'interprétation des garanties de l'article 8 [en matière de respect de la vie privée] » (Cour européenne des droits de l'homme, 2002).

Il y plus d'un siècle aux États-Unis, Samuel Warren et Louis Brandeis ont dessiné les contours du droit à la vie privée, estimant qu'il s'agissait du « droit d'être laissé tranquille » (Warren et Brandeis, 1890). Depuis lors, la définition du droit à la vie privée s'est considérablement élargie aux États-Unis et ailleurs dans le monde, pour s'appliquer aux décisions en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris les informations et les services en matière de contraception, à l'accès à l'avortement, au traitement de l'infertilité, aux relations sexuelles, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. Les tribunaux internationaux, régionaux et

Avortement, intégrité physique et autonomie corporelle

Les organes conventionnels des Nations Unies, à savoir les comités chargés de surveiller l'application des obligations en matière de droits fondamentaux que les gouvernements sont tenus de respecter, ont appelé les États à réformer leurs lois sur l'avortement afin de préserver l'intégrité physique et l'autonomie corporelle des femmes. Selon le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, la législation doit par exemple autoriser les femmes à interrompre leur grossesse si celle-ci met leur vie en danger (Comité des droits de l'homme, 2019).

Les lois obligeant les femmes à poursuivre une grossesse non viable contre leur gré ou qui les contraignent à se rendre à l'étranger pour y mettre fin ou pour interrompre une grossesse qui met leur vie en danger, constituent une violation de plusieurs droits fondamentaux reconnus (Comité des droits de l'homme, 2017). Les États autorisant les femmes à se faire avorter doivent par ailleurs veiller à ce qu'aucun obstacle n'entrave l'exercice de ce droit (Comité des droits de l'homme, 2011, 2005).

Le Programme d'action de la CIPD est un instrument qui, depuis 1994, sert de référence à l'UNFPA. Il souligne que toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées que dans le cadre de procédures législatives nationales. Le Programme d'action dispose également que dans les États où l'avortement est autorisé, celui-ci doit toujours être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité, et stipule que les femmes doivent toujours bénéficier de soins post-avortement de qualité.

Parallèlement, les instances internationales, régionales et nationales des droits fondamentaux recommandent de plus en plus aux États de veiller à promouvoir et à protéger la santé et la vie des femmes, même dans les contextes où l'accès à l'avortement est restreint. Elles enjoignent également les gouvernements à dépénaliser l'avortement, tant pour les femmes qui y recourent que pour les professionnels de santé qui le pratiquent, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination auxquelles ces individus peuvent être confrontés.

Illustration de Kaisei Nanke

nationaux ont conclu que le droit à la vie privée interdisait toute ingérence gouvernementale dans les comportements sexuels et reproductifs privés et consentis chez les adultes (Comité des droits de l'homme, 1994). La Cour suprême des États-Unis a fondé sa décision sur un tel droit à la vie privée dans l'affaire *Roe v. Wade*.

Même dans le cas des comportements sexuels présumés nuisibles, la Cour européenne des droits de l'homme enjoint les gouvernements à soupeser soigneusement les intérêts de l'État par rapport aux intérêts individuels en matière d'autonomie et au droit d'avoir des relations sexuelles privées et consenties (Cour européenne des droits de l'homme, 1997).

La légalisation des relations homosexuelles offre une plus grande autonomie aux groupes jusque là exclus

De même qu'il existe des lois discriminant les individus, en particulier les femmes, au sein du mariage ou les obligeant à conclure un mariage contre leur gré, les relations sexuelles entre adultes consentants du même sexe ainsi que le mariage entre deux partenaires du même sexe font l'objet de nombreuses restrictions juridiques.

Au cours des dernières années, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et d'autres organisations internationales de protection des droits de l'homme ont établi que des lois et des mesures discriminatoires bafouaient le droit à l'autonomie des personnes LGBTI. Dans son rapport de 2015, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme déclare explicitement que « les États dont la législation comprend des dispositions qui incriminent les relations homosexuelles entre personnes consentantes ne respectent pas le droit international des droits de l'homme, ces dispositions violant de par leur existence même le droit au respect de la vie privée et le droit à la non-discrimination » (HCDH, 2015).

En 2017, dans un discours historique prononcé lors d'une réunion ministérielle à l'Assemblée générale des Nations Unies, le Haut-Commissaire aux droits de l'homme a déclaré : « Mais le fondement du dialogue doit être clair : il ne s'agit pas de savoir s'il faut mettre fin à ces violences, mais comment y remédier. Les personnes LGBTI sont des membres à part entière de la famille humaine. Elles ne sont pas inférieures au reste d'entre nous ; elles sont égales et, en tant que telles, elles ont le droit de jouir des mêmes droits que tout le monde. » Il a par ailleurs exhorté tous les gouvernements à permettre aux personnes d'aimer qui elles veulent et de jouir des mêmes droits que tout le monde (HCDH, 2017).

Dans sa déclaration, le Haut-Commissaire a affirmé qu'une telle modification des lois régissant la notion d'autonomie corporelle conjuguée à un changement d'attitudes aurait un effet libérateur sur les quelque 300 millions de personnes dans le monde qui s'identifient comme LGBTI (Patterson et D'Augelli, 2012).

Il a toutefois reconnu que non seulement les progrès demeuraient lents, mais qu'ils régressaient également en raison des programmes politiques qui alimentaient les préjugés et l'intolérance. Aujourd'hui, les relations sexuelles entre personnes consentantes du même sexe sont d'ailleurs interdites dans 69 pays à travers le monde (ILGA World, 2020).

Outre les conséquences de ces lois pour les droits fondamentaux, la discrimination à l'égard des personnes LGBTI a des répercussions notables dans de nombreuses autres sphères, en particulier la santé. L'Expert indépendant chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a estimé que « ces lois entrav[aient] en outre l'action des services publics et des autres acteurs participant à l'action de santé publique », notamment en ce qui concerne la lutte contre le VIH et le sida. Un rapport publié récemment souligne que les environnements juridiques répressifs, conjugués à la stigmatisation, à la discrimination

Illustration de Kaisei Nanke

et à des niveaux élevés de violence, exposent les hommes homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à un risque élevé d'infection à VIH, car la crainte de poursuites ou d'autres conséquences néfastes les contraint à la clandestinité. Ainsi, ceux-ci ne sont pas suffisamment informés en ce qui concerne leur santé et évitent de recourir à des services de santé, au dépistage et aux traitements (CDH, 2018).

La faculté, pour les personnes LGBTI, de conclure un mariage ayant le même statut juridique que celui des mariages entre personnes de sexe opposé représente également un aspect important de la réalisation de l'égalité pleine et entière devant la loi : « Les Nations Unies et les instances régionales des droits fondamentaux […] ont exhorté les États à reconnaître juridiquement les couples de même sexe ainsi que leurs enfants et à veiller à ce que les couples de même sexe ne fassent pas l'objet de discrimination par rapport aux couples de sexe opposé […]. Il appartient aux États de déterminer la forme de reconnaissance, mais quelle que soit celle adoptée, aucune distinction de traitement ne pourra être établie entre les couples de même sexe et les couples de sexe opposé » (Nations Unies, 2016). Cette reconnaissance est loin d'être acquise dans le monde.

Toutefois, des progrès ont été observés. En 1989, les partenariats enregistrés entre des personnes du même sexe sont devenus une réalité au Danemark. Deux ans plus tard, les Pays-Bas autorisaient le mariage homosexuel. Depuis, l'Afrique du Sud, l'Allemagne, l'Argentine, l'Autriche, la Belgique, le Brésil, le Canada, la Colombie, l'Équateur, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, le Groenland, l'Irlande, l'Islande, le Luxembourg, Malte, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la province chinoise de Taïwan et l'Uruguay ont autorisé les personnes de même sexe à se marier et à fonder une famille (World Population Review, 2020).

Accouchement : le travail d'une mère porteuse

Josefina se souvient du moment où elle a pris la décision de devenir mère porteuse. « Je l'ai fait en partie pour l'argent, mais ce qui m'a vraiment touchée, c'est le fait de pouvoir permettre à de nombreuses femmes de réaliser leur rêve d'avoir un bébé », déclare-t-elle. Pourtant, elle n'avait pas imaginé que l'agence spécialisée dans la gestation pour autrui dans laquelle elle s'était rendue serait si mal gérée et s'adonnerait à des pratiques abusives.

« Je pensais que je me retrouverais avec d'autres femmes comme moi : certaines de leur décision et ayant déjà eu au moins un enfant, comme l'exigent les protocoles. Mais ce n'était pas comme ça dans la clinique où je me suis rendue. Il y avait beaucoup de jeunes femmes qui n'avaient encore jamais eu d'enfants. Je me rappelle m'être demandé "Où suis-je tombée ?" ». Après quelques mois de grossesse, elle, ainsi que deux ou trois mères porteuses et certains de leurs enfants, ont été emmenés dans une maison vétuste sans eau, ni électricité ni nourriture, puis enfermés à l'intérieur.

Même s'il ne s'agissait que d'un lieu d'hébergement temporaire, Josefina (nom d'emprunt), qui vit au Mexique, raconte qu'elle s'est soudainement inquiétée que sa grossesse eût peut-être un autre but que celui de porter un bébé pour autrui. « J'ai pensé à beaucoup de choses, comme le trafic d'enfants ou le trafic d'organes. » Grâce à son téléphone portable, qu'elle avait gardé sur elle, elle est parvenue à contacter discrètement les futurs parents de l'enfant, ce qu'on lui avait formellement interdit de faire. « J'ai retrouvé les parents sur Facebook », poursuit-elle. « Ils se sont montrés très sympathiques avec moi et m'ont soutenue. » Eux et Josefina se sont alors tournés vers une autre agence. « J'ai poursuivi le processus dans un endroit plus sûr, où je me sentais plus en confiance. »

Pourtant, malgré cette mauvaise expérience, Josefina affirme qu'elle n'a jamais douté une seule seconde de sa décision. « J'étais sûre de vouloir cet enfant. Je n'ai aucun regret. C'était une aventure », ajoute-t-elle. « Après avoir rencontré les parents, j'étais très satisfaite du processus. »

Elle envisage même de recommencer.

« Je voulais saisir cette occasion pour aider mes semblables à réaliser leur souhait : avoir un bébé. »

D'après de nombreux experts, les décideurs tiennent rarement compte du point de vue des mères porteuses lorsqu'ils élaborent des lois sur la gestation pour autrui. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo d'Alexander Krivitskiyz (Unsplash).

La gestation pour autrui fait depuis longtemps l'objet de nombreux débats d'ordre éthique et juridique. Plusieurs affaires et batailles judiciaires pour la garde de l'enfant très médiatisées aux États-Unis, en Inde et dans d'autres pays du monde, ont suscité des interrogations sur les droits et les responsabilités des mères porteuses et des parents d'intention, ainsi que sur les droits des bébés issus de cette méthode de procréation (Nadimpally *et al.*, 2016). La législation dans ce domaine varie fortement d'un pays à l'autre et au sein même des pays. La gestation pour autrui est totalement interdite dans certains pays. D'autres États l'interdisent lorsqu'elle est rémunérée ou « commerciale », mais l'autorisent si elle est non rémunérée, quand d'autres autorisent les deux ou ne disposent pas de lois propres

à cette méthode de procréation (University of Chicago Laboratory Schools, 2019).

Dans les pays où la loi autorise la gestation pour autrui rémunérée, on assiste souvent à l'émergence d'une industrie lucrative, profitable aux cliniques de procréation médicalement assistée, aux tour-opérateurs spécialisés dans le tourisme médical, aux cabinets d'avocats et aux recruteurs ou autres. Les pays dans lesquels le prix de la gestation pour autrui est moins élevé peuvent devenir des destinations très prisées par les parents recourant à cette pratique. Pourtant, dans ces pays, la gestation pour autrui est souvent l'un des seuls moyens viables dont disposent les femmes marginalisées sur le plan économique pour gagner de l'argent, ce qui présente un risque d'exploitation à l'endroit des femmes. Les intermédiaires et les agences peuvent contrôler l'échange d'argent et des informations ainsi que la prestation des soins de santé. Les mères porteuses risquent ainsi d'être sous-payées et mal informées, et de ne pas bénéficier des soins nécessaires (Nadimpally *et al.*, 2016).

Le caractère sexospécifique de la gestation pour autrui et de la maternité rend vulnérables tant les mères porteuses que les mères d'intention. Les femmes infertiles peuvent subir de fortes pressions culturelles à devenir mères, tandis que les couples de même sexe et les parents isolés ne sont souvent pas autorisés à recourir à la gestation pour autrui, car ils ne satisfont pas aux normes communément admises en matière de parentalité. Les mères porteuses peuvent également faire l'objet de critiques motivées par le fait qu'elles brisent le prétendu lien sacré qui existerait entre une femme et le fœtus qu'elle porte. C'est pour cette raison que Josefina a préféré taire sa décision de devenir mère porteuse. « C'est un sujet tabou. Beaucoup de gens prennent peur lorsqu'ils en entendent parler. C'est pour cela que je n'en ai parlé qu'à peu de personnes. D'ailleurs, rares sont ceux dans ma famille à être au courant », indique-t-elle.

« La stigmatisation s'est fortement accrue ces dix dernières années », affirme Isabel Fulda, directrice adjointe du Grupo de Información en Reproducción Elegida, une organisation de défense des droits en matière de procréation située au Mexique qui représente les intérêts tant des mères porteuses que des parents d'intention. La législation en matière de gestation pour autrui varie au Mexique. Toutefois, elle s'est généralement durcie au cours des dernières années. « Même si les réformes sont pavées de bonnes intentions au départ et qu'elles visent à mieux protéger toutes les parties, elles ont des conséquences fâcheuses, en particulier pour les mères porteuses », poursuit-elle. Dans les régions qui ont formellement interdit la gestation pour autrui, « [celle-ci] est toujours pratiquée, mais de manière clandestine et dans des conditions dangereuses ».

Josefina en a payé les conséquences. « La première agence ne m'avait même pas fait signer de contrat. Un contrat m'aurait protégée et rassurée sur la suite des événements. » Elle est convaincue que les restrictions ne font que repousser un peu plus dans l'ombre cette méthode de procréation, où les agences malhonnêtes prospèrent en l'absence de réglementation et où les mères porteuses elles-mêmes sont pénalisées. « Si [cette pratique] était autorisée, on se sentirait davantage en sécurité », précise-t-elle.

Selon Sarojini Nadimpally, membre fondatrice de Sama Resource Group for Women and Health en Inde et spécialiste des questions sociales et juridiques relatives à la gestation pour autrui, les États doivent mettre en place des politiques nuancées qui tiennent compte des opinions et des points de vue des personnes concernées, plutôt que des interdictions. « Les mères porteuses et les couples infertiles ont-ils été impliqués dans l'élaboration des politiques ? Leur a-t-on demandé ce qu'ils voulaient voir inscrit dans les politiques ou les lois ? Dans quelle mesure

ces dispositions juridiques seront-elles accessibles aux mères porteuses ? »

Non seulement les législateurs négligent l'expérience des mères porteuses dans l'élaboration des lois, mais la stigmatisation et la répression empêchent de plus en plus les mères porteuses de faire entendre leur voix. « Plus le problème revêt une dimension politique, plus elles sont réduites au silence », ajoute Isabel Fulda. Les véritables histoires des mères porteuses ont été caricaturées, et les mères porteuses rémunérées sont dépeintes comme des victimes, tandis que celles qui ne le sont pas « sont souvent présentées comme des héroïnes qui acceptent de porter un enfant pendant neuf mois et de s'exposer aux risques simplement par altruisme. Les gens ne conçoivent plus que ces femmes pourraient vouloir de l'argent en échange », précise Isabel Fulda.

Josefina ne comprend pas cette distinction entre la gestation pour autrui rémunérée et la gestation pour autrui non rémunérée. Elle conçoit sa grossesse pour autrui autant comme un travail que comme un don. Ce n'est pas la pauvreté qui a motivé sa décision : « À ce moment, je ne me trouvais pas dans une situation économique difficile. J'ai pris cette décision, car je voulais faire autre chose de ma vie, faire une bonne action pour quelqu'un… Je suis moi-même maman, et je sais à quel point un enfant peut rendre heureux. »

Le respect de la vie privée, en particulier s'agissant de la vie familiale, englobe toutes les formes de prise de décision en ce qui concerne la sexualité et la procréation, dont « le droit au respect des décisions de devenir ou de ne pas devenir parent » (Cour européenne des droits de l'homme, 2010, 2007). La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en matière de vie privée est la plus aboutie ; l'avortement et la procréation médicalement assistée pour les couples et les individus hétérosexuels et homosexuels (dont la gestation pour autrui, qu'elle soit rémunérée ou non) ont été interprétés conformément aux dispositions de l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, lesquelles garantissent le droit au respect de la vie privée et familiale (Roseman, 2020).

Non-discrimination et égalité des sexes

L'autonomie et la capacité de décider sans être en butte à la discrimination sont des principes constitutifs des droits fondamentaux.

Pour que personne ne subisse de discrimination et que chacun soit traité de manière égale, les États ne peuvent faire aucune distinction fondée sur des caractéristiques telles que le sexe, l'âge, l'origine ou l'appartenance ethnique, l'identité de genre, la religion, la nationalité, la situation matrimoniale, la santé ou le handicap dans la loi ou les politiques (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2009). La discrimination fondée sur le sexe, par exemple, recouvre les distinctions fondées non seulement sur « les caractéristiques physiologiques mais aussi la construction sociale de stéréotypes, de préjugés et de rôles préétablis concernant les hommes et les femmes » (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2009, paragr. 20). Les inégalités d'accès des adolescents aux informations et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive sont un exemple

de discrimination fondée sur l'âge (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2009).

Les États doivent respecter l'intégrité physique et l'autonomie corporelle des individus, quel que soit le contexte social. D'après un groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, « le droit des femmes ou des filles de prendre en toute autonomie les décisions concernant leur corps et leurs fonctions procréatives est au cœur même de leur droit fondamental à l'égalité et au respect de la vie privée » (Groupe de travail des Nations Unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, 2017).

Illustration de Hülya Özdemir

Les femmes et les filles ont souvent été privées de leur droit de prendre leurs propres décisions en raison des croyances et attitudes sociales et culturelles stéréotypées qui accordent une plus grande valeur aux opinions des hommes et des parents. Le droit international des droits de la personne considère ces croyances et attitudes comme des stéréotypes sexistes qui s'accompagnent de pratiques néfastes, en particulier la mutilation génitale féminine, le viol conjugal, le viol « curatif » (commis sur des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre), le mariage des enfants, ainsi que le mariage et la grossesse forcés.

En outre, ces croyances et attitudes privent les individus d'une éducation complète à la sexualité et les empêchent d'accéder à des informations et des services en matière de contraception. Elles aboutissement également à des avortements forcés et à des violences fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et Comité des droits de l'enfant, 2014). Ces pratiques coercitives et violentes reposent toutes sur des croyances sociales qui privilégient l'hétéronormativité et cherchent à contrôler et à subordonner les capacités sexuelles et reproductives des femmes.

LES INÉGALITÉS D'ACCÈS DES ADOLESCENTS... SONT UN EXEMPLE DE DISCRIMINATION FONDÉE SUR L'ÂGE

Les États ont l'obligation « de modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes » (Organisation des États américains, 1994, article 8(b), Assemblée générale des Nations Unies, 1979, article 5(a)).

Les gouvernements peuvent, et dans certains cas, doivent traiter les individus différemment. Toutefois, cette différence de traitement doit être légitimement justifiée et il convient de trouver un juste équilibre entre tous les droits respectifs (Clapham, 2015). Le principe général de l'« intérêt supérieur » énoncé dans la Convention relative aux droits de l'enfant illustre cette approche. Bien que les parents et les tuteurs prennent

Rapports sexuels monnayés et gestation pour autrui

Quelles sont les limites de l'exercice du droit à disposer de son corps en matière de sexualité et de procréation ? Selon les principes des droits fondamentaux, les choix personnels qui ne portent pas préjudice aux autres doivent être autorisés. Mais lorsqu'il y a de l'argent en jeu, peut-on vraiment dire que la transaction ne porte préjudice à personne ? Est-il souhaitable qu'une personne puisse recevoir une compensation financière en échange d'actes sexuels ou de services procréatifs ? Il existe d'importantes divergences entre les différentes législations et réglementations nationales concernant le travail du sexe, la prostitution, le don de gamètes et la gestation pour autrui. Certains gouvernements estiment que ces échanges relèvent foncièrement de l'exploitation et les criminalisent en droit. D'autres considèrent le travail du sexe et la gestation pour autrui comme des moyens de subsistance ou autres formes de travail légitimes (Conseil des droits de l'homme, 2018a ; Assemblée générale des Nations Unies, 2010).

Le droit des droits de l'homme n'apporte pas de réponses tranchées, même si lesdits droits sont invoqués pour défendre tour à tour l'interdiction et la légalisation de ces pratiques.

Ainsi, la Commission mondiale sur le VIH et le droit du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a préconisé la dépénalisation du travail du sexe, tandis que le Conseil des droits de l'homme a recommandé que les droits fondamentaux de toutes les parties concernées soient pris en considération et respectés de façon appropriée dans la loi en ce qui concerne les cas de gestation pour autrui rémunérée (Conseil des droits de l'homme, 2019, données réelles ; PNUD, 2012).

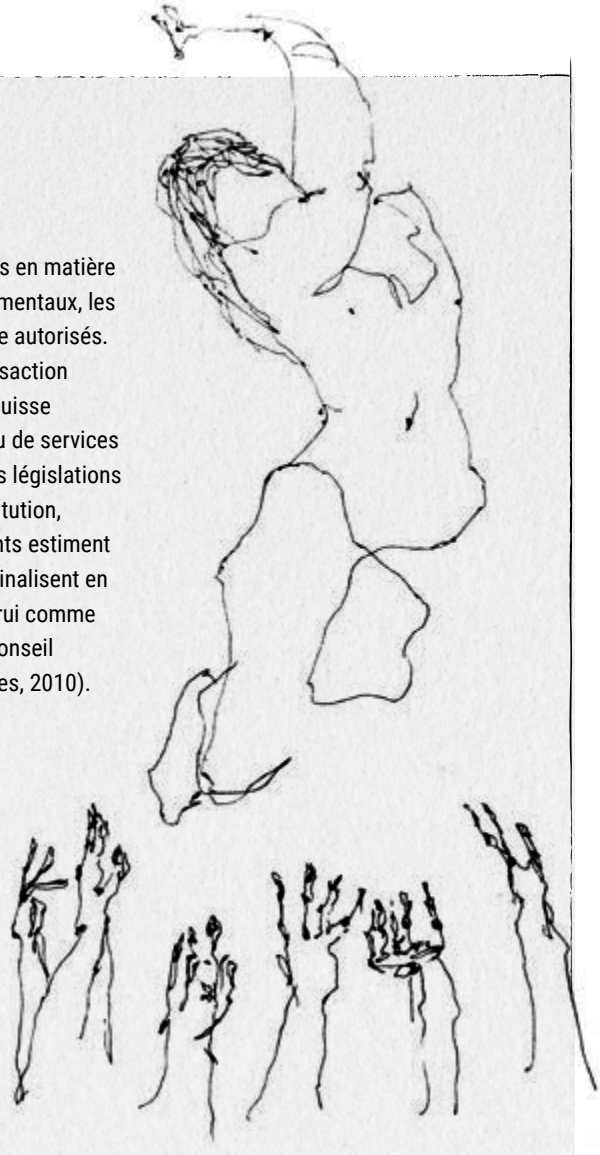


Illustration de Kaisei Nanke

Capacité juridique et âge du consentement

Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) définit la capacité juridique comme « la capacité et la possibilité d'exercer ses droits et d'assumer ses obligations par sa propre conduite, c'est-à-dire sans l'assistance d'un tiers ou la représentation par un tiers » (HCDH, 2005). Dans la loi, le fait de disposer de la « capacité » signifie qu'une personne peut donner ou refuser son consentement à une relation sexuelle, à un service de santé, à un mariage, etc.

Le droit international des droits de la personne corrige la logique selon laquelle les femmes, les enfants et les personnes vivant avec un handicap seraient « incapables » de prendre leurs propres décisions ou auraient besoin d'être protégés contre l'exploitation. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dispose par exemple que « les États parties reconnaissent à la femme, en matière civile, une capacité juridique identique à celle de l'homme et les mêmes possibilités pour exercer cette capacité » (Assemblée générale des Nations Unies, 1979, article 15(2)).

Étant donné la discrimination à laquelle les femmes handicapées sont depuis longtemps confrontées, la Convention relative aux droits des personnes handicapées souligne l'importance de la capacité juridique pour les femmes handicapées en ce qui concerne leur autonomie décisionnelle : « Toutes les femmes handicapées doivent pouvoir exercer leur capacité juridique et prendre leurs propres décisions, avec de l'aide si elles le souhaitent, eu égard aux traitements médicaux ou thérapeutiques, notamment prendre leurs propres décisions pour ce qui est de préserver leur fécondité et leur autonomie en matière de procréation […]. Le fait de restreindre ou de retirer la capacité juridique peut faciliter les interventions forcées, telles que la stérilisation, l'avortement, la contraception, les mutilations génitales féminines, les opérations chirurgicales réalisées sur des enfants intersexués ou les traitements qui leur sont administrés sans leur consentement éclairé, et le placement forcé en institution » (Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2016).

Par « capacité juridique », on peut également entendre l'« âge du consentement ». L'âge minimal du consentement varie entre les pays, voire au sein même de ceux-ci, selon l'activité et parfois selon le sexe (même si cette distinction est jugée incompatible avec les normes relatives aux droits fondamentaux). En vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant, les États sont tenus de reconnaître le développement des capacités des enfants, en particulier des adolescents, s'agissant de leur consentement à une relation sexuelle et de l'accès aux informations et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive.

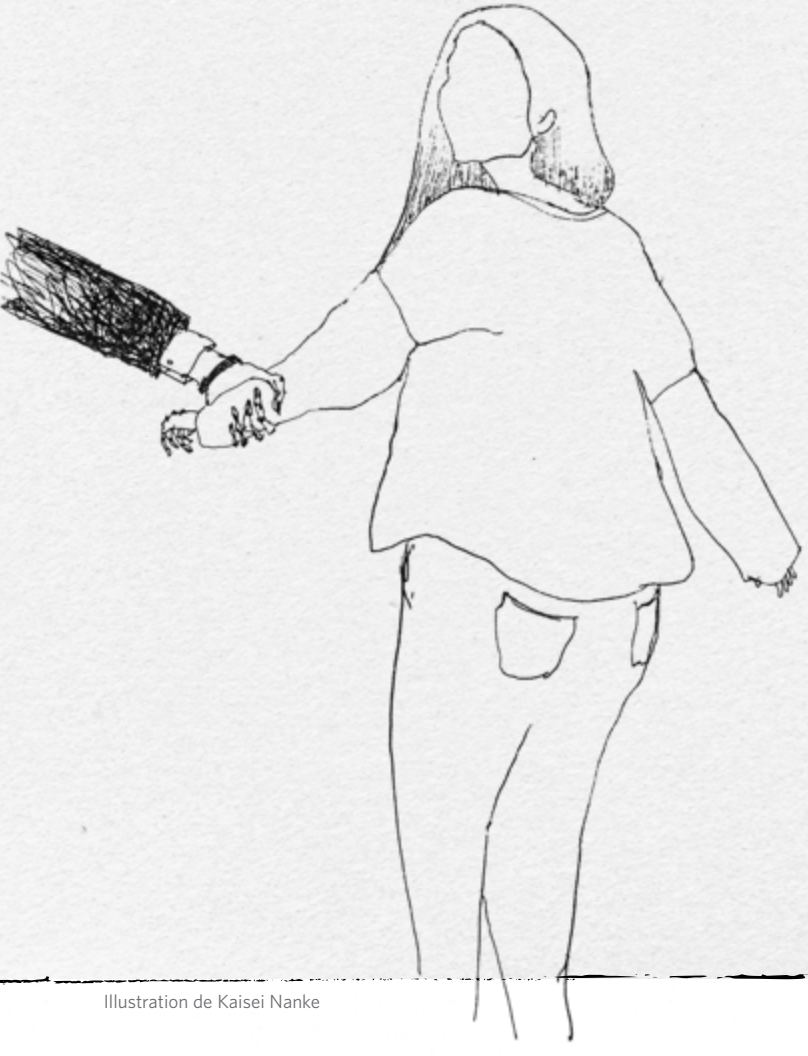


Illustration de Kaisei Nanke

Le Comité des droits de l'enfant exhorte les gouvernements à mettre en place des lois et des politiques de soutien de sorte que « les enfants, les parents et le personnel de santé puissent s'appuyer sur des principes directeurs fondés sur les droits, qui portent sur le consentement, l'agrément et la confidentialité » (Comité des droits de l'enfant, 2013). Ces politiques doivent inclure l'accès des enfants à des services confidentiels de conseil ne requérant pas le consentement de leurs parents ou tuteurs, et conférer aux adolescents une capacité juridique supposée leur permettant de solliciter et d'obtenir des services, des produits et des informations en matière de santé sexuelle et reproductive (Comité des droits de l'enfant, 2016). Toujours selon le Comité des droits de l'enfant, les gouvernements doivent s'abstenir de criminaliser les relations sexuelles librement consenties et sans caractère d'exploitation entre les adolescents de même âge (Comité des droits de l'enfant, 2016).

L'article 16 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (Assemblée générale des Nations Unies, 1948) et l'article 23 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques reconnaissent tous deux le droit de se marier et de fonder une famille et disposent que « le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux » (Assemblée générale des Nations Unies, 1966). Tout mariage conclu sans un tel consentement des futurs époux est un mariage forcé et constitue systématiquement une violation des droits fondamentaux. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes stipule clairement que les fiançailles et les mariages d'enfants sont juridiquement nuls et non avenus et enjoint les États à fixer un âge minimal de consentement au mariage (Assemblée générale des Nations Unies, 1979, article 16(2)). En accord avec le principe de développement des capacités, la plupart des nations fixent l'âge minimal du consentement au mariage à 18 ans, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant. Dans certains pays, en revanche, cet âge varie, et cette limite dépend parfois du sexe de la personne concernée (Pew Research Center, 2016). Le consentement parental permet toutefois de contourner cette limite d'âge dans plus de la moitié des pays du monde (Arthur *et al.*, 2018).

des décisions au nom de leurs enfants, ceux-ci ont le droit de participer pleinement aux décisions qui les concernent, sans qu'une définition claire en ce qui concerne l'âge approprié ne soit retenue (Coyne et Harder, 2011). À mesure que les capacités de l'enfant se développent, la Convention relative aux droits de l'enfant souhaite que les parents incluent leurs enfants dans la prise de décision et qu'ils les laissent maîtres de la décision finale une fois adultes. L'évolution de la prise en charge des nourrissons intersexués est un exemple de la prise en compte du développement des capacités de l'enfant. Autrefois, il était communément admis que les médecins devaient immédiatement opérer les enfants intersexués pour leur attribuer un sexe féminin ou masculin. Cette approche a largement été remplacée par une autre qui consiste à attendre que les enfants intersexués prennent eux-mêmes leur décision sur une éventuelle opération (Reis, 2019 ; Zillén *et al.*, 2017). De telles interventions pratiquées sans le consentement éclairé de l'enfant intersexué sont considérées comme une violation de l'intégrité physique, assimilable à la torture (CDH, 2016a).

Parallèlement, la prise de décision assistée a remplacé le système de tutelle, qui autorisait les parents, les tuteurs et les institutions à prendre des décisions au nom des personnes vivant avec un handicap physique ou de développement sans la moindre prise en compte de leurs désirs et de leurs choix en matière de sexualité et de procréation. Cette nouvelle pratique vise à informer les personnes handicapées, à déterminer leurs souhaits et à leur permettre de les assouvir (Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2018 et 2014).

Intégrité corporelle

Selon le principe général, le droit relatif à l'intégrité corporelle empêche l'État ou un tiers d'interférer avec le corps d'une personne sans obtenir au préalable son plein consentement éclairé.

Le fondement de la notion de consentement éclairé s'agissant de l'intégrité corporelle découle de l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques : « Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique » (Assemblée générale des Nations Unies, 1966). Cette idée a été reprise dans plusieurs traités internationaux et régionaux relatifs aux droits fondamentaux, notamment dans l'article 15 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Assemblée générale des Nations Unies, 2007), dans l'article 37(a) de la Convention relative aux droits de l'enfant (Assemblée générale des Nations Unies, 1989) et dans la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Assemblée générale des Nations Unies, 1984).

LES DROITS À L'AUTONOMIE CORPORELLE ET À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE SONT EXPLICITEMENT RECONNUS EN VERTU DU DROIT INTERNATIONAL DES DROITS DE LA PERSONNE

L'intégrité corporelle a été interprétée par le Comité des droits de l'homme comme protégée par le droit à la liberté et à la sécurité de la personne énoncé dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (CDH, 2014) et par l'article 7 du même Pacte, lequel garantit aux individus une protection contre les traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les instruments relatifs aux droits fondamentaux reconnaissent explicitement le droit à l'intégrité corporelle. La Convention relative aux droits des personnes handicapées stipule par exemple que « toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres » (Assemblée générale des Nations Unies, 2007, article 17). Un certain nombre de traités régionaux relatifs aux droits fondamentaux reconnaissent explicitement l'intégrité corporelle ou l'intègrent au droit à un traitement humain, à l'instar de la Charte de Banjul (Union africaine, 1981, article 4), du Protocole de Maputo (Union africaine, 2003, article 4(1)) et de la Convention américaine relative aux droits de l'homme (Organisation des États américains, 1969, article 5(1)).

Les Cours régionales des droits de l'homme ont tranché de nombreuses questions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. La Cour interaméricaine des droits de l'homme a par exemple estimé que la nudité forcée et les fouilles vaginales (Cour interaméricaine des droits de l'homme, 2006), les menaces de viol et de contamination par une infection sexuellement transmissible (Cour interaméricaine des droits de l'homme, 2014) et un grand nombre d'autres formes de violence (Cour interaméricaine des droits de l'homme, 2013, 2010) constituaient une violation du droit à l'intégrité corporelle.

Obligations des États parties

Les droits à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique sont explicitement reconnus en vertu du droit international des droits de la personne et portent sur un éventail de questions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. Mais comment ces droits se traduisent-ils concernant ce que les gouvernements peuvent, ne peuvent pas ou doivent faire pour les personnes et les populations qu'ils servent ?

Les gouvernements s'acquittent principalement de leurs obligations en matière de droits fondamentaux au travers de la législation, des politiques et des dotations budgétaires. Certaines mesures visant à garantir le respect, la protection et l'exercice des droits peuvent être prises immédiatement, tandis que d'autres peuvent être adoptées de façon graduelle (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016 ; Gruskin et Tarantola, 2002).

Supprimer les obstacles entravant la prise de décision individuelle

Pour respecter le droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique, les gouvernements doivent veiller à ce que leurs lois, leurs politiques et leurs programmes ne portent pas atteinte à la capacité des individus à prendre des décisions concernant leur vie sexuelle et reproductive. Ceci suppose de supprimer les obstacles entravant l'accès aux services, aux produits, à l'éducation et aux informations en matière de santé sexuelle et reproductive (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016).

Les lois, les politiques et les programmes doivent tenir compte des besoins et des vulnérabilités spécifiques des femmes, des enfants, des communautés LGBTI, des migrants, des minorités ethniques et raciales et des habitants des zones rurales, et garantir que les mesures visant à protéger un groupe ne portent pas atteinte aux autres groupes (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000).

Selon le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, les lois pénales réprimant la contraception, l'éducation complète à la sexualité, l'avortement et l'accès aux informations en matière de santé sexuelle et reproductive constituent une violation du droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique (Comité des droits de l'homme, 2019 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Les lois obligeant à obtenir l'autorisation ou le consentement d'un tiers (compte tenu du développement des capacités de l'enfant) violent également ce droit (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 1999).

Les organes conventionnels des droits de l'homme ont également fustigé les États ayant autorisé un tiers, qu'il s'agisse d'un parent, d'un époux ou de quelqu'un d'autre, à empêcher une personne de prendre ses propres décisions en ce qui concerne son corps et sa vie sexuelle et reproductive (Comité des droits de l'homme, 2005).

Les traités et accords relatifs aux droits fondamentaux enjoignent les gouvernements à ne pas s'ingérer dans la « sexualité consentante, en privé » et à ne pas promulguer des lois pénales réprimant les relations sexuelles en « privé » entre adultes du même sexe (Comité des droits de l'homme, 1994, paragr. 8.2). En outre, les lois « criminalisant » l'avortement, la non-déclaration d'une situation de séropositivité ou l'identité ou l'expression transgenres vont à l'encontre du droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016, paragr. 40).

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies dispose que les lois et les politiques peuvent permettre aux gouvernements de s'acquitter de leurs obligations en matière de droits fondamentaux, à condition que ceux-ci permettent et garantissent l'accès universel à des contraceptifs abordables, sûrs et efficaces et à une éducation complète à la sexualité, assouplissent

Les « thérapies de conversion »

Les « thérapies de conversion » entendent modifier les orientations sexuelles et les identités de genre non conformes aux attentes socioculturelles hétéronormatives. Elles ont recours à des méthodes telles que le « viol correctif », la thérapie par aversion, la castration chimique, les traitements hormonaux, et même l'exorcisme.

En 2020, l'Expert indépendant chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre a publié un rapport sur ces pratiques connues sous le nom de « thérapies de conversion ». Il y constate que toutes ces pratiques « visent précisément à compromettre [l']intégrité personnelle et [l']autonomie » (Conseil des droits de l'homme, 2020, paragr. 59). Ce rapport présente en détail les souffrances psychologiques et physiques causées par les thérapies de conversion et précise que d'après les organes conventionnels,ces pratiques violent les droits à l'égalité, à la non-discrimination, à la santé, ainsi que l'interdiction de la torture et des mauvais traitements.

L'Expert indépendant y recommande aux États d'interdire la pratique des thérapies de conversion et de prendre des mesures positives afin de protéger l'autonomie corporelle et l'intégrité physique, notamment à travers des interventions visant à éliminer les préjugés et la discrimination à l'égard des communautés LGBTI (Conseil des droits de l'homme, 2020).

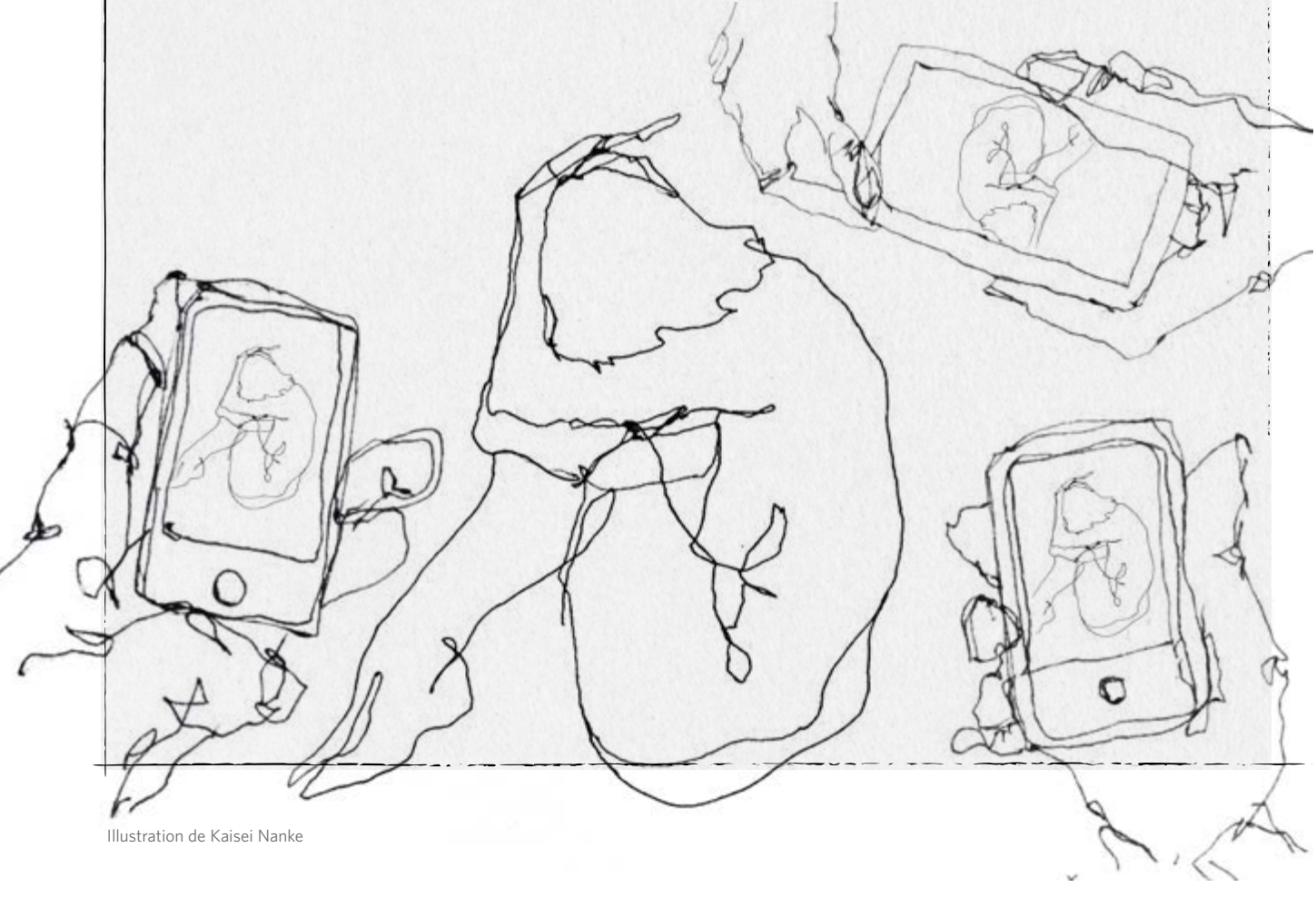


Illustration de Kaisei Nanke

les lois restrictives sur l'avortement, garantissent aux femmes et aux filles l'accès à des services d'avortement médicalisé et à des soins post-avortement de qualité et respectent le droit des femmes de prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016).

Garantir les droits des adolescents

Disposer d'informations fiables sur son corps et sa santé et comprendre ce que cela implique est indispensable à l'exercice du droit à l'autonomie corporelle (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Ceci suppose de garantir l'accès des adolescents à de telles informations « indépendamment de leur situation matrimoniale et de l'accord de leurs parents ou leurs tuteurs, dans le respect de la vie privée et de la confidentialité » (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016, paragr. 44).

Certains États pénalisent le mariage des enfants et les relations sexuelles avant l'âge de 18 ans afin de protéger les populations vulnérables contre l'exploitation ou d'autres préjudices (Khosla *et al.*, 2017). Néanmoins, les défenseurs des droits fondamentaux sont, de manière générale, sceptiques face à ces interdictions pénales en dépit de leur importance symbolique, car elles touchent surtout les communautés déjà marginalisées et laissées pour compte, et dont les perspectives sont limitées. Ils recommandent plutôt de corriger les conditions qui rendent les individus et les communautés vulnérables à l'exploitation en premier lieu, en offrant par exemple aux jeunes femmes des perspectives économiques (Miller et Roseman, 2019).

Établir des systèmes permettant de remédier aux violations des droits

Pour protéger les droits à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique, il est indispensable d'établir un système permettant de remédier efficacement aux violations des droits. En 2016, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a appelé les gouvernements à « mettre en place des lois, des politiques et des programmes pour empêcher les atteintes au droit de tous les individus à l'autonomie de décision en matière de santé sexuelle et procréative, à l'abri de la violence, de la contrainte et de la discrimination, et répondre à ces atteintes et y remédier » (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016).

DISPOSER D'INFORMATIONS FIABLES SUR SON CORPS ET SA SANTÉ... EST INDISPENSABLE À L'EXERCICE DU DROIT À L'AUTONOMIE CORPORELLE

Outre la suppression de l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers pour accéder aux services et aux informations, le Comité a également exhorté les États à mettre fin à l'« objection de conscience » que peuvent invoquer les prestataires de santé pour ne pas assurer leurs services et à obliger l'indication d'un prestataire « qui soit disposé à effectuer les services demandés » (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016, paragr. 43).

Les lois conformes aux droits fondamentaux garantissent une protection égale à tous les individus qui souhaitent exercer leur droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique.

Le vocabulaire du viol

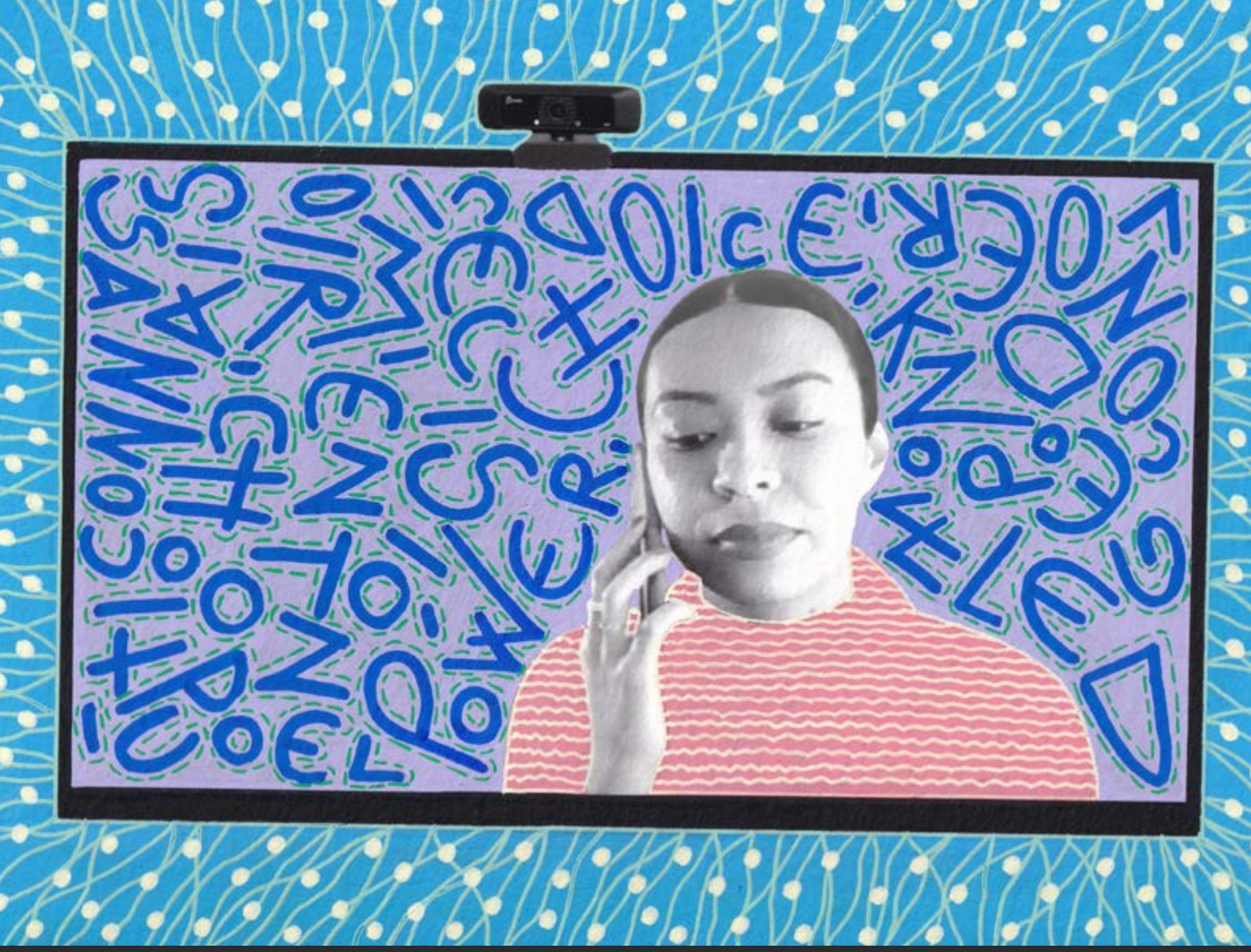
Au cours de ses années passées à défendre les personnes survivantes de violences sexuelles aux États-Unis, Leidy Londono s'est familiarisée avec le vocabulaire du choc, de la peur et de la honte que ces personnes emploient pour raconter les conséquences de l'agression sexuelle. Les personnes survivantes dont elle s'occupait n'arrivaient pas à mettre les mots sur une forme spécifique de violence sexuelle, omniprésente et pourtant méconnue, même par ceux qui la subissent ou qui la commettent : la coercition reproductive.

« Il s'agit de comportements relatifs à la santé reproductive adoptés par un partenaire ou une personne dans le but de conserver le pouvoir et le contrôle au sein d'une relation », explique Leidy Londono, qui accompagnait les personnes survivantes dans les hôpitaux et les conseillait par téléphone. Elle travaille désormais comme éducatrice et directrice de programme au planning familial de Washington, DC. « [Cette pratique] peut prendre diverses formes. Il peut s'agir de tentatives manifestes de mettre enceinte sa partenaire contre sa volonté. Par exemple, le conjoint peut tenter de contrôler l'issue d'une grossesse, ou un partenaire peut forcer l'autre à avoir des rapports sexuels non protégés, interférer explicitement ou implicitement avec les moyens de contraception utilisés, ou mentir au sujet de la méthode de contraception. »

Il n'existe pas de vocabulaire commun permettant aux personnes survivantes de décrire le sentiment de violation spécifique qu'elles ressentent après avoir été privées de leur droit de contrôler leur fertilité ou leur santé sexuelle, qu'elles aient consenti ou non au rapport sexuel. En l'absence de mots pour qualifier ce qu'elles ont vécu, les personnes survivantes expriment souvent un sentiment de confusion et de culpabilité. Leidy Londono se souvient d'une jeune personne qui avait découvert que son partenaire avait enlevé son préservatif sans lui dire pendant un rapport sexuel consenti, une pratique connue sous le nom de « *stealthing* ». « Au début, elle me demandait "Est-ce que j'exagère ?" ».

Le concept de coercition reproductive est relativement nouveau ; la majorité des études sur le sujet ont été menées au cours des 20 dernières années, dont la plupart aux États-Unis, où la prévalence de cette pratique est estimée entre 15 et 25 pour cent (Park *et al.*, 2016). Des enquêtes récentes montrent toutefois que la coercition reproductive est une pratique répandue dans le monde et qu'elle peut être commise non seulement par les partenaires, mais également par les familles et les membres de la communauté (Grace et Fleming, 2016). Elle est parfois même encouragée par le système de

« Il y a une implication universelle et il s'agit des prérogatives dont disposent les hommes pour contrôler leurs femmes. »



Leidy Londono s'engage corps et âme pour aider les personnes survivantes d'agressions sexuelles, en leur apportant soutien et informations par téléphone ou sur les forums en ligne. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo : © UNFPA/R. Zerzan.

santé, au travers de politiques qui exigent l'autorisation du mari pour que sa femme puisse recourir à la planification familiale, par exemple.

Dipika Paul a travaillé plusieurs décennies en tant que chercheuse spécialisée dans la santé sexuelle et reproductive au Bangladesh. Pourtant, elle affirme qu'elle ne connaissait pas le terme de « coercition reproductive ». Elle, les agents de santé et les défenseurs décrivaient plutôt ce phénomène comme des « obstacles à la planification familiale ».

Aujourd'hui, Dipika Paul est une experte dans le domaine. Elle travaille désormais à Dhaka en tant que conseillère au sein d'Ipas et est confrontée à de nombreuses formes de coercition reproductive. « Les maris peuvent commencer par leur dire de ne pas utiliser de contraceptifs, et les femmes se conforment aux désirs de leur mari. Cela peut aller jusqu'à des violences graves. Parfois, les maris les privent de nourriture ou d'argent si elles veulent continuer à recourir à la contraception », indique-t-elle. Souvent, cette pression est liée au « désir du mari ou d'un autre membre de la famille d'avoir un autre enfant ou un fils ». Elle observe d'autres formes de pression,

telles que le recours imposé à la contraception ou les avortements forcés.

Ces actes coercitifs ne sont généralement pas considérés comme des formes de violence, car la procréation tend à être perçue comme une décision familiale. « La belle-famille joue un rôle important », ajoute Dipika Paul. C'est particulièrement vrai lorsque les épouses sont jeunes et mineures. Selon une étude démographique et de santé réalisée en 2018, l'âge médian au premier mariage est de 16 ans. « Les jeunes femmes peuvent difficilement prendre des décisions seules. »

Et pourtant, le lien entre coercition reproductive et violence est évident. Dipika Paul, qui mène actuellement une étude, estime que près de trois femmes sur cinq qui déclarent avoir subi une coercition reproductive ont également subi des actes de violence sexuelle ou physique perpétrés par leur mari.

Jay Silverman, professeur à l'école de médecine de San Diego (Université de Californie) a commencé sa carrière en travaillant avec des hommes et des garçons ayant commis des actes de violence contre leur partenaire intime. Il s'est depuis penché sur la question de la coercition reproductive au Bangladesh, aux États-Unis, en Inde, au Kenya et au Niger et estime que, bien que les actes de coercition reproductive soient parfois perpétrés par des membres de la famille de sexe féminin, cet abus est ancré dans les inégalités de genre.

« Il y a une implication universelle », explique-t-il, « et il s'agit des prérogatives dont disposent les hommes pour contrôler leurs femmes… À un certain niveau, ce sentiment que les hommes ont, ce droit à un tel contrôle, est quelque chose qui, d'après moi, est omniprésent dans la plupart de nos sociétés. »

Jay Silverman et ses collègues, dont ceux de l'Ipas au Bangladesh, expérimentent actuellement des outils permettant aux agents de santé de détecter les cas de coercition reproductive, notamment par le biais de questions relatives aux attitudes et au comportement du partenaire. Lorsque la coercition est avérée, les femmes peuvent réaffirmer leur autonomie corporelle en optant par exemple pour des méthodes de planification familiale indétectables par le partenaire.

Même lorsqu'une femme ne dispose pas du vocabulaire pour décrire ce qu'elle vit, « je suis convaincu que les êtres humains refusent par nature d'être contrôlés… Les femmes dans les communautés du monde entier ont élaboré de nombreuses stratégies d'adaptation différentes pour combattre la coercition reproductive, notamment en s'entraidant. C'est quelque chose qui se produit naturellement, partout dans le monde. Cela a toujours été le cas, qu'il s'agisse d'une voisine ou d'une femme de la famille qui cache votre pilule contraceptive pour vous ou vous aide à vous rendre dans une clinique », explique Jay Silverman. Il ajoute que, lorsque des femmes se rendent dans des cliniques mettant à la disposition des patientes des prospectus sur la coercition reproductive, la violence exercée par le partenaire et les aides existantes, elles en prennent souvent plusieurs pour les distribuer aux autres femmes.

La responsabilité de la prise en charge de la coercition reproductive incombe en grande partie aux prestataires de services, qui sont souvent confrontés à une double contrainte : ils doivent en effet trouver un équilibre entre l'implication des hommes dans les questions relatives à la santé reproductive sans leur donner un pouvoir de décision total. « Cet idéal d'implication des hommes dans la santé sexuelle et reproductive et dans la santé maternelle et infantile est devenu une priorité à l'échelle internationale », poursuit Jay Silverman. L'implication masculine a été associée à un recours accru à la planification familiale et à la contraception et une amélioration de la santé maternelle et infantile (Kriel *et al.*, 2019 ; Assaf et Davis, 2018). Néanmoins, lorsque les hommes veulent

contrôler les choix de leur partenaire en matière de reproduction, « l'implication des hommes porte évidemment préjudice aux femmes ».

Les hommes, et les individus quels que soient leur genre et leur orientation sexuelle, peuvent également subir des actes de coercition reproductive. « Tout le monde peut être victime de coercition reproductive », précise Leidy Londono. « Les femmes appartenant aux communautés marginalisées subissent des niveaux de violence particulièrement élevés, y compris des actes de coercition reproductive… Mais cela ne nie pas pour autant le fait que j'ai échangé avec des jeunes garçons et des jeunes hommes, des hommes en général, qui tentaient de mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu, de définir et de contextualiser leur expérience. »

Il est nécessaire d'expliciter le lexique de la coercition reproductive, en particulier chez les décideurs. « Lorsque nos lois et nos politiques sont imprécises et que notre vocabulaire est ambigu, les personnes survivantes ne sont pas reconnues », poursuit Leidy Londono.

La connaissance de l'autonomie corporelle est également primordiale. Dans le cadre d'un projet récent, « nous avons échangé avec des femmes, et elles ont choisi ces termes : "mon corps, mes droits"… [Ces femmes] ont toutes convenu que nous devions diffuser l'idée que chacune et chacun a le droit de disposer de son propre corps au sein de la population », explique Dipika Paul.

Toutefois, dans certains pays du monde, les mesures de protection sont tout sauf égales. La violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont, par exemple, bien documentées et sont commises tant par des acteurs étatiques que des acteurs non étatiques (CDH, 2016b).

Parallèlement, les femmes et les filles, en particulier celles qui subissent des discriminations multiples, comme les femmes et les filles handicapées ou appartenant à une minorité ethnique ou religieuse, sont plus exposées à la violence basée sur le genre et sont confrontées à des inégalités d'accès à la justice ainsi qu'à des pratiques non équitables (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2015a). L'impunité dont jouissent les auteurs des actes de violence sexuelle et de violence basée sur le genre, de viol conjugal et de viol « curatif », lesquels visent les individus de genre non conforme, est un autre exemple flagrant d'inégalité de protection devant la loi (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016).

Permettre à chacun d'exercer son droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique

Pour assurer la réalisation des droits à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique, les gouvernements doivent assurer la disponibilité et l'accessibilité des méthodes, des informations et des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016, 2000). Selon les organes conventionnels des Nations Unies, ceux-ci comprennent les services et les informations soutenant la prise de décisions concernant la famille (contraception, traitement de l'infertilité, soins de santé maternelle, avortement médicalisé) et la santé sexuelle (prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment

Droit à la santé reproductive et autres droits dans le Programme d'action

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. […] Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme (UNFPA, 1994). —Extraits du Programme d'action de la CIPD.

Illustration de Kaisei Nanke

le VIH, éducation complète à la sexualité, traitement des troubles sexuels, prévention de la violence sexuelle et prise en charge des personnes survivantes), ainsi que les soins de santé respectueux de l'identité de genre (Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres, 2011).

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, les services et les informations doivent être :

- *Disponibles* : en quantité suffisante.
- *Accessibles* : abordables et ouverts à toutes et tous.
- *Acceptables* : respectueux du genre, de la culture et de l'âge et éthiques sur le plan médical.
- *De bonne qualité* : conformes aux normes scientifiques et médicales en matière de soins et respectueux des droits.

Disposer des moyens d'exercer son droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique au travers des services de santé sexuelle et reproductive est indissociable de la reconnaissance de ce droit en premier lieu. Selon le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, « [les] établissements de santé doivent donner la possibilité aux patients, en tant que titulaires de droits, d'exercer leur autonomie, de participer effectivement et activement à toutes les décisions qui les concernent, de faire leurs propres choix concernant leur santé, y compris leur santé sexuelle et procréative, et leur traitement, en bénéficiant d'un appui approprié si besoin » (Conseil des droits de l'homme, paragr. 43).

Les droits fondamentaux à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique, reconnus à l'échelle internationale, signifient que toute personne doit être en mesure et avoir les moyens de prendre des décisions qui concernent sa vie sexuelle et reproductive. Cela nécessite que les États dispensent des informations complètes, adaptées à l'âge et à la culture au sujet de la sexualité et de la procréation, et fournissent des biens et des services de qualité pour permettre ces décisions, sans discrimination, coercition, ni violence.

Les droits fondamentaux constituent le socle commun sur lequel les États fondent leurs normes juridiques et politiques nationales visant à encourager et protéger l'autonomie corporelle et l'intégrité physique dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive. Toutefois, de nombreux États sont encore loin de garantir à l'ensemble de leurs citoyens le pouvoir de prendre eux-mêmes des décisions concernant les soins de santé, la contraception et la sexualité, ainsi que bien d'autres aspects de l'autonomie corporelle.

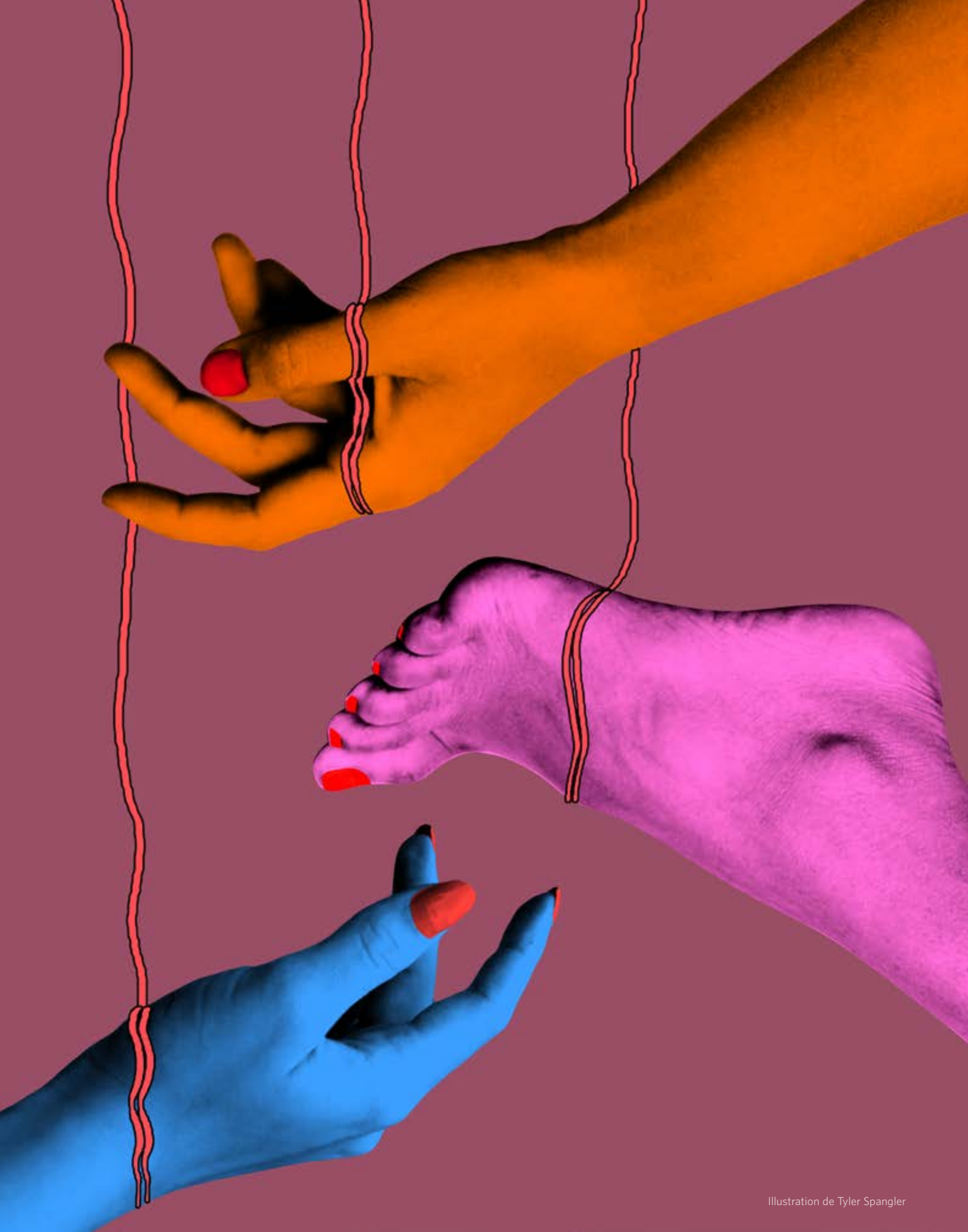


Illustration de Tyler Spangler

DES LOIS QUI FAVORISENT L'AUTONOMIE ET DES LOIS QUI CONTRÔLENT LES CORPS

Gros plan sur l'impact des lois et des réglementations sur l'autonomie corporelle

Chaque pays applique des lois qui protègent ou au contraire refusent de reconnaître le droit à disposer de son corps.

Les lois peuvent contribuer à favoriser l'autonomie corporelle, en garantissant l'accès de toutes et tous aux services de santé sexuelle et reproductive, en confiant aux écoles la responsabilité de dispenser une éducation complète à la sexualité ou en imposant le principe de consentement éclairé dans la prestation de soins de santé, par exemple.

Les gouvernements peuvent également se servir des lois pour exercer un contrôle sur le corps de certaines personnes, en limitant l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations en la matière ou en interdisant les relations homosexuelles, par exemple. Des lois mal formulées ou ambiguës peuvent également porter préjudice à l'autonomie corporelle, même si elles n'ont pas été adoptées dans cette intention.

Les lois de certains pays obligent encore les femmes mariées à obéir à leur époux, sont encore loin de reconnaître la violence domestique comme une infraction criminelle, continuent d'accorder plus de droits aux hommes en cas de divorce et ne considèrent toujours pas le viol conjugal comme un crime punissable par la loi. Plus de 30 pays restreignent le droit des femmes à se déplacer à l'extérieur de leur domicile (Banque mondiale, 2020).

Parfois, les lois nationales sont également les principaux instruments utilisés par les gouvernements pour honorer leurs obligations au regard du droit international des droits de la personne. Toutefois, pour que ces droits se traduisent de façon concrète dans la vie des citoyennes et des citoyens, il ne suffit pas que les gouvernements adoptent des lois : ils doivent également prendre des mesures pour provoquer le changement.

L'Organisation mondiale de la Santé a appelé les gouvernements à mettre en place des cadres législatifs et réglementaires favorables, améliorant l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et levant les restrictions inutiles qui ont pour effet d'empêcher les femmes d'exercer leur droit à disposer de leur corps (OMS, 2004).

Avant toute chose, il convient de cerner l'influence des cadres juridiques nationaux sur l'autonomie corporelle : dans quelle mesure ils la favorisent, et sur quels points une réforme juridique serait nécessaire. Parfois, la loi change afin de refléter l'évolution de l'opinion publique ; dans d'autres cas, les modifications législatives précèdent celles des attitudes sociétales, auquel cas il peut être nécessaire de déployer d'importants efforts de communication en faveur du changement social et comportemental pour assurer une large acceptation de la loi et faciliter sa mise en application. Une fois qu'une loi est adoptée, les conséquences qu'elle est censée engendrer ne se produisent parfois pas avant plusieurs années, en fonction de la volonté politique et de l'engagement à la faire appliquer et respecter. Il peut être nécessaire de formuler des politiques visant à détailler les modalités opérationnelles de la loi, à y allouer un budget ou à instaurer un système de redevabilité.

Même lorsqu'une loi est globalement favorable à l'autonomie corporelle, elle ne bénéficie pas forcément à toutes et tous de la même façon. Ainsi, de nombreux pays ont adopté des lois garantissant l'accès à des traitements antirétroviraux gratuits contre le VIH, mais cet accès n'est pas nécessairement universel. Au Botswana, ces traitements n'étaient disponibles que pour certaines catégories de citoyens, y compris les nationaux qui se trouvaient en prison ; mais les détenus originaires d'autres pays n'y avaient pas droit. La loi a été révisée en 2019 afin d'élargir l'accès à tous les détenus, indépendamment de leur nationalité (ONUSIDA, 2019).

Conflits législatifs

Aucune loi ou politique ne peut être considérée indépendamment de l'ensemble du cadre législatif et politique d'un pays. Ainsi, dans de nombreux pays, les lois sur l'âge de la majorité sexuelle sont en contradiction avec celles qui définissent l'âge minimal permettant d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations en la matière (figure 7). Autrement dit, les adolescents peuvent légalement avoir des relations sexuelles avant de pouvoir légalement accéder à des informations ou des services concernant les pratiques sexuelles protégées ou la contraception (Sexual Rights Initiative, 2020 ; Committee on Adolescence, 2017 ; Dennis *et al.*, 2009)

En cas de conflit législatif, on ne sait pas toujours très bien quelle loi a préséance sur les autres. Parfois, cette confusion peut affecter non seulement les citoyens, mais aussi les personnes chargées de faire respecter la loi.

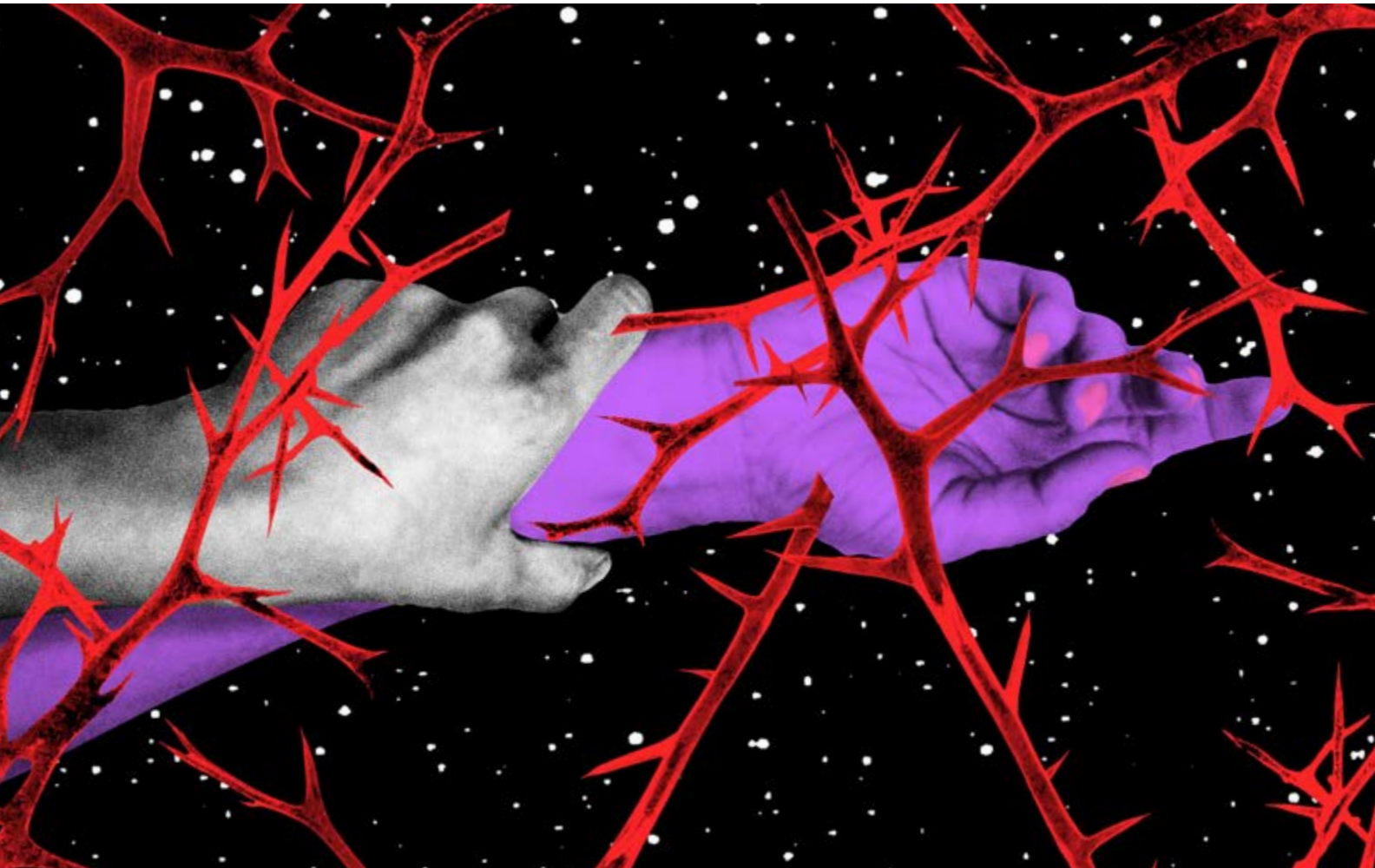
FIGURE 7

Âge de la majorité sexuelle et âge auquel le consentement parental n'est plus nécessaire pour accéder à un éventail de services dans certains pays

	Belize	Croatie	Italie	Jamaïque	Macédoine du Nord	Malaisie	Palaos	Pologne
Âge légal du mariage	18	18	18	18	18	18	Aucun âge minimal pour les citoyens ; 18 pour les autres	18
Âge légal du mariage avec consentement parental, judiciaire ou autre	16	16	16	16	16	16	Aucun pour les citoyens ; 16 pour les autres	16
Âge de la majorité sexuelle	16*	15	14	16	14	16*	15	15
Accès à l'avortement *sans* consentement parental	18	16	18	18	18	18	18	18
Accès à la contraception d'urgence sans consentement parental	18	16	14	16	18	18	18	18
Accès à la contraception orale sans consentement parental	18	18	14	16	18	18	18	18

* S'applique uniquement aux filles
Source : Sexual Rights Initiative, 2020

Illustration de Tyler Spangler



Le sexe comme gagne-pain

« Ce n'est qu'après être devenue professionnelle du sexe que j'ai vraiment appris que j'avais mon mot à dire et que j'étais maître de mon corps », explique Liana par l'intermédiaire d'un interprète en Indonésie.

Liana a l'habitude de faire voler en éclats les idées préconçues : ancienne comptable diplômée et issue de la classe moyenne, elle ne correspond pas au stéréotype de la professionnelle du sexe. « Quand mon bébé avait quatre mois, mon mari est décédé », raconte-t-elle. Ses revenus n'étaient pas suffisants, l'entreprise familiale marchait mal, et sa sœur avait des difficultés financières.

« Je me suis rendue dans l'un des établissements bien connus de l'industrie du sexe et j'ai postulé pour y travailler », confie-t-elle, en soulignant que cela relevait de sa propre décision. « Je l'ai fait en toute indépendance et sans y être forcée. »

Aujourd'hui, Liana est la coordinatrice nationale du réseau OPSI, qui plaide la cause des professionnel(le)s du sexe et leur propose différents services, notamment de santé. Le réseau bénéficie du soutien de l'UNFPA. « En réalité, les professionnel(le)s du sexe présentent une grande diversité », explique-t-elle. « Il y a des hommes, des personnes transgenres, et les raisons qui incitent à choisir de se lancer dans l'industrie du sexe varient d'une personne à l'autre. La majorité cherche une source de revenus. »

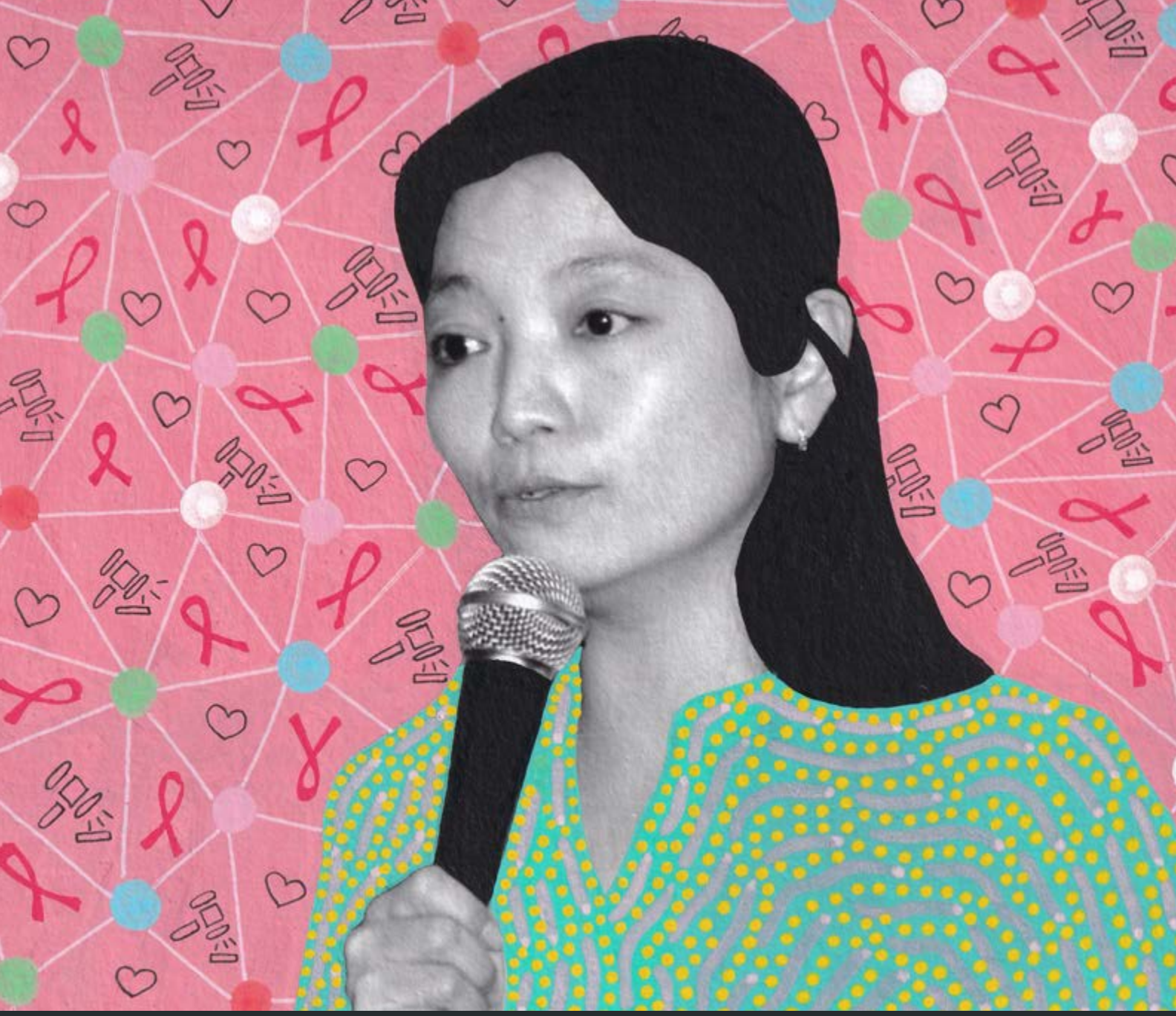
Monika, en Macédoine du Nord, est devenue professionnelle du sexe après avoir perdu son emploi et divorcé. Elle aussi affirme avec conviction que c'était sa décision. « J'avais 19 ou 20 ans. J'étais assez mûre et assez consciente pour réfléchir à ce que je voulais et à ce que je ne voulais pas. » Aujourd'hui coordinatrice régionale de l'organisation STAR, premier collectif de professionnel(le)s du sexe aux Balkans et également partenaire de l'UNFPA, elle dit avoir observé que c'est la norme : « La plupart du temps, je suis entourée de professionnel(le)s du sexe qui se sont volontairement lancé(e)s dans cette activité. »

Néanmoins, Liana et Monika reconnaissent toutes deux que la traite à des fins d'exploitation sexuelle (par la force, la coercition, l'escroquerie ou la tromperie) constitue un problème grave au sein de cette industrie. Leurs organisations respectives travaillent en étroite collaboration avec les victimes et les personnes survivantes, qu'elles aident à bénéficier de services et à quitter l'industrie du sexe si tel est leur souhait.

Compte tenu de la prévalence de l'exploitation et des abus, les débats portent en grande partie sur le statut légal du travail du sexe. Partisans de la dépénalisation et opposants invoquent tous deux la nécessité de protéger ces personnes des abus.

Toutefois, aux yeux des opposants, la notion même de consentement dans l'industrie

« J'ai pris conscience que j'étais maître de mon corps en fin de compte. Mon corps m'appartient. »



Liana défend les droits des professionnel(le)s du sexe en Indonésie. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; avec l'aimable autorisation de Liana.

du sexe est problématique. En effet, des études montrent que les personnes qui se lancent dans cette activité sont nombreuses à présenter des vulnérabilités accrues : elles ont souffert de la pauvreté pendant l'enfance, connu la maltraitance et l'instabilité familiale, ou encore rencontré des obstacles pour accéder à l'économie formelle, notamment parce qu'elles n'étaient pas suffisamment instruites (McCarthy *et al.*, 2014). Ces conditions sont considérées comme un facteur compromettant leur consentement libre et éclairé. En outre, une part importante des professionnel(le)s du sexe (estimée entre 20 et 40 pour cent) indique avoir intégré l'industrie du sexe dans l'enfance (Parcesepe *et al.*, 2016), ce qui constitue une violation manifeste de leurs droits fondamentaux.

Les instruments relatifs aux droits fondamentaux se sont attaqués à ces vulnérabilités. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes appelle ainsi à prendre « toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour supprimer, sous toutes leurs formes, le trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution des femmes ». Quant aux protocoles de la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, leur définition de l'expression « traite des personnes » englobe notamment « l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation ».

Néanmoins, de nombreux défenseurs des professionnel(le)s du sexe avancent que cette focalisation sur la question de la vulnérabilité compromet leur sécurité et leur autonomie. Liana et Monika affirment toutes deux avoir librement choisi de continuer à travailler pour l'industrie du sexe alors même qu'elles gagnaient un revenu décent en dehors de ce secteur.

« Je vous en prie, ne partez pas du principe que la totalité des professionnel(le)s du sexe sont victimes de traite. Il existe des personnes comme moi qui choisissent ce travail de leur plein gré. Personne ne nous manipule », prévient Liana. « Quand on demande aux membres de l'OPSI s'ils souhaiteraient cesser ce travail dans l'éventualité où ils pourraient trouver un autre emploi, la plupart du temps, la réponse est non. » Les autres emplois à la disposition des professionnel(le)s du sexe sont souvent peu rémunérés, explique-t-elle, et l'industrie du sexe permet une flexibilité que beaucoup trouvent intéressante. « Ils peuvent gérer eux-mêmes leurs horaires. Ça leur permet de s'acquitter de leurs obligations sociales et d'être plus proches de leurs enfants. »

Le travail du sexe, ou en tout cas certains de ses aspects (la coordination, par exemple), est illégal dans la majorité des pays, selon le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe. Liana et Monika estiment que ces lois ont pour seul effet de condamner la profession à la clandestinité, une situation dans laquelle les professionnel(le)s du sexe ont plus de mal à repérer les clients violents. Elles assurent que cette criminalisation expose également les professionnel(le)s du sexe aux arrestations, les rendant moins susceptibles de dénoncer d'éventuels agresseurs. En outre, les professionnel(le)s du sexe sont parfois victimes de harcèlement et d'abus de la part de certains policiers qui, « sachant que le travail du sexe n'est pas légal, se disent qu'on ne pourra pas les dénoncer et qu'on sera laissé(e)s à notre propre sort », alerte Monika.

Ce qu'elles veulent, c'est la criminalisation de l'exploitation et des violences sexuelles ainsi que la poursuite de leurs auteurs, et non la pénalisation du travail du sexe. « Le problème de la violence ne touche pas seulement les professionnel(le)s du sexe. Il concerne toutes les femmes et les groupes minoritaires », souligne Liana.

Depuis quelques années, le mouvement visant à dépénaliser le travail du sexe gagne du terrain aux Nations Unies, et de nombreux organismes et programmes, notamment l'OMS et ONUSIDA, y voient un moyen efficace de prévenir la transmission du VIH et de mettre fin à la discrimination à l'égard des populations vulnérables (OMS, 2014 ; ONUSIDA, 2012).

Par ailleurs, les Nations Unies redoublent d'efforts pour éliminer l'exploitation et les abus sexuels. L'institution, préoccupée par les rapports d'exploitation entretenus par certains soldats de la paix et travailleurs humanitaires avec des professionnel(le)s du sexe et des personnes vulnérables et marginalisées, a renforcé la surveillance de l'application des règles interdisant au personnel d'échanger de l'argent, des biens ou des services contre des rapports sexuels, y compris

dans les pays où le travail du sexe est légal. D'après les représentants des Nations Unies, il n'y a aucune contradiction entre la position selon laquelle la dépénalisation contribuerait à préserver la santé et les droits des professionnel(le)s du sexe et celle consistant à interdire aux membres du personnel d'acheter des services sexuels, même lorsque cette pratique est légale.

« Le personnel des Nations Unies ne doit participer à aucune activité susceptible de conduire à l'exploitation sexuelle. Cette interdiction ne constitue pas un jugement à l'égard du travail du sexe pratiqué par des adultes informés et consentants, mais nous devons reconnaître que la légalité ne suffit pas à garantir que la participation à l'industrie du sexe est volontaire », explique Eva Bolkart, qui coordonne le travail de prévention de l'exploitation et des abus sexuels mené par l'UNFPA.

Monika et Liana conviennent que la légalité n'est pas suffisante, et estiment que la dépénalisation doit s'accompagner d'une déstigmatisation. Tant qu'on ne traitera pas les professionnel(le)s du sexe avec le même respect et la même dignité que les autres citoyens, ceux-ci resteront contraints d'exercer dans la clandestinité, une situation propice à la dissimulation des abus. « Nous sommes des parents. Nous avons des parents. Nous avons des familles », argumente Monika. « Il n'y a pas de raison que nous soyons traité(e)s différemment des autres à cause de la profession que nous avons choisie. Le travail du sexe est un travail comme un autre. »

Même en l'absence de législations contradictoires, le manque de clarté peut demeurer un problème. Que sont censés faire les agents de santé en cas d'incertitude quant à leurs obligations juridiques ou aux éventuelles responsabilités pénales découlant d'une action donnée ? Lorsque l'avortement est légal dans certaines circonstances, par exemple, les prestataires peuvent malgré tout être réticents à fournir ce service par peur d'être accusés d'avoir enfreint la loi, et les directives et politiques des systèmes de santé peuvent se fonder sur une interprétation plus conservatrice de la loi. Les soins post-avortement, dont 179 gouvernements ont convenu qu'ils devaient être disponibles indépendamment du caractère légal ou non de l'avortement lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, continuent à faire défaut dans de nombreux endroits et sont parfois refusés par les agents de santé, qui craignent d'être poursuivis ou stigmatisés pour avoir dispensé ces services à une personne qui aurait avorté illégalement.

Obstacles structurels

Au niveau structurel, l'efficacité d'une loi passe nécessairement par des budgets appropriés. Le Mexique, par exemple, a adopté une loi imposant que des contraceptifs soient mis à la disposition de tous les citoyens, indépendant de leur âge ou de leur situation matrimoniale. Néanmoins, les taux de fécondité sont restés élevés chez les adolescentes, en particulier celles issues des ménages les plus défavorisés. Plusieurs organisations de la société civile ont étudié les budgets alloués et les dépenses consacrées aux services de santé sexuelle et reproductive aux échelles fédérale et nationale, et ont mis en évidence des goulots d'étranglement et des problèmes d'inefficacité concernant la mise à disposition des fonds pour les programmes locaux. Cette analyse a permis d'améliorer l'affectation des fonds de façon à atteindre

les communautés les plus défavorisées, dont les besoins en informations et en services relatifs à la contraception destinés aux adolescents n'étaient pas totalement satisfaits (Rajan, n.d.).

Pour permettre aux systèmes de santé d'appliquer intégralement une loi, certaines mesures peuvent être nécessaires : élaboration de directives médicales concernant la prestation de services, formation des agents de santé au contenu de ladite loi et à ses implications sur leur travail, renforcement des systèmes de logistique et d'approvisionnement afin d'assurer un accès ininterrompu aux médicaments et au matériel appropriés, systèmes d'information capables de recueillir des données sur le recours aux services et sur la qualité et l'impact de ces derniers, ajustement des mécanismes de financement de la santé afin de favoriser l'accessibilité économique des services, suivi de l'acceptabilité et de la qualité des services fournis, etc.

Certains facteurs sociétaux, notamment la religion et les normes de genre, peuvent influencer le degré d'application ou de respect des lois. Ainsi, dans les sociétés où les relations sexuelles avant le mariage sont jugées inacceptables, les lois permettant aux adolescents d'accéder à des moyens de contraception ne se traduisent pas nécessairement par un recours à la contraception si la stigmatisation liée à la sexualité chez les adolescents est trop forte.

Même en l'existence de législations favorables, d'autres problèmes peuvent affecter la capacité des personnes à protéger leur autonomie corporelle ou à accéder à des services de santé appropriés. Certaines peuvent être confrontées à des difficultés immédiates telles que la faim, la pauvreté ou des conditions de vie éprouvantes. Parfois, les services sont inabordables, ou les structures de garde d'enfants sont indisponibles ; il arrive également qu'un mari ou un proche s'ingère dans les décisions concernant les soins de santé ou la contraception.

Les décideurs doivent comprendre et combattre les facteurs structurels qui perpétuent ou exacerbent la pauvreté, empêchent l'accès à l'éducation ou à l'emploi et entraînent des discriminations fondées sur l'âge, l'origine ou l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, car ceux-ci risquent de compromettre les bénéfices attendus des législations favorables pour certains groupes. Ainsi, même dans les pays où les services de santé sexuelle et reproductive sont accessibles à tous au regard de la loi, des prestataires de santé peuvent tout de même en refuser l'accès aux personnes vivant avec le VIH, aux professionnel(le)s du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou aux personnes transgenres (ONUSIDA, 2017).

En outre, les citoyens ne sont pas forcément au courant des lois ou peuvent les trouver abstraites et sans rapport avec leur vie quotidienne.

Les lois et les politiques peuvent donner aux femmes le pouvoir de prendre leurs propres décisions, mais également jouer un rôle important en matière de redevabilité, notamment dans les soins de santé destinés aux différentes populations, en garantissant l'accès à la justice et aux mécanismes de recours et de réparation aux personnes dont les droits fondamentaux sont bafoués (OMS, 2015).

Indicateur 5.6.2 et suivi des législations favorables et des obstacles juridiques

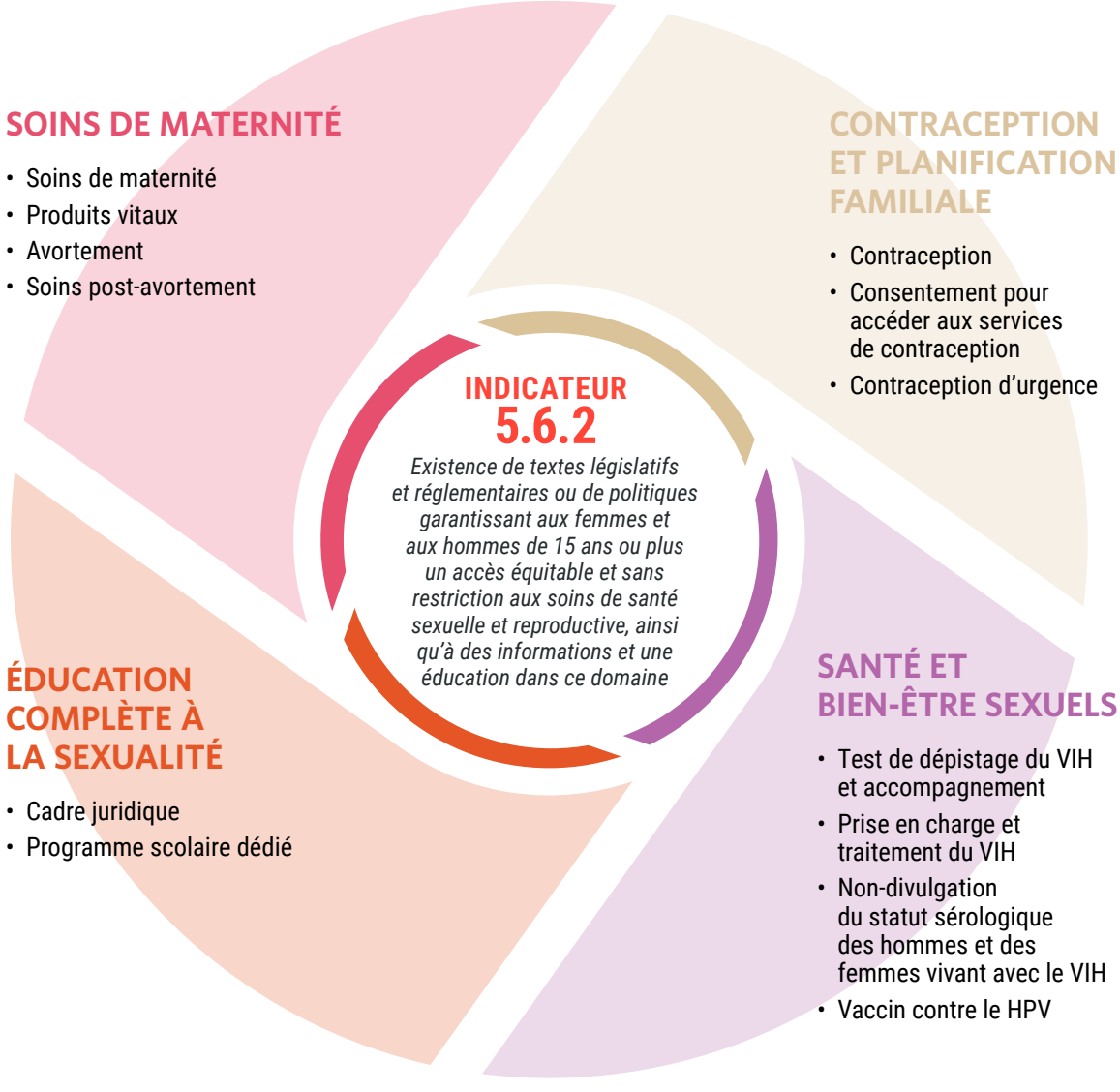
Pour aider les gouvernements à suivre les progrès accomplis dans la réalisation de la cible 5.6 des objectifs de développement durable, à savoir assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et reproductive et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la CIPD et le Programme d'action de Beijing,

les Nations Unies ont établi l'indicateur 5.6.2. Cet indicateur évalue « dans quelle mesure 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 » (UNFPA, 2020d).

Cet indicateur composite, qui s'inspire du droit international des droits de la personne, des consensus internationaux et des normes relatives aux droits fondamentaux, entend évaluer l'environnement législatif dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. Il couvre quatre grands thèmes : les soins de maternité, la contraception et la planification familiale,

FIGURE 8

Les quatre thèmes et les 13 composantes suivis par l'indicateur 5.6.2



l'éducation complète à la sexualité et les informations en la matière, ainsi que la santé et le bien-être sexuels (figure 8). Chacune des 13 composantes qui constituent ces quatre thèmes s'intéresse à des domaines susceptibles d'être régis par des lois. Pour chacune de ces composantes, des données sont recueillies concernant l'existence d'éléments juridiques propices (textes législatifs et réglementaires favorables) et d'obstacles juridiques, y compris les restrictions apportées aux législations et réglementations favorables (autorisation obligatoire d'un tiers, qui impose d'obtenir le consentement d'un parent, d'un époux, d'un juge ou d'un comité médical, par exemple).

Tous les aspects de cet indicateur concernent l'autonomie corporelle.

Pour chacune de ces composantes, l'indicateur évalue s'il existe une législation favorable et s'il y a d'éventuelles restrictions (limites en fonction de l'âge ou exigence d'une autorisation du conjoint, par exemple). Il évalue également s'il existe des systèmes juridiques concurrents (traditionnels, coutumiers ou déterminés par la religion) en parallèle de la législation nationale et susceptibles de restreindre l'applicabilité de cette dernière pour certains groupes de population (DAES, 2018).

L'indicateur 5.6.2 recueille donc des informations sur l'existence d'une législation favorable, mais également sur certains autres facteurs pouvant mettre en péril l'impact positif de la loi. Les données relatives à tous ces aspects servent à calculer des valeurs pour chaque pays et pour chacune des 13 composantes ; on calcule ensuite la moyenne de ces valeurs pour chacun des quatre grands thèmes et pour l'ensemble de l'indicateur (figures 9 et 10).

L'indicateur, calculé sur une échelle de 0 à 100, témoigne de la situation de chaque pays et des progrès accomplis quant à l'existence de textes législatifs et réglementaires nationaux visant à garantir un accès équitable et sans restriction à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. L'indicateur 5.6.2 mesure uniquement l'existence de textes législatifs et réglementaires, pas leur application.

Sur l'ensemble des pays ayant communiqué des données pour cet indicateur, les cinq ayant obtenu les valeurs globales les plus élevées sont la Suède (100), l'Uruguay (99), le Cambodge (98), la Finlande (98) et les Pays-Bas (98). Les cinq pays qui enregistrent les valeurs les plus faibles sont le Soudan du Sud (16), Trinité-et-Tobago (32), la Libye (33), l'Iraq (39) et le Belize (42).

Garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation

À ce jour, 107 gouvernements nationaux (autorités nationales chargées des statistiques et ministères de tutelle) ont communiqué des données relatives à l'indicateur 5.6.2 et à ses différentes composantes. Toutefois, on dispose de données complètes sur l'ensemble de l'indicateur pour seulement 75 de ces pays.

Le nombre de pays déclarants est différent pour chacun des quatre thèmes qui constituent l'indicateur global : 79 pays pour les soins de maternité, 104 pour les services contraceptifs, 98 pour l'éducation à la sexualité et 101 pour le VIH et le papillomavirus humain (HPV).

D'après l'indicateur global, dans les 75 pays pour lesquels on dispose de données complètes, les textes législatifs et réglementaires nécessaires pour garantir un accès équitable et sans restriction à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation sont en place à 73 pour cent en moyenne. Cependant, 20 pour cent des pays dotés de législations favorables présentent également des systèmes juridiques concurrents, ce qui porte à croire que ces législations ne bénéficient pas à tous les citoyens de ces pays.

FIGURE 9

Valeur combinée (en pourcentage) de l'indicateur 5.6.2 pour les 13 composantes relatives à la santé sexuelle et reproductive, par pays, regroupés par région

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

FIGURE 10

Degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine

	Soins de maternité					Services de contraception				Éducation sexuelle			VIH et HPV					Valeur globale (toutes catégories confondues) pour l'indicateur 5.6.2
	Soins de maternité	Produits vitaux	Avortement	Soins post-avortement	Moyenne	Services de contraception	Consentement pour la contraception	Contraception d'urgence	Moyenne	Cadre juridique pour l'éducation complète à la sexualité	Programme d'éducation complète à la sexualité	Moyenne	Services de dépistage du VIH et d'accompagnement	Services de prise en charge et de traitement du VIH	Non-divulgation du statut sérologique	Vaccin contre le HPV	Moyenne	
Afghanistan	100	92	0	100	**73**	60	0	50	**37**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**54**
Afrique du Sud	100	100	75	100	**94**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**95**
Albanie	100	77	50	100	**82**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	80	100	100	0	**70**	**82**
Allemagne	100	46	50	75	**68**	80	100	75	**85**	–	–	**–**	100	100	100	100	**100**	**–**
Angola	100	62	0	100	**65**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**66**
Antigua-et-Barbuda	–	85	0	100	**–**	0	100	0	**33**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Arabie saoudite	75	–	–	–	**–**	100	100	100	**100**	–	–	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Arménie	75	100	100	100	**94**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	80	100	100	0	**70**	**87**
Australie	100	–	0	100	**–**	80	100	100	**93**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Bangladesh	0	85	–	100	**–**	0	0	0	**0**	100	88	**94**	40	40	75	0	**39**	**–**
Barbade	100	77	75	0	**63**	60	0	0	**20**	0	0	**0**	80	80	100	0	**65**	**44**
Bélarus	100	85	75	100	**90**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	75	0	**69**	**87**
Belgique	–	–	100	0	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Belize	0	100	0	100	**50**	0	0	0	**0**	0	100	**50**	60	80	100	0	**60**	**42**
Bénin	100	100	50	100	**88**	80	100	50	**77**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**91**
Botswana	100	92	–	0	**–**	80	100	100	**93**	100	88	**94**	40	80	100	100	**80**	**–**
Burkina Faso	75	100	0	100	**69**	80	0	75	**52**	100	50	**75**	60	100	100	100	**90**	**72**
Burundi	75	92	50	100	**79**	40	0	75	**38**	0	100	**50**	100	100	100	0	**75**	**64**
Cambodge	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**98**
Cameroun, République du	100	92	25	100	**79**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	–	–	–	0	**–**	**–**
Chine	100	62	–	100	**–**	100	100	100	**100**	–	–	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Colombie	100	92	75	100	**92**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**97**
Congo, République démocratique du	100	92	–	100	**–**	80	100	75	**85**	–	–	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Congo, République du	100	100	-25	0	**44**	100	100	75	**92**	0	0	**0**	60	80	100	0	**60**	**53**
Corée, République populaire démocratique de	75	77	100	100	**88**	100	100	100	**100**	100	25	**63**	100	100	100	0	**75**	**83**
Costa Rica	100	77	25	0	**50**	100	100	0	**67**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**62**
Côte d'Ivoire	100	100	25	0	**56**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**63**
Danemark	100	100	50	100	**88**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	80	80	100	100	**90**	**90**

	Soins de maternité					Services de contraception				Éducation sexuelle			VIH et HPV					Valeur globale (toutes catégories confondues) pour l'indicateur 5.6.2
	Soins de maternité	Produits vitaux	Avortement	Soins post-avorte-ment	Moyenne	Services de contra-ception	Consente-ment pour la contra-ception	Contra-ception d'urgence	Moyenne	Cadre juri-dique pour l'éducation complète à la sexualité	Programme d'éducation complète à la sexualité	Moyenne	Services de dépistage du VIH et d'accompa-gnement	Services de prise en charge et de traitement du VIH	Non-divulgation du statut sérologique	Vaccin contre le HPV	Moyenne	
Égypte	100	54	-50	100	**51**	60	0	50	**37**	0	0	**0**	80	80	100	0	**65**	**44**
El Salvador	100	100	-25	100	**69**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	0	**75**	**83**
Fédération de Russie	100	77	–	100	**–**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Finlande	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**98**
Gabon	100	100	0	100	**75**	40	0	25	**22**	100	100	**100**	40	100	50	0	**48**	**58**
Gambie	100	100	25	100	**81**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	40	20	100	100	**65**	**83**
Géorgie	100	85	75	100	**90**	100	100	100	**100**	100	88	**94**	80	80	100	100	**90**	**93**
Grèce	100	62	75	0	**59**	100	0	0	**33**	0	0	**0**	80	80	100	100	**90**	**54**
Guatemala	100	85	–	0	**–**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	80	80	100	0	**65**	**–**
Guinée	100	100	–	100	**–**	100	100	100	**100**	–	100	**–**	100	100	100	0	**75**	**–**
Guinée équatoriale	–	100	–	–	**–**	–	–	–	**–**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Guinée-Bissau	100	100	100	0	**75**	80	100	75	**85**	0	100	**50**	80	80	100	0	**65**	**70**
Guyana	100	92	75	100	**92**	60	100	50	**70**	100	100	**100**	60	60	75	0	**49**	**75**
Haïti	100	92	0	100	**73**	80	100	75	**85**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**65**
Honduras	50	–	-25	0	**–**	80	100	0	**60**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Inde	–	85	75	–	**–**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	60	100	100	–	**–**	**–**
Iran, République islamique d'	100	100	0	–	**–**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Iraq	75	77	0	0	**38**	80	0	0	**27**	0	0	**0**	80	100	100	0	**70**	**39**
Japon	100	85	0	0	**46**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**83**
Kazakhstan	75	69	75	100	**80**	100	100	0	**67**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**63**
Kirghizistan	100	92	50	50	**73**	60	100	50	**70**	100	88	**94**	60	100	100	0	**65**	**73**
Lettonie	100	31	75	0	**51**	0	100	0	**33**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**70**
Libéria	100	92	–	100	**–**	80	100	75	**85**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Libye	75	77	-25	0	**32**	0	0	0	**0**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**33**
Lituanie	100	92	75	100	**92**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	60	60	100	100	**80**	**88**
Malaisie	75	77	-25	75	**50**	80	100	75	**85**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**81**
Malawi	25	100	-50	75	**38**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	80	80	100	100	**90**	**76**
Maldives	0	92	25	0	**29**	0	0	0	**0**	100	63	**81**	100	100	100	0	**75**	**45**
Mali	100	100	50	100	**88**	80	100	100	**93**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**79**
Malte	100	100	-25	100	**69**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**90**
Maurice	100	85	50	100	**84**	60	100	50	**70**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**73**
Mauritanie	50	85	-25	0	**27**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	100	**100**	**62**
Mexique	100	–	–	0	**–**	100	100	100	**100**	100	88	**94**	–	–	–	100	**–**	**–**
Moldova, République de	75	100	75	100	**88**	100	100	0	**67**	100	–	**–**	80	80	75	100	**84**	**–**

	Soins de maternité					Services de contraception				Éducation sexuelle			VIH et HPV					Valeur globale (toutes catégories confondues) pour l'indicateur 5.6.2
	Soins de maternité	Produits vitaux	Avortement	Soins post-avorte-ment	Moyenne	Services de contra-ception	Consente-ment pour la contra-ception	Contra-ception d'urgence	Moyenne	Cadre juri-dique pour l'éducation complète à la sexualité	Programme d'éducation complète à la sexualité	Moyenne	Services de dépistage du VIH et d'accompa-gnement	Services de prise en charge et de traitement du VIH	Non-divulgation du statut sérologique	Vaccin contre le HPV	Moyenne	
Monténégro	75	100	75	75	**81**	60	0	50	**37**	0	0	**0**	80	80	75	0	**59**	**52**
Mozambique	100	92	25	100	**79**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**94**
Myanmar	100	92	-25	100	**67**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	0	**75**	**82**
Namibie	100	100	50	100	**88**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**96**
Népal	100	77	50	100	**82**	100	100	0	**67**	0	0	**0**	0	0	100	0	**25**	**48**
Niger	100	100	–	100	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	80	100	100	100	**95**	**–**
Nigéria	–	100	75	0	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Nouvelle-Zélande	100	100	25	100	**81**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**94**
Ouzbékistan	100	69	75	–	**–**	100	100	0	**67**	–	–	**–**	–	–	–	0	**–**	**–**
Pakistan	100	92	-50	100	**61**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**65**
Palestine*	100	77	-50	100	**57**	80	100	75	**85**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**60**
Pays-Bas	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**98**
Pérou	100	–	–	100	**–**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Philippines	100	77	-25	100	**63**	60	100	0	**53**	100	100	**100**	80	80	100	100	**90**	**75**
République arabe syrienne	100	85	-50	100	**59**	80	100	100	**93**	100	88	**94**	100	100	100	0	**75**	**77**
République centrafricaine	100	100	0	100	**75**	60	100	50	**70**	100	88	**94**	100	100	100	0	**75**	**77**
République démocratique populaire lao	100	100	50	100	**88**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**96**
République tchèque	100	15	100	100	**79**	0	0	0	**0**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**70**
Roumanie	–	–	–	–	**–**	–	–	–	**–**	0	0	**0**	–	–	–	–	**–**	**–**
Royaume-Uni	100	100	0	100	**75**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**92**
Saint-Vincent-et-les Grenadines	100	62	25	100	**72**	80	100	100	**93**	100	100	**100**	80	100	100	0	**70**	**81**
Sainte-Lucie	100	92	–	100	**–**	60	100	50	**70**	100	100	**100**	80	80	75	100	**84**	**–**
Sao Tomé-et-Principe	0	100	0	100	**50**	0	0	0	**0**	100	0	**50**	100	100	100	100	**100**	**54**
Sénégal	25	92	–	100	**–**	40	0	25	**22**	0	0	**0**	40	80	75	–	**–**	**–**
Serbie	100	92	25	100	**79**	100	100	100	**100**	100	0	**50**	100	100	100	100	**100**	**86**
Sierra Leone	100	100	50	0	**63**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**65**
Slovénie	100	54	–	100	**–**	100	100	100	**100**	–	–	**–**	100	100	100	100	**100**	**–**
Somalie	0	85	–	100	**–**	0	0	0	**0**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**–**
Soudan	100	85	25	100	**77**	60	0	75	**45**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**57**
Soudan du Sud	0	100	0	0	**25**	20	0	0	**7**	0	88	**44**	0	0	0	0	**0**	**16**
Sri Lanka	100	77	-25	100	**63**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**89**

	Soins de maternité					Services de contraception				Éducation sexuelle			VIH et HPV					Valeur globale (toutes catégories confondues) pour l'indicateur 5.6.2
	Soins de maternité	Produits vitaux	Avortement	Soins post-avortement	Moyenne	Services de contraception	Consentement pour la contraception	Contraception d'urgence	Moyenne	Cadre juridique pour l'éducation complète à la sexualité	Programme d'éducation complète à la sexualité	Moyenne	Services de dépistage du VIH et d'accompagnement	Services de prise en charge et de traitement du VIH	Non-divulgation du statut sérologique	Vaccin contre le HPV	Moyenne	
Suède	100	100	100	100	**100**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**100**
Suisse	100	100	0	100	**75**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**92**
Suriname	100	62	0	0	**40**	60	0	0	**20**	0	0	**0**	80	80	100	100	**90**	**45**
Tanzanie, République-Unie de	100	100	–	100	**–**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**–**
Tchad	100	100	75	100	**94**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**75**
Togo	100	100	50	100	**88**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**73**
Trinité-et-Tobago	25	85	0	25	**34**	0	0	0	**0**	100	100	**100**	40	40	0	0	**20**	**32**
Tunisie	100	100	**–**	100	**–**	100	–	–	**–**	0	0	**0**	0	0	75	0	**19**	**–**
Turquie	100	100	0	100	**75**	80	100	75	**85**	–	–	**–**	80	100	100	0	**70**	**–**
Ukraine	100	69	75	100	**86**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	0	**75**	**88**
Uruguay	100	85	100	100	**96**	100	100	100	**100**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**99**
Viet Nam	50	77	25	0	**38**	80	0	75	**52**	0	100	**50**	100	100	100	0	**75**	**54**
Yémen	25	100	0	100	**56**	100	100	100	**100**	0	0	**0**	100	100	100	0	**75**	**63**
Zambie	100	100	50	100	**88**	60	100	75	**78**	100	100	**100**	100	100	100	100	**100**	**91**

Source : Fonds des Nations Unies pour la population, bases de données mondiales, 2020. D'après les réponses officielles à la 12e enquête sur la population et le développement menée par l'ONU auprès des gouvernements.

Une valeur négative est le signe d'une prépondérance des restrictions légales sur les lois de soutien. Cela se traduira, par exemple, par la mise en place de limitations, dans un pays ou territoire donné, concernant l'accès à l'avortement (consentement du mari requis, notamment), criminalisant ainsi la pratique de ce droit.

Les données manquantes sont symbolisées par le signe –.

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

Environ 80 pour cent des pays pour lesquels des données sont disponibles indiquent être dotés de lois visant à protéger ou à favoriser la santé et le bien-être sexuels. Environ 75 pour cent déclarent disposer des textes législatifs et réglementaires nécessaires pour garantir un accès équitable et sans restriction à la contraception. Environ 71 pour cent ont adopté des lois garantissant l'accès aux « soins de maternité » en général (services et produits de santé maternelle, avortement et soins post-avortement), et 56 pour cent affirment avoir des lois favorisant l'éducation complète à la sexualité.

Une analyse des valeurs globales calculées pour l'indicateur 5.6.2 révèle que les résultats des pays, qu'ils soient bons ou mauvais, ne dépendent pas de leur niveau de revenu. Des pays de tout niveau de revenu peuvent ainsi créer un environnement juridique et réglementaire favorable (figure 11).

Santé et bien-être sexuels

En ce qui concerne le VIH, pratiquement tous les pays font état de textes législatifs et réglementaires qui garantissent l'accès aux services de conseil et de dépistage volontaires, aux traitements et aux soins et qui protègent la confidentialité. Toutefois, dans certains de ces pays, la coexistence de plusieurs systèmes juridiques peut entraver cet accès, et certains peuvent imposer des restrictions en fonction de l'âge ou le consentement d'un tiers.

Un peu plus de 50 pour cent des pays déclarants ont mis en place des lois ou des réglementations afin de garantir l'accès des adolescentes au vaccin contre le HPV. D'après une récente étude concernant l'introduction des vaccins contre le HPV dans 45 pays à revenu faible et intermédiaire, la réussite de cette introduction dépend par-dessus tout de la volonté politique et des financements obtenus, mais passe également par une planification solide, par la mobilisation de la société et par une communication claire (Howard *et al.*, 2017).

Contraception et planification familiale

Sur 104 pays, 91 pour cent ont indiqué être dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant l'accès aux services contraceptifs ; cependant, dans un certain nombre d'entre eux, cet accès dépend du respect d'un âge minimal, de l'autorisation d'un tiers ou de la situation matrimoniale.

Dans 12 pour cent des 104 pays disposant de lois qui protègent l'accès aux services contraceptifs, des systèmes juridiques concurrents viennent contredire les législations et réglementations favorables. Bien que 87 pour cent des pays déclarants fassent état de textes législatifs et réglementaires assurant le consentement total, libre et éclairé des intéressés avant l'obtention de services contraceptifs (stérilisation, notamment), 9 pour cent de ces pays signalent l'existence de systèmes juridiques concurrents qui contredisent ces lois.

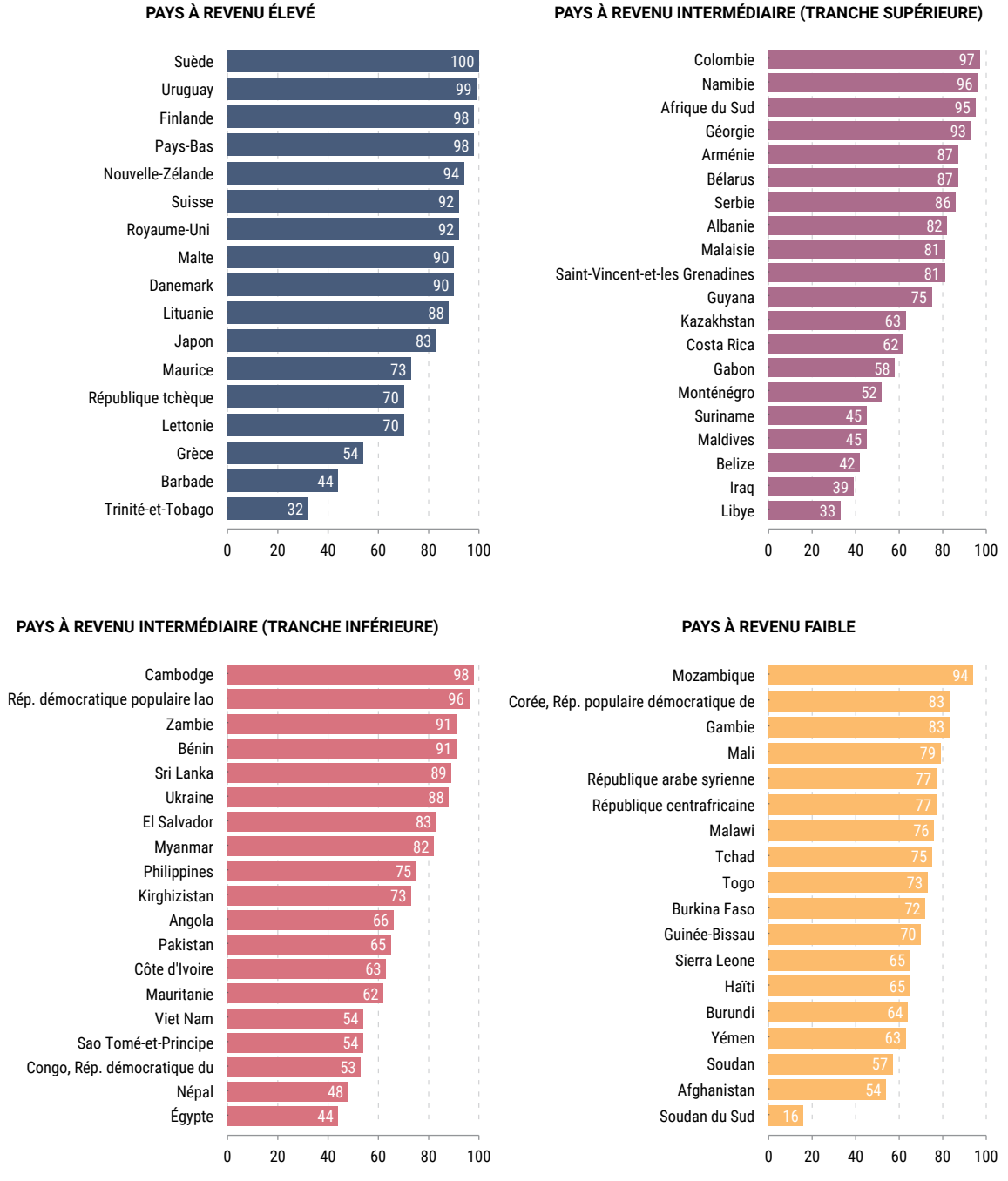
Soins de maternité

Le volet « soins de maternité » de l'indicateur 5.6.2 couvre quatre composantes : les lois garantissant l'accès aux services de soins de maternité, les médicaments et produits vitaux, l'avortement et les soins post-avortement. Les données relatives à chacun de ces domaines sont examinées ci-après.

Illustration de Tyler Spangler

FIGURE 11

Valeurs globales (en pourcentage) de l'indicateur 5.6.2 montrant que l'existence de lois et de réglementations propices à la santé sexuelle et reproductive ne dépend pas du niveau de revenu d'un pays



Quoi qu'en dise la loi : la réalité des inégalités d'accès à l'avortement

« Un jour, une femme a été amenée d'un village isolé ; elle était dans un état très grave… Elle avait essayé de provoquer elle-même un avortement », se souvient Nuriye Ortayli, gynécologue-obstétricienne en Turquie dans les années 1980 et 1990. « Aussi bien parmi les jeunes internes que parmi le personnel plus expérimenté, nous avons fait ce qui était en notre pouvoir pendant bien plus de 12 heures… près de 24 heures. On a tenté tout ce qu'on a pu. Mais elle est décédée. »

Pourtant, le témoignage de Dre Ortayli ne concerne pas un avortement illégal pratiqué clandestinement. À l'époque, des services d'avortement médicalisé étaient légalement disponibles en Turquie. « Si elle avait pu venir à l'hôpital… on aurait pu procéder sous anesthésie locale », explique-t-elle. Au lieu de cela, ce qu'elle raconte témoigne d'une réalité à laquelle se heurtent des femmes et des prestataires de santé du monde entier : des avortements sont pratiqués, souvent, même dans les endroits où cette procédure fait l'objet d'importantes restrictions ou est illégale (Bearak *et al.*, 2020), et les femmes sont régulièrement empêchées de bénéficier d'un avortement médicalisé, même dans les régions où cette pratique est légalement autorisée (Gerdts *et al.*, 2015). Par conséquent, quelle que soit la législation, ce sont souvent d'autres facteurs (ressources économiques, distance des services ou normes sociales, par exemple) qui déterminent si une femme pourra accéder à un avortement médicalisé.

Dre Ortayli a été témoin de ce phénomène à la fois en tant que médecin en Turquie et en tant que responsable de programme et conseillère en santé reproductive auprès d'organisations actives dans le domaine de la santé, parmi lesquelles l'UNFPA, en Europe de l'Est, au Moyen-Orient, en Afrique de l'Ouest et dans les Amériques. « On voit ça sans arrêt. Peu importe le statut légal de l'avortement dans un pays, les femmes prennent cette décision et trouvent un moyen de la mettre à exécution », confie-t-elle. « Les plus aisées parviennent en quelque sorte à rester en meilleure santé que les autres, parce qu'elles ont des opportunités, de l'argent, un réseau. Celles qui sont économiquement, socialement ou culturellement défavorisées souffrent davantage. »

« Peu importe le statut légal de l'avortement dans un pays, les femmes prennent cette décision et trouvent un moyen de la mettre à exécution. »

Quel que soit le statut légal de l'avortement, les femmes aisées trouvent généralement un moyen d'y avoir accès, tandis que les femmes défavorisées s'exposent à des risques plus importants. Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo de JESHOOTS (Unsplash).

Même lorsque l'avortement était strictement interdit dans quasiment toutes les circonstances en Irlande, un grand nombre de femmes souhaitant bénéficier de cette procédure ont pu se rendre à l'étranger afin de l'obtenir. « Dans bien des cas, si les femmes étaient déterminées à subir un avortement, elles finissaient pas y parvenir », explique Caitríona Henchion, directrice médicale de l'Association irlandaise de planification familiale.

Pour beaucoup de femmes, et même pour la plupart, la loi n'a pas empêché l'avortement, mais a « souvent retardé le moment où elles ont pu y avoir recours », ajoute Dre Henchion. « Toute cette période d'attente générait beaucoup de stress et d'anxiété… [et] augmentait évidemment les risques liés à la procédure. »

Selon elle, seul « un groupe relativement réduit » n'a pas été en mesure de se rendre à l'étranger pour se faire avorter. Il s'agissait en particulier « de femmes qui ne parlaient pas bien l'anglais, d'étrangères qui, n'ayant pas la pleine citoyenneté, ne pouvaient pas [quitter le pays et y revenir facilement], d'adolescentes potentiellement tributaires du consentement de leurs parents, de personnes n'ayant absolument pas les moyens de voyager… ou de femmes qui n'avaient personne à qui se confier [au sujet de leur grossesse] ou ne connaissaient personne susceptible de leur venir en aide. »

Bien que Dre Henchion n'ait pas été en mesure de pratiquer des avortements à l'époque, elle pouvait cependant assurer des soins post-avortement, en général après que les femmes eurent obtenu des pilules de manière illégale afin de provoquer un avortement médicalisé. « Dans la plupart des cas, cette méthode est sûre et efficace et les femmes ne rencontrent pas de problèmes ou de complications », explique-t-elle, si bien que seule une fraction des avortements pratiqués de cette manière aient été portés à l'attention du système de santé. Pourtant, il était « relativement fréquent » de recevoir des patientes présentant des saignements abondants ou prolongés et « […] des femmes qui avaient peut-être pris des pilules abortives chez elles à un stade de gestation plus avancé qu'elles ne le pensaient ou qu'elles n'auraient dû l'être pour pouvoir recourir à cette méthode ».

Ces circonstances étaient difficiles pour les médecins, se souvient Dre Henchion. Parfois, les patientes la suppliaient de leur fournir des informations sur l'avortement ou de les orienter vers des services qu'elle n'était pas en mesure de proposer légalement. Au bout du compte, les réglementations semblaient produire des résultats tangibles pour les personnes qui disposaient d'argent et de ressources, mais il en était autrement pour celles qui n'en avaient pas. « C'est ce que j'ai toujours ressenti », affirme-t-elle. Dre Henchion a été l'une des principales partisanes de la légalisation de l'avortement en Irlande, qui a été adoptée à la suite d'un référendum en 2018.

Mais aujourd'hui encore, les personnes les plus défavorisées continuent de se heurter à des obstacles plus importants et de courir des risques plus élevés. « Certaines régions du pays ne disposent pratiquement d'aucun accès aux services compétents », indique Dre Henchion. Certaines femmes doivent encore se déplacer pour avoir accès à un avortement sûr, donnant lieu à des délais et à des coûts supplémentaires. Les immigrées sans papiers et les personnes qui ne parlent pas l'anglais continuent également à être confrontées à des difficultés.

Dre Ortayli évoque des frustrations similaires : « J'ai exercé en cabinet privé pendant sept ou huit ans à Istanbul et je recevais beaucoup de patientes de la région du Golfe, où [l'avortement] est plus difficile d'accès. Bien entendu, ces femmes étaient celles qui pouvaient se le permettre. » Elle avait conscience que les femmes vulnérables de son propre pays luttaient alors pour bénéficier du même niveau de soins, que ce soit en raison de la distance qui les séparait des services ou des règles relatives à l'autorisation du conjoint. « J'ai vu des hommes se servir de la législation comme d'une arme envers les femmes, par exemple, lorsqu'une femme veut divorcer mais qu'elle tombe enceinte et que son mari ne la laisse pas avorter pour la retenir. »

Elle se félicite néanmoins que la possibilité d'interrompre une grossesse soit proposée en Turquie, même si les conditions d'accès sont inégales. Elle se rappelle avoir été affligée par le décès d'une de ses patientes à la suite d'un avortement dangereux. Un médecin plus expérimenté lui avait raconté que la situation était encore pire auparavant. « Il disait qu'avant la libéralisation légale [de l'avortement], dans le même service, nous perdions

des femmes comme elle, peut-être deux ou trois chaque semaine. »

Et paradoxalement, selon Dre Henchion, la légalisation de l'avortement en Irlande a donné à de nombreuses femmes une possibilité supplémentaire, celle de changer d'avis. Auparavant, lorsque les femmes devaient se rendre à l'étranger pour avorter, elles pouvaient se sentir obligées de se soumettre à la procédure après avoir consacré du temps et des ressources à son organisation. « La pression à laquelle elles étaient confrontées lorsqu'il s'agissait de prendre la décision était considérable… C'était leur seule chance de décider ou non de le faire. » Mais aujourd'hui, ajoute-t-elle, « on peut réellement donner aux patientes toutes les informations dont elles ont besoin et leur laisser suffisamment de temps pour qu'elles puissent réfléchir ».

Selon elle, ces changements sont d'autant plus importants à l'heure actuelle dans le cadre de la pandémie de COVID-19. « Dans le contexte actuel, avec les limitations de déplacement [liées à la pandémie], nous serions confrontés à une situation extrêmement préoccupante si nous n'avions pas légalisé l'avortement au moment où nous l'avons fait… Il y a eu beaucoup de cas de grossesses non désirées à cause de la COVID-19, chez des personnes qui ont peut-être perdu leur emploi ou dont la situation a radicalement changé, et elles ont toujours accès à ces services. »

Sur 79 pays, 95 pour cent ont indiqué être dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant l'accès aux soins de maternité. L'accès aux services dans certains de ces pays dépend toutefois de la situation matrimoniale, de l'âge et de l'autorisation d'un tiers (parent ou conjoint).

Seuls 44 pour cent de ces pays ont déclaré que leur liste nationale des médicaments essentiels comprenait l'ensemble des 13 produits jugés « vitaux » par la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile. Trois des 13 produits de cette liste, des contraceptifs (préservatifs féminins, implants contraceptifs et contraception d'urgence), figurent moins souvent que les 10 autres sur les listes nationales de médicaments essentiels.

Quatre-vingt-treize pour cent des 79 pays ont indiqué que l'avortement était légal, au moins dans certains cas : 90 pour cent l'autorisent pour sauver la vie d'une femme, environ 80 pour cent pour préserver sa santé physique ou dans les cas de malformation fœtale, et un peu plus de 60 pour cent dans les cas de viol.

La restriction la plus fréquemment citée concernant l'avortement dans ces pays est l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un professionnel du corps médical. Cette restriction peut être considérée comme une discrimination à l'égard des personnes qui se heurtent à des obstacles en matière d'accès aux services de santé en général, ou dont les prestataires de santé refusent de pratiquer des avortements en raison de croyances personnelles ou sociétales condamnant cette procédure. L'avortement médicamenteux est une solution sûre qui ne nécessite pas forcément l'intervention directe d'un médecin. Avec ce type d'avortement, les intéressés peuvent être conseillés par une personne n'appartenant

pas au corps médical dans les pharmacies où sont fournis les comprimés, par d'autres professionnels de la santé ou via des téléconsultations et des lignes d'assistance téléphonique destinées aux questions liées à l'avortement médicalisé.

Les pays où les femmes peuvent légalement bénéficier de services d'avortement et où on leur donne accès à toutes les méthodes de contraception et aux informations en la matière affichent les taux d'avortement les plus faibles (Groupe de travail des Nations Unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, 2017). Une étude réalisée à partir des données de 61 pays a révélé que dans les pays interdisant totalement l'avortement ou l'autorisant uniquement pour sauver la vie d'une femme ou sa santé physique, seuls 25 pour cent des avortements étaient pratiqués de manière sûre. Dans les pays où l'avortement est légal dans davantage de situations, près de 90 pour cent des avortements étaient sans danger (Ganatra *et al.*, 2017). Les avortements sont considérés comme sûrs lorsqu'ils sont pratiqués suivant une méthode recommandée par l'OMS et adaptée au stade de la grossesse, et par une personne possédant les compétences nécessaires. Ces avortements peuvent être réalisés à l'aide de comprimés (avortements médicamenteux) ou dans le cadre d'une procédure ambulatoire.

Les déclarations internationales telles que le Programme d'action de la CIPD affirment que les soins post-avortement doivent être universellement disponibles, indépendamment du statut légal de l'avortement. Cependant, seuls environ 80 pour cent des 79 pays pour lesquels on dispose de données sont dotés de textes législatifs ou réglementaires assurant l'accès à ce type de soins indépendamment du caractère légal ou non de l'avortement. Cette divergence entre les cadres juridiques internationaux et les législations nationales de certains pays est source de lacunes dans la prestation de services, lesquelles peuvent contribuer à la mortalité et à la morbidité maternelles.

Éducation complète à la sexualité et informations en la matière

Seuls 62 pour cent des pays déclarants disposent de lois, de réglementations ou de politiques nationales faisant de l'éducation complète à la sexualité un élément obligatoire des programmes scolaires nationaux.

Limites de l'indicateur

Aucun indicateur ne peut à lui seul rendre compte de l'ensemble de la situation s'agissant des environnements juridique et réglementaire. Et ce, en raison de la complexité des dispositifs, caractérisée par une multitude de lois et de réglementations influant sur les résultats en matière de santé et par les délais importants séparant la création des lois de leur pleine application. Par conséquent, la mise en corrélation est tout sauf évidente entre les performances d'un pays au regard de l'indicateur 5.6.2 et l'obtention de résultats pertinents en matière de santé sexuelle et reproductive. Les données de l'indicateur 5.6.2 servent de point de départ à la réalisation d'une enquête plus approfondie portant sur les forces et les faiblesses des lois et réglementations telles qu'elles existent sur le papier, et sur leur mise en œuvre.

Toutes les lois et réglementations évaluées dans le cadre de l'indicateur 5.6.2 concernent uniquement la prestation de services de santé, ce qui permet de dresser un tableau décisif mais incomplet de la situation. Il importe également de mieux comprendre les lois et les nombreux autres facteurs qui favorisent ou réduisent l'autonomie des femmes ainsi que leur autonomisation de manière générale, et la façon dont ces facteurs influent plus directement sur le pouvoir décisionnel individuel en matière de santé sexuelle et reproductive.

Qui plus est, l'indicateur 5.6.2 ne permet de prendre en compte que quelques-uns des domaines de la santé associés à l'autonomie corporelle.

Il ne tient pas compte des lois régissant d'autres questions majeures, telles que le viol conjugal, l'autodétermination en matière d'identité sexuelle, les interventions chirurgicales génitales chez les nourrissons intersexués et l'activité sexuelle entre personnes du même sexe.

D'autres lois encadrant la prestation de services de santé relèvent également de l'autonomie corporelle, mais ne sont pas prises en compte par l'indicateur 5.6.2. Ces lois comportent notamment des dispositions en matière de non-discrimination, de respect de la vie privée et d'accès à la justice. Par exemple, lorsque l'identité ou la profession d'une personne risque d'être criminalisée, comme dans le cas des personnes transgenres ou des professionnel(le)s du sexe, la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé sont souvent monnaie courante. Cet état de fait constitue un obstacle à l'accès aux services susceptibles de jouer un rôle dans la protection de l'autonomie corporelle (Commission mondiale sur le VIH et le droit, 2012).

Les dernières réformes juridiques ouvrent la voie au changement

Les pays du monde entier ont commencé à adopter des lois et réglementations visant à garantir l'égalité et l'accès plein et entier à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. Bien que l'impact de ces mesures positives reste à évaluer, elles constituent néanmoins une avancée notable vers la garantie de l'autonomie corporelle.

En Tunisie, par exemple, le viol conjugal n'a pas toujours été considéré comme un crime. Cependant, en 2017, le Parlement a adopté une loi générale sur la violence basée sur le genre prévoyant la criminalisation explicite du viol conjugal. La nouvelle loi a également permis de combler un vide juridique qui permettait aux violeurs d'échapper à la sanction s'ils épousaient la femme (ou la fille) qu'ils avaient violée (McCormick-Cavanagh, 2017).

À Malte, la loi de 2015 sur l'identité de genre, l'expression du genre et les caractères sexuels a reconnu un droit à « l'intégrité corporelle et à l'autonomie physique » dans le cadre du droit à l'identité de genre. La loi interdit « tout traitement d'assignation sexuelle et/ou toute intervention chirurgicale sur les caractères sexuels d'un mineur, dont le traitement et/ou l'intervention peuvent être différés jusqu'à ce que la personne concernée puisse donner son consentement éclairé » (Cabral, 2015).

En Irlande, une loi a été adoptée en 2015 permettant aux personnes transgenres âgées de plus de 18 ans de déclarer leur genre sans le recours d'un certificat médical ou de toute autre intervention de la part des autorités publiques (Transgender Europe, 2015). L'Irlande est le quatrième pays au monde à avoir instauré une telle loi, après le Danemark, Malte et l'Argentine (Heidari, 2015).

Enfin, en 2019, le Botswana est le dernier pays en Afrique à avoir dépénalisé les comportements ou actes sexuels entre adultes consentants du même sexe, en invoquant les droits à la vie privée, à la dignité et à la non-discrimination (Esterhuizen, 2019).

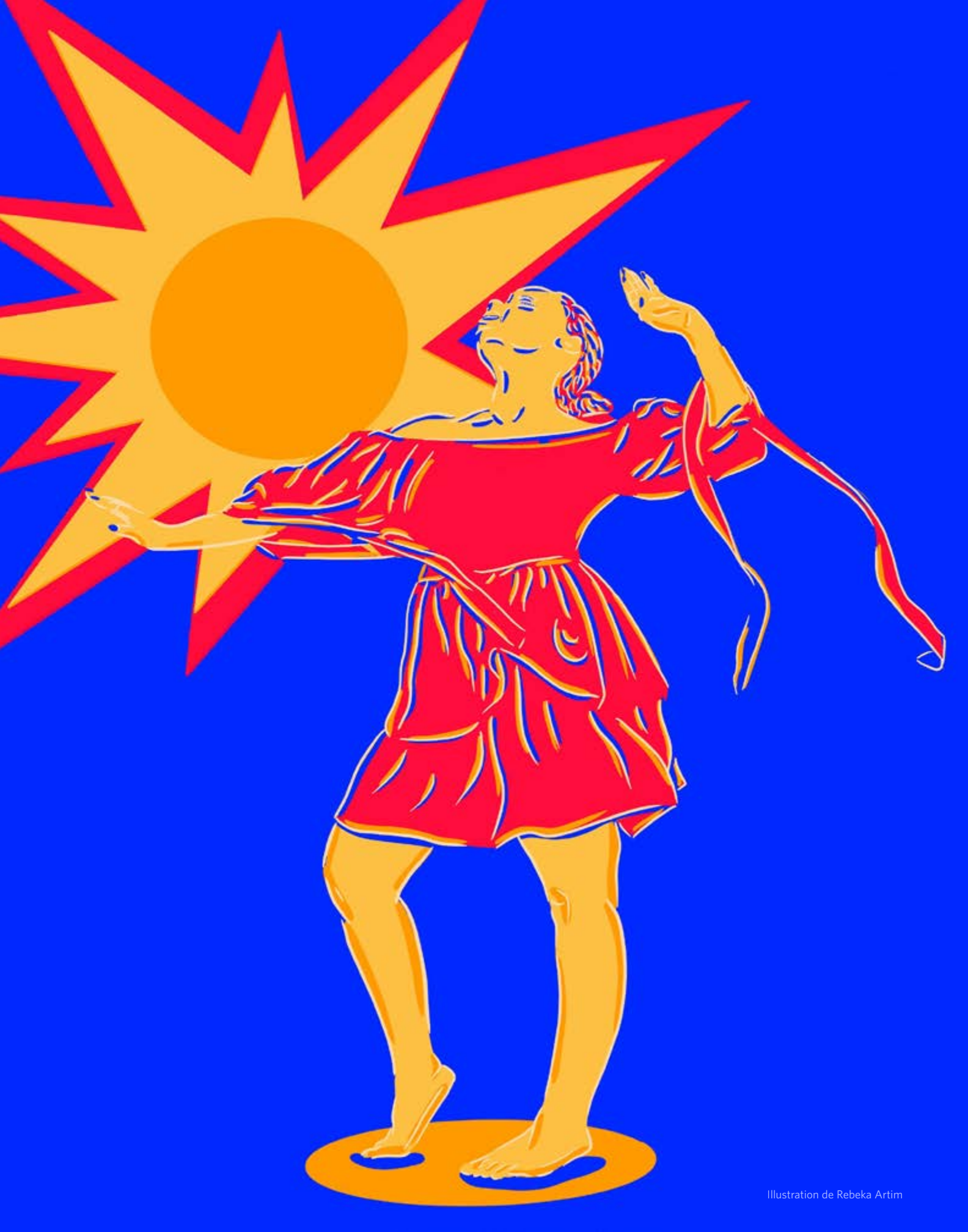


Illustration de Rebeka Artim

LE POUVOIR D'ACCEPTER, LE DROIT DE REFUSER

Le degré d'autonomie corporelle dépend du contexte en matière d'égalité des sexes et de l'éventail de choix et de perspectives pour les femmes, les filles et les groupes exclus

Les femmes et les mouvements qui les représentent ont toujours considéré la capacité de choisir comme étant synonyme de pouvoir. Et quoi de plus fondamental que les choix liés à notre propre corps ?

La revendication de la liberté de choisir semble être un concept moderne, mais déjà en 400 av. J.-C., la gynécologue grecque Agnodice refusait de reconnaître une loi interdisant aux femmes le droit de pratiquer la médecine et de faire prévaloir leur liberté de choix. Poursuivie en justice pour avoir continué de traiter des patientes, elle gagna son procès et la loi fut abrogée. Les siècles qui se sont écoulés depuis lors ont vu émerger la revendication par les femmes de leur autonomie et de leur liberté de choisir ; mentionnons également les mouvements de femmes des dernières décennies qui se sont regroupés autour du cri de ralliement « notre corps, notre choix ».

L'autonomie corporelle implique de nombreux facteurs, mais ceux-ci renvoient toujours au pouvoir de prendre ses propres décisions. Le suivi de l'autonomie corporelle dans le cadre des objectifs de développement durable met l'accent sur la capacité à prendre ses propres décisions dans trois domaines essentiels : la santé, la contraception et la sexualité.

Mais ces décisions sont influencées par bien d'autres facteurs. Peu de progrès pourront être réalisés sans l'élimination d'un obstacle intrinsèque à la capacité de faire des choix : la discrimination sexiste, qui est ancrée dans la structure de nos sociétés, de nos économies et de nos systèmes politiques, et qui est alimentée par les privilèges et le pouvoir encore majoritairement détenus par les hommes.

La liberté de choisir est essentielle car elle constitue le fondement de nombreux autres droits, et parce que les avantages qui en découlent sont multiples. Une femme qui est en mesure de prendre ses propres décisions en matière de sexualité, de contraception et de santé reproductive est également susceptible de bénéficier d'une meilleure santé générale, de posséder des biens immobiliers, d'avoir un emploi rémunéré, de disposer de davantage de temps pour les loisirs et de ne pas être confrontée à la violence basée sur le genre. Si elle choisit d'avoir des enfants, ceux-ci ont plus de chances d'être en bonne santé (UNFPA, estimations de 2020).

LA LIBERTÉ DE CHOISIR EST ESSENTIELLE CAR ELLE CONSTITUE LE FONDEMENT DE NOMBREUX AUTRES DROITS, ET PARCE QUE LES AVANTAGES QUI EN DÉCOULENT SONT MULTIPLES

Il ne fait aucun doute que les femmes et les filles rencontrent progressivement moins de discriminations sexistes. Les avancées en matière d'égalité des sexes et les choix dont disposent les femmes et les filles sont manifestes. Pourtant, l'objectif visant à garantir l'égalité et la capacité de prendre des décisions est loin d'être atteint. Les femmes et les filles sont confrontées à des violations constantes et flagrantes de leurs droits, d'autant plus lorsqu'elles sont également victimes de discriminations en raison de leur origine ethnique, de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leur niveau de revenus ou de leur handicap.

La capacité à prendre des décisions éclairées dépend de l'autonomisation des femmes, notamment à travers leur accès à l'information et leur libre arbitre. Elle dépend également d'un environnement propice au respect des choix individuels, qu'il s'agisse de l'environnement familial ou du système juridique. Ces deux notions indissociables sont au cœur du Programme d'action de la CIPD et de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing. Elles se retrouvent également dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et dans la Déclaration de Nairobi sur la CIPD25 de 2019, qui appelle à protéger et à garantir le droit de tous les individus à l'intégrité physique, à l'autonomie corporelle et aux droits en matière de reproduction, et à fournir un accès aux services essentiels à l'appui de ces droits.

Ces engagements font aujourd'hui figure de référence dans le cadre de la nouvelle campagne mondiale « Génération Égalité », lancée à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire du Programme d'action de Beijing et visant à atteindre l'égalité des sexes d'ici 2030. Réunissant des personnes enthousiastes de tous âges et de tous horizons, animées d'un désir fervent de changement, l'initiative « Génération Égalité » offre la possibilité de mettre enfin l'autonomie et la liberté de choisir à la portée de chacune et chacun d'entre nous, de façon irrévocable. Que nous reste-t-il encore à accomplir pour y parvenir ?

L'autonomie passe par l'égalité des sexes

Avant de parvenir à l'autonomie corporelle des femmes et des filles, il faudra surtout parvenir à l'égalité des sexes. Bien qu'elle représente un objectif ambitieux, l'égalité des sexes fait également figure de priorité au niveau international, en tant que cinquième objectif de développement durable et en tant que finalité de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing. Chaque pays a la possibilité d'en faire davantage pour atteindre l'égalité des sexes, aucun n'y étant encore parvenu.

Les gouvernements ont un rôle essentiel à jouer dans la réalisation de cet objectif. En s'acquittant de leurs obligations en vertu des traités relatifs aux droits fondamentaux, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant, les gouvernements seront en mesure de transformer les structures sociales, politiques, institutionnelles et économiques qui contribuent à consolider les normes sexistes et à les perpétuer.

L'élimination des inégalités dans la fonction publique, les organes législatifs et les instances dirigeantes constitue une avancée fondamentale, dans la mesure où les perspectives des femmes peuvent éclairer et guider les politiques et les réglementations qui influent sur leurs droits et leurs choix. Certains pays ont réalisé des progrès notables dans l'accession des femmes aux postes électifs, notamment en recourant à des quotas et à d'autres mesures spéciales. Mais de tels changements peuvent produire un impact plus important lorsqu'ils s'accompagnent de systèmes, d'institutions ou de « mécanismes » (tels qu'ils ont été désignés dans le Programme d'action de Beijing) plus solides et financés de façon plus adéquate pour promouvoir l'égalité des sexes.

Dans l'état actuel des choses, de nombreux mécanismes nationaux en faveur de l'égalité des sexes disposent d'un financement insuffisant ou sont financés par des pays donateurs dont les priorités peuvent diverger de celles des pays en développement. Et alors qu'environ trois quarts des pays affirment que l'égalité des sexes est au cœur de leur stratégie nationale de mise en œuvre des objectifs de développement durable, seule la moitié d'entre eux impliquent les institutions nationales chargées de l'égalité des sexes dans la formulation de ces stratégies (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019).

Un nombre croissant de gouvernements, à commencer par la Suède en 2014, ont adopté une « politique étrangère féministe ». Selon le *Centre for Feminist Foreign Policy* (Centre pour la politique étrangère féministe), une telle politique constitue « un cadre politique pluridimensionnel qui vise à valoriser les expériences et le libre arbitre des femmes et des groupes marginalisés (...) ». Bien que cela constitue une tendance encourageante, la mise en œuvre de politiques étrangères féministes ne fera réellement la différence que si celles-ci ne se limitent pas à du « femwashing », pratique observée lorsque les discours ne rejoignent pas la réalité.

Un premier point de départ pourrait être l'aide humanitaire et le développement international officiels. En effet, en 2018, seuls 4 pour cent des aides accordées par les 30 principaux donateurs ont servi à soutenir des programmes ayant pour objectif principal l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

L'un des problèmes cruciaux qui se profileront à l'avenir concernera très probablement les niveaux record atteints par la dette publique. De nombreux pays sont à l'aube d'une nouvelle vague d'austérité budgétaire, qui pourrait toucher près de trois quarts des femmes et des filles dans le monde selon une estimation réalisée avant la pandémie. Cependant, les décisions relatives à de telles mesures d'austérité témoignent rarement d'un engagement en faveur de l'égalité des sexes. Elles entraînent généralement une dégradation des services publics, des salaires et

À l'UNFPA, l'autonomie corporelle est au cœur de chacune de nos actions

Depuis plus de 50 ans, l'UNFPA est le principal défenseur du droit à l'autonomie corporelle à l'échelle mondiale. En tant qu'organisme des Nations Unies chargé des questions de santé sexuelle et reproductive, notre mission est de bâtir un monde dans lequel chaque grossesse est désirée et chaque accouchement est sans danger. Un monde dans lequel chaque jeune réalise pleinement son potentiel. Nos programmes sont mis en œuvre dans plus de 150 pays et territoires et représentent 80 pour cent de la population mondiale. Tous nos programmes favorisent d'une manière ou d'une autre la concrétisation des droits et des choix qui définissent l'autonomie.

L'UNFPA fournit aux femmes, aux filles et aux jeunes du monde entier des soins de santé accessibles et de qualité, une variété de contraceptifs modernes, des informations fiables et encourageant l'autonomie, ainsi qu'une protection contre les pratiques néfastes telles que le mariage précoce et toutes les autres formes de violence basée sur le genre.

Nous sommes le principal fournisseur mondial de contraceptifs donnés aux pays en développement. En 2019, ces contraceptifs ont permis aux femmes de prendre des décisions qui ont contribué à éviter environ 14 millions de grossesses non désirées et 3,9 millions d'avortements non médicalisés.

Notre soutien aux axes de soins dans le domaine de la santé maternelle à travers le monde est décisif dans les 32 pays des cinq régions présentant les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles. En 2019, 29 000 sages-femmes ont suivi un enseignement et une formation et 2 700 tuteurs et tutrices en obstétrique ont amélioré leurs compétences, offrant ainsi aux femmes davantage de soins de santé abordables et de qualité.

Dans la mesure où les grossesses précoces sont souvent la conséquence d'un accès limité ou inexistant à la scolarité, aux informations ou aux soins de santé, l'UNFPA contribue à protéger et à concrétiser les droits et les choix des adolescentes en promouvant une éducation complète à la sexualité et en militant pour que les filles puissent terminer leur scolarité.

À travers notre collaboration avec l'UNICEF, nous soutenons le plus grand programme mondial destiné à accélérer l'abandon des mutilations génitales féminines dans les 17 pays où cette pratique est la plus répandue. Le programme a notamment permis de mettre en place des stratégies visant à faire évoluer les normes sociales afin de mettre fin à une pratique qui porte atteinte à l'intégrité corporelle des filles dès leur plus jeune âge.

Notre collaboration avec l'UNICEF nous permet également de soutenir des programmes visant à éliminer le mariage des enfants d'ici 2030. Chaque année, près de 12 millions de filles sont soumises à cette pratique, qui nuit à leur capacité de prendre des décisions non seulement en matière de santé, de contraception et de sexualité, mais aussi en ce qui concerne leur scolarisation, leurs moyens de subsistance et leur participation à la vie de la communauté.

Étant l'une des principales entités des Nations Unies à s'être engagée à faire progresser l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, l'UNFPA œuvre pour protéger les personnes survivantes de la violence basée sur le genre en proposant un ensemble de services essentiels, notamment en situation de crise humanitaire.

Le plein exercice de l'autonomie corporelle illustre d'une certaine manière le rôle de l'UNFPA dans le monde : c'est là notre raison d'être. Et notre mission ne sera accomplie que lorsque chaque femme et chaque fille pourra pleinement en bénéficier, sans exception.

Illustration de Kaisei Nanke

de la qualité générale de l'emploi, et touchent plus particulièrement les femmes défavorisées. Malgré les difficultés majeures qui se posent, les gouvernements ont la possibilité de modeler leurs politiques monétaires et fiscales de manière à protéger les services essentiels à l'égalité et à l'autonomie, tout en favorisant le plein emploi et la création d'emplois décents (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019). Cela exigerait toutefois un allègement du service de la dette internationale, ce que pourrait préconiser une politique étrangère féministe.

L'autonomie implique la reconnaissance des interconnexions

Le présent rapport est axé sur les choix et l'autonomie corporelle en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, conformément aux cibles d'égalité des sexes définies dans le cadre des objectifs de développement durable. Ces notions constituent un point de départ important, car le pouvoir décisionnel dans ces domaines peut déterminer les décisions dans de nombreux autres aspects de la vie. Les choix et l'autonomie corporelle des femmes sont toutefois menacés à de nombreux égards par des facteurs étroitement liés qui se renforcent mutuellement. Ainsi, des pans entiers de l'économie prospèrent grâce aux femmes qui occupent des emplois pénibles et faiblement rémunérés dans des conditions de travail précaires, potentiellement préjudiciables à leur santé et à leur longévité. Dans de nombreuses sociétés, les femmes souffrent encore du harcèlement sexuel, à commencer par l'atteinte à leur dignité, ce qui peut influencer leurs décisions concernant leur choix de se déplacer ou même de fréquenter les espaces publics.

La nouvelle coalition d'action des Nations Unies concernant le droit à disposer de son corps et la santé ainsi que les droits sexuels et reproductifs nous incite à tenir compte des divers éléments de l'autonomie et de leurs nombreuses interconnexions. Faisant partie

Illustration de Kaisei Nanke

intégrante des préparatifs du Forum « Génération Égalité », qui marquera le vingt-cinquième anniversaire de la Déclaration de Beijing, la coalition a pour objectif de proposer des actions ambitieuses en vue d'améliorer les droits des femmes au cours des cinq prochaines années. L'UNFPA est l'organisme des Nations Unies désigné comme l'un des chefs de file de cette coalition.

De manière générale, les femmes et les adolescentes doivent disposer d'un plus large éventail de solutions pour appuyer leurs choix de façon concrète et immédiate, notamment en ayant les mêmes chances de bénéficier d'une éducation de qualité et d'exercer un travail décent. Toutefois, même les mesures les plus louables peuvent s'avérer inefficaces si elles n'établissent pas les liens nécessaires et ne contribuent pas activement à transformer les systèmes qui entérinent la discrimination sexiste. Ainsi, les programmes en faveur de l'entrepreneuriat féminin, bien que populaires dans de nombreux quartiers et susceptibles d'améliorer le bien-être économique des femmes ainsi que leur capacité à faire des choix, conservent une portée limitée tant qu'ils n'éliminent pas les multiples préjugés qui prédominent dans différents domaines : milieu professionnel, systèmes de protection sociale, soins de santé, régimes de retraite, accès aux biens et aux services financiers, accès aux marchés ou encore protection des travailleurs (CESAP et ONU-Femmes, 2020).

L'autonomie nécessite de faire évoluer les normes et d'ouvrir des perspectives

Aujourd'hui, on cerne beaucoup mieux comment modifier les normes sociales qui perpétuent la discrimination, que celle-ci soit ou non fondée sur le genre. Les solutions passent notamment par des campagnes de plaidoyer et de communication, ainsi que des actions visant à sensibiliser les communautés aux bénéfices que toute la société (femmes, hommes, garçons et filles) pourrait tirer du respect de l'égalité des sexes.

Le programme MenCare, mené en Géorgie avec le soutien de l'UNFPA, peut servir de modèle à adopter en fonction de la situation de chaque pays. Celui-ci incite en effet les hommes à s'impliquer de façon équitable dans leur rôle de père et la prise en charge de leur famille, et les encourage à défendre l'égalité des sexes. Il contribue également à améliorer la communication, le respect du consentement et la prise de décisions au sein des couples, ce qui peut à terme favoriser une meilleure autonomie corporelle des femmes et des filles.

Des démarches comme celle-ci doivent être associées à des initiatives plus globales et plus systémiques afin d'encourager et même d'impulser de nouveaux modes de pensée. Pour répartir plus équitablement le fardeau que représente le travail domestique non rémunéré confié aux femmes et aux filles, par exemple, il ne suffit pas que les hommes acceptent d'assumer la part de travail qui leur revient : il faut également que les familles bénéficient d'un accès abordable aux services essentiels qui vont alléger ce type de tâches (services de garde d'enfants et de soins aux personnes âgées de qualité, approvisionnement fiable en eau et en électricité).

L'autonomie passe par des lois qui affranchissent, et non par des lois qui contraignent

Même si les lois ne constituent pas un remède miracle au manque de libre arbitre et d'autonomie, elles établissent des normes et assurent la redevabilité en garantissant des recours si ces dernières ne sont pas respectées. Elles peuvent s'avérer particulièrement efficaces lorsqu'elles s'inspirent des principes de respect des droits fondamentaux reconnus à l'échelle internationale et des engagements pris par les pays en matière de droits des femmes, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et reproductive.

Dans la plupart des pays, l'existence d'engagements constitutionnels formulés explicitement en faveur des droits des femmes et de l'égalité des sexes est un premier pas vers l'élimination des discriminations dans les lois et la pratique judiciaire. Néanmoins, si 191 constitutions comprennent désormais des clauses en rapport avec l'égalité et la non-discrimination, seules 24 intègrent des dispositions traitant exclusivement des droits des femmes (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019).

Des mesures constitutionnelles expressément consacrées à l'application de traités internationaux tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ont contribué à faire progresser les droits des femmes, en offrant un outil juridique supplémentaire pour résoudre les contradictions à l'échelle nationale. D'après une récente étude portant sur 62 décisions judiciaires rendues dans 30 pays, les jugements faisant le plus souvent référence à la Constitution concernaient la famille ou le droit de la famille ; venaient ensuite les cas de violence basée sur le genre. Ce constat peut témoigner des difficultés rencontrées par les tribunaux pour faire progresser l'égalité des femmes face à des coutumes très répandues et largement approuvées (ONU-Femmes et IDEA, 2017).

Réviser les lois de façon à ce qu'elles tiennent compte de l'égalité des sexes et qu'elles soient en phase avec les normes en matière de droits fondamentaux peut constituer une étape vers l'élimination des vestiges de la discrimination et des inégalités. Dans certains pays, des institutions nationales de défense des droits fondamentaux peuvent formuler des recommandations sur les réformes juridiques ayant trait à la discrimination sous toutes ses formes, qu'elle concerne les droits civils, politiques, économiques, sociaux ou culturels (UNFPA, 2020c). Une pareille démarche pourrait favoriser l'adoption de lois garantissant l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination d'aucune sorte, si celles-ci n'existent pas déjà. Cela pourrait contribuer à lever certaines incohérences, comme l'exigence du consentement d'un tiers, ainsi que les obstacles liés à la situation matrimoniale. Il convient ainsi de corriger l'écart entre l'âge de la majorité sexuelle et l'âge minimum d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations en la matière, de façon à ce que les adolescents puissent bénéficier de ces informations et de ces services dès lors qu'ils peuvent légalement avoir des relations sexuelles.

Le libre arbitre doit être défendu dans la pratique judiciaire

Les normes sociales discriminatoires infiltrent les systèmes judiciaires au même titre que les autres institutions d'une société, ce qui peut donner

lieu à des verdicts discriminatoires, même si la loi proprement dite va dans le sens des droits fondamentaux et de l'égalité des sexes. Le contexte social peut en effet jouer dans les décisions de justice un rôle aussi déterminant que la loi elle-même.

Le Népal, par exemple, présente une société extrêmement patriarcale et de profondes disparités entre les genres. Pour combattre ces tendances et assurer une véritable mise en œuvre des réformes juridiques capitales récemment adoptées en faveur de l'égalité des sexes, le pays a pris l'initiative de se doter de solides mécanismes d'application de la loi et de redevabilité. Il a notamment créé une Commission nationale des femmes, mandatée par la Constitution pour enquêter régulièrement sur les questions relatives aux femmes et à la loi. Des mesures ont été prises pour accroître les effectifs féminins dans les forces de police, avec la création d'unités féminines dans chacun des 77 districts du pays. Depuis, les signalements de violence domestique ont été multipliés par plus de huit (Akhmetova *et al.*, 2020).

La justice semble reconnaître de plus en plus que les règles et les pratiques patriarcales, quelle que soit leur source, ne peuvent pas être perpétuées si elles vont à l'encontre de l'évolution des valeurs constitutionnelles et des mentalités de la société. Dans plusieurs affaires de violence basée sur le genre, les tribunaux ont jugé que la discrimination fondée sur des motifs religieux ou culturels était contraire à la Constitution, comme cela a été le cas avec les mutilations génitales féminines en Ouganda. Au Pakistan, la Haute cour de Lahore a non seulement rejeté un argument fondé sur la religion, mais aussi fait référence aux principes islamiques afin de maintenir la condamnation d'un homme pour le meurtre de sa fille, de son gendre et de son petit-fils (ONU-Femmes et IDEA, 2017).

Une évolution en ce sens nécessite que les membres de l'appareil judiciaire et des forces de police possèdent une parfaite connaissance des lois destinées à défendre les droits et l'autonomie des femmes, mais également qu'ils soient capables de remettre en question leurs propres préjugés et idées préconçues et d'analyser l'influence potentielle de ces partis pris sur les jugements qu'ils rendent ou sur leur travail de signalement des cas. Une fois ces conditions réunies, il est possible d'encourager le personnel judiciaire à appliquer des techniques d'interprétation innovantes (analyse tenant compte du contexte social, par exemple) et à procéder régulièrement à des évaluations afin de déterminer si un jugement risque de léser certains groupes de femmes ou de filles.

Les femmes et les filles doivent également connaître les droits garantis par la loi et savoir où trouver des recours si ces droits sont bafoués. Dans la mesure où les problèmes relatifs à l'autonomie corporelle surviennent souvent dans des sphères éminemment personnelles, derrière des barrières renforcées par les notions d'espaces public et privé, mais aussi par la discrimination sexiste, il peut être important de soutenir les organisations de défense des droits des femmes, en première ligne de ce travail de proximité. En général, ces organisations peuvent plus facilement atteindre les femmes au sein de leur famille ou de leur communauté, ce qui leur permet de contribuer à créer une passerelle entre les femmes et leurs droits juridiques. Elles peuvent également détecter, au sein des groupes marginalisés, les tendances discriminatoires susceptibles d'être corrigées par une législation d'intérêt public.

Les patient(e)s au centre des choix en matière de soins de santé

Les femmes et les filles ne peuvent pas exercer leur droit à disposer de leur corps si elles n'ont pas accès aux soins de santé, et notamment aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive. Il y a 26 ans, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing reconnaissaient que le « droit de toutes les femmes à la maîtrise de tous les aspects de leur

Illustration de Hülya Özdemir

santé, en particulier leur fécondité, [est] un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action ». Plus récemment, les objectifs de développement durable se sont proposés, pour la première fois à l'échelle mondiale, de mettre en place la couverture sanitaire universelle, censée garantir à chacune et chacun la possibilité d'accéder aux services de santé essentiels dont il ou elle a besoin, sans s'exposer à des difficultés financières (Hogan *et al.*, 2017).

Pour assurer cette couverture sanitaire universelle, il est nécessaire d'accorder la priorité aux soins dans la planification du développement national, de mettre en place des systèmes de santé efficaces, d'allouer des budgets suffisants, mais également de produire des données fiables et de les utiliser pour adapter les services et la protection sociale aux différents groupes de population ainsi qu'aux différents besoins tout au long de la vie.

Cependant, étant donné la réalité de la discrimination sexiste, y compris dans les systèmes de santé, cette couverture sanitaire universelle, si elle entend défendre l'autonomie corporelle, ne doit pas se cantonner à la prestation de services qui répondraient uniquement à une définition restrictive des besoins médicaux, sans tenir compte des dynamiques de genre qui conditionnent ces besoins ainsi que le recours aux services de santé. Comme l'indique le Programme d'action de Beijing, « [la santé des femmes] souffre aussi du sexisme des systèmes de santé et de l'insuffisance qualitative et quantitative des services médicaux qui leur sont fournis. » Des problèmes similaires sont rencontrés par les personnes handicapées et celles qui affichent une orientation sexuelle ou une identité de genre différentes, entre autres.

Bien que la question de la rigueur technique et de l'accessibilité économique des services de santé ait fait l'objet de beaucoup d'attention, on s'est souvent moins intéressé aux notions d'acceptabilité, de sécurité et d'autonomisation du point de vue de leurs utilisatrices. L'acceptation ou la complaisance vis-à-vis des normes discriminatoires peut vite inciter les prestataires de santé à négliger les principes de consentement éclairé et d'autonomie des patient(e)s, en vertu desquels ils sont censés aider lesdit(e)s patient(e)s et leur apprendre à faire des choix sans prendre de décisions à leur place (Bernstein, 2018). Ce comportement peut aboutir à un refus de services, si un prestataire refuse par exemple de fournir des contraceptifs, un avortement médicalisé ou des soins post-avortement aux filles et aux femmes non mariées alors que ces services n'enfreignent pas la loi officielle, mais également à des violences obstétricales, c'est-à-dire des formes de maltraitance ou des procédures infligées par le personnel médical aux femmes enceintes ou qui accouchent, contre la volonté de ces dernières.

Un certain nombre de solutions peuvent contribuer à vaincre les préjugés dans le domaine des soins de santé. Les recommandations médicales peuvent stipuler que les services doivent être fournis conformément à la loi, et des formations peuvent sensibiliser les professionnels de la santé à la législation afin qu'ils puissent travailler dans le respect de cette dernière. Les formations destinées aux prestataires de santé sur la question spécifique des disparités entre les genres pourraient notamment renforcer leur capacité à comprendre, étudier et lever les obstacles rencontrés par certain(e)s patient(e)s en matière de choix. Le suivi régulier du respect des principes de non-discrimination et de la qualité des soins pourrait intégrer un suivi des patient(e)s, sous la forme de simples enquêtes par SMS, par exemple.

Les services qui favorisent le libre arbitre et l'autonomie proposent de multiples solutions en matière de contraception, veillent à ce que les femmes qui préfèrent avoir affaire à un médecin du même sexe puissent en trouver, et offrent des moyens de communiquer avec les prestataires de santé en plusieurs langues. Afficher dans les hôpitaux et les établissements de santé une charte mettant l'accent sur la dignité, les droits et les choix des patients et prendre les dispositions nécessaires pour communiquer ces informations aux femmes analphabètes ou handicapées montre clairement que les services se fondent sur les souhaits et les décisions des patient(e)s. La pertinence des services est également essentielle, d'où l'importance de favoriser en priorité les interventions médicales qui répondent à la demande des patient(e)s, en commençant par s'intéresser sérieusement aux groupes dont les besoins non satisfaits en matière de soins de santé sexuelle et reproductive sont les plus importants, ou qui utilisent peu les services. Les professionnels de la santé sexuelle et reproductive, en majorité des femmes, doivent également travailler dans un environnement qui leur permette d'exercer leur métier avec compassion et professionnalisme.

La promotion du recours aux services et de la liberté de choix est également tributaire de certains aspects essentiels à la qualité des soins de santé, tels que la proximité, l'accessibilité économique et des horaires

d'ouverture pratiques. Les services doivent garantir la confidentialité et employer des agents de santé faisant preuve d'une attitude positive et d'un respect total à l'égard de leurs patient(e)s. Il est établi que les services de planification familiale assurés par des agents de santé communautaires qui communiquent les bonnes informations et contribuent à éduquer les hommes accroissent le recours aux contraceptifs (UNFPA, 2019). Sensibiliser les communautés aux avantages des informations et services de santé sexuelle et reproductive sur la santé des adolescentes non mariées permet de réduire la stigmatisation et d'encourager le recours à ces services.

En Ouganda, le programme « SASA! » soutenu par l'UNFPA utilise plusieurs espaces de discussion pour catalyser une évolution (à l'initiative de la communauté) des normes et des comportements qui perpétuent les inégalités de genre, la violence et une plus grande vulnérabilité des femmes au VIH. Les professionnels de la santé, les autorités locales et les militants procèdent tout d'abord à une analyse critique des rapports de pouvoir et des inégalités, avant de présenter les concepts qu'ils ont appris à travers des conversations communautaires, des discussions en porte-à-porte, des séances de cinéma, des feuilletons et d'autres événements. Le programme a nettement réduit l'acceptation sociale de la violence au sein du couple et fait progresser l'adhésion à l'idée selon laquelle une femme peut refuser une relation sexuelle. Dans les communautés où il a été mis en place, le taux de violence à l'égard des femmes au sein du couple a chuté de plus de 52 pour cent (Starmann *et al.*, 2017 ; Kyegombe *et al.*, 2014).

Les sages-femmes étant en première ligne pour ce qui est des soins prodigués aux femmes enceintes à travers le monde, elles offrent des perspectives potentiellement uniques. Elles assurent également une palette d'autres services essentiels à la réalisation de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, en dispensant des conseils de planification familiale ou encore en dépistant des problèmes de nutrition ou le cancer du col de l'utérus. Dans l'exercice de leur profession, les sages-femmes, quasiment toutes de sexe féminin, peuvent influencer et faire évoluer les normes concernant les notions de libre arbitre et de droit à disposer de son corps, en particulier si elles sont elles-mêmes aguerries et autonomes. Ces professionnelles étant susceptibles de mieux cerner les problèmes rencontrés par les autres femmes en matière d'autonomie corporelle, les systèmes de soins de santé doivent leur permettre de partager leurs connaissances de façon à améliorer la prise en considération des questions de genre dans la prestation de services. Il est également nécessaire de poursuivre et d'intensifier les investissements consentis pour former des sages-femmes qualifiées, les déployer et les maintenir en poste.

Tous les systèmes de soins de santé doivent tenir compte du fait que la discrimination sexiste recoupe d'autres formes d'exclusion, fragilisant l'autonomie et le libre arbitre. Si ce problème n'est pas reconnu, cela peut aboutir à une inadéquation ou à une indisponibilité des services, voire à des violations flagrantes des droits. Cette menace a notamment été intériorisée par de nombreuses femmes autochtones et femmes handicapées, soumises à des pratiques telles que la stérilisation forcée. Pour remédier à la privation d'autonomie et à la discrimination, le Groupe d'appui interorganisations des Nations Unies sur les questions concernant les peuples autochtones a mis en avant plusieurs mesures destinées à assurer pleinement et entièrement l'accès à la santé et la réalisation des droits des peuples autochtones en matière de sexualité et de procréation, notamment en les invitant à participer activement à la conception de politiques et de programmes sanitaires adaptés à leur culture. Cela a permis d'accroître le recours des femmes, des filles et des jeunes autochtones aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive, de prévention du VIH et de lutte contre la violence basée sur le genre, en particulier dans les zones rurales et mal desservies (Groupe d'appui interorganisations sur les questions autochtones, 2014).

L'autonomie passe par l'information

L'exercice du droit à disposer de son corps dépend de la capacité à faire non seulement des choix, mais des choix éclairés, fondés sur une juste appréciation des faits et des solutions possibles. Plus les femmes sont instruites, plus elles sont susceptibles de prendre elles-mêmes les décisions en matière de contraception et de soins de santé, mais également de pouvoir refuser une relation sexuelle. Une femme moins instruite que son époux ou son partenaire risque davantage d'être confrontée à la violence basée sur le genre. En outre, il existe une corrélation entre l'accès des femmes et des filles aux médias et l'utilisation de moyens de contraception ainsi que le recours aux soins de santé (UNFPA, 2019).

Sur 75 pays pour lesquels on dispose de données concernant les lois et réglementations en faveur de la santé sexuelle et reproductive, moins des deux tiers ont adopté des lois ou des politiques rendant obligatoire l'éducation complète à la sexualité dans les programmes scolaires nationaux. Cette éducation doit être adaptée à l'âge des enfants, fondée sur un programme clairement défini, respectueuse des droits fondamentaux et de l'égalité des sexes et pertinente sur le plan culturel. Idéalement, elle doit être proposée dans un cadre scolaire et extrascolaire (UNESCO *et al.*, 2018).

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) insiste sur le fait qu'une éducation complète à la sexualité fondée sur des données probantes dès la petite enfance favorise une autonomie et une sécurité accrues chez les jeunes adultes sans pour autant entraîner une activité sexuelle plus précoce (UNESCO, 2009). Des cours approfondis peuvent contribuer, plus tard, à des relations plus respectueuses et à une plus grande autonomie quant aux décisions relatives à la sexualité (Marí-Ytarte *et al.*, 2020).

Un grand nombre d'informations concernant la sexualité et la reproduction pouvant être apportées par les prestataires de santé, ces derniers doivent être sensibles à l'importance de communiquer ces informations avec respect et sans jugement, en tenant compte des besoins de chacun en fonction de l'âge, du handicap ou de la situation socioéconomique. Cette attitude s'impose notamment auprès des adolescents et d'autres groupes traditionnellement négligés ou marginalisés en matière d'accès à l'éducation à la sexualité. Les prestataires doivent être préparés à déconstruire les mythes qui circulent et compromettent la capacité à faire des choix éclairés. Une nouvelle approche actuellement suivie par l'UNFPA en Colombie et aux Philippines consiste à parcourir des conversations sur Twitter pour débusquer les mythes les plus répandus sur des questions allant de la contraception aux infections sexuellement transmissibles. Ces informations peuvent ensuite être utilisées pour concevoir les programmes d'éducation à la sexualité et de soins de santé.

Les messages prônant l'autonomie à partir de la notion de choix pourraient être diffusés plus largement dans le domaine de l'éducation, l'objectif étant d'encourager les filles à suivre des études dans différents domaines, en s'affranchissant des normes de genre relatives aux professions censées convenir aux filles. Le simple fait d'opérer un tel choix permet déjà de prendre sa vie en main, et pourrait favoriser une autonomie et une indépendance accrues en donnant aux filles la possibilité d'accéder à des emplois potentiellement plus lucratifs et plus gratifiants. L'écart de rémunération entre les sexes que l'on observe aujourd'hui s'explique en grande partie par la ségrégation du marché du travail, qui pousse les femmes vers les emplois les moins bien payés. Pour citer un exemple, à peine 3 pour cent des étudiants en technologies de l'information et de la communication à travers le monde sont des femmes (Nations Unies, n.d.a.).

L'autonomie exige de défendre les militant(e)s de l'autonomisation et des droits des femmes

Les mouvements de femmes militent depuis longtemps pour défendre le droit de choisir et de disposer de son corps, souvent avec des ressources minimes. Cela vaut également pour les organisations de personnes LGBTI, de peuples autochtones, de jeunes et de personnes handicapées. Aujourd'hui, toutefois, le périmètre d'action de ces organisations est soumis à des pressions croissantes, et l'on observe même un recul sur certains acquis durement gagnés. Partout dans le monde, on voit apparaître une opposition plus vigoureuse et plus organisée à l'égalité des sexes et au militantisme en faveur des droits des femmes, menée notamment par des groupes religieux et conservateurs, populistes et nationalistes, des associations masculinistes et des mouvements opposés à l'idéologie du genre (Roggeband et Krizsán, 2020).

Femmes politiques, journalistes, militantes et défenseuses des droits fondamentaux sont de plus en plus confrontées au harcèlement, à la violence et à la cyberintimidation. Entre 2014 et 2018, le Rapporteur spécial sur la situation des militant(e)s des droits humains a envoyé 181 communications à 60 États concernant les défenseuses des droits fondamentaux. Il y signalait différentes agressions : campagnes de diffamation, violences physiques ou sexuelles, torture, meurtres et disparitions forcées, menaces et agressions contre des membres de la famille ou par des membres de la famille en raison de leurs activités ; ainsi que des attaques visant leur collectif ou leur mouvement (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019).

Des mesures décisives doivent être prises pour combattre et prévenir ces violations. Certains pays ont adopté des lois spécifiques qui criminalisent la violence à l'égard des femmes dans la sphère politique et la vie publique, souvent sous la pression des militantes, comme c'est le cas au Costa Rica, en Équateur, au Mexique et au Pérou. L'Organisation des États américains a publié en 2017 sa Loi type interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre les femmes dans la vie politique. La peur de la violence étant l'un des principaux facteurs susceptibles de dissuader les femmes d'exercer davantage de fonctions publiques dans de nombreux endroits, l'adoption et la mise en application de mesures comme celle-ci pourraient rendre les conditions plus propices à la participation, au leadership et au libre arbitre des femmes. Cette démarche pourrait être complétée par des campagnes de plaidoyer et une collaboration avec les médias et les écoles en vue d'éliminer les stéréotypes de genre. Les partis politiques doivent être encouragés à reconnaître la valeur et les droits politiques des femmes, et ne plus se contenter de vœux pieux et de mesures purement symboliques (O'Neil et Domingo, 2016).

Les groupes et les mouvements de femmes sont très diversifiés, et possèdent une connaissance extrêmement approfondie des problèmes rencontrés par les femmes en matière d'accès à l'autonomie et de réalisation de leurs droits. Cependant, la connexion entre tous ces acteurs (des prestataires de services

FEMMES POLITIQUES, JOURNALISTES, MILITANTES ET DÉFENSEUSES DES DROITS FONDAMENTAUX SONT DE PLUS EN PLUS CONFRONTÉES AU HARCÈLEMENT, À LA VIOLENCE ET À LA CYBERINTIMIDATION

locaux aux associations professionnelles de femmes) n'est pas toujours optimale. Un soutien et des ressources pérennes pour les amener à collaborer de manière systématique pourraient les aider à s'organiser autour de problèmes communs (O'Neil et Domingo, 2016) et à lutter de façon plus unifiée et plus efficace contre les tendances régressives.

De même, le droit à disposer de son corps constitue un enjeu rassembleur pour différents groupes de militants, notamment dans les domaines du handicap, des droits des personnes LGBTI et des droits des communautés autochtones. Établir le lien entre différents problèmes et leurs interdépendances faciliterait la mise sur pied d'un projet et d'un militantisme collectifs plus influents en faveur de la réalisation des droits humains fondamentaux dans tous les champs économiques prioritaires, les systèmes judiciaires, les services sociaux et de santé et les dispositifs de protection sociale.

Illustration de Rebeka Artim

L'autonomie nécessite un changement de mentalité chez les hommes

Même si les femmes revendiquent leurs droits, même si les États les défendent, les avancées en la matière sont fondamentalement tributaires du bon vouloir des hommes qui, à titre individuel et collectif, doivent accepter de renoncer à leur position dominante, qui privilégie leur pouvoir et leurs choix au détriment de ceux des femmes. Cette transformation est en train de se produire, avec un changement de mentalité en faveur de l'égalité des sexes chez les jeunes hommes en particulier, mais il reste beaucoup de chemin à faire.

Cette évolution pourrait être favorisée par une plus large prise de conscience, chez les hommes, des inconvénients de la domination masculine, notamment les risques pour leur santé et celle de leur épouse ou partenaire, ainsi que les conflits interpersonnels. Une étude régionale menée en Europe par l'OMS révèle ainsi que l'égalité des sexes est bénéfique à la santé des hommes : elle entraîne une diminution des taux de mortalité, divise par deux les risques de dépression et réduit de 40 pour cent les risques de mort violente (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2018). Les garçons adolescents, surtout, doivent être exposés à des modèles positifs de masculinité, en particulier à une période de leur vie où les normes de genre néfastes commencent à se cristalliser, ce qui, à long terme, porte préjudice aux filles, mais aussi à eux-mêmes (UNFPA et Promundo, 2016).

À en juger par le mouvement #MeToo et par des données d'enquêtes, l'un des domaines où les femmes sont le plus à la traîne en matière de choix et d'autonomie concerne la capacité à refuser une relation sexuelle. Si les notions de relations respectueuses et non violentes doivent idéalement être inculquées aux enfants dès leur plus jeune âge au sein de leur foyer, elles doivent également faire partie intégrante de l'éducation complète à la sexualité dispensée à l'école. Elles peuvent occuper une place plus importante dans les médias et les divertissements, dans l'enseignement de la religion, et même sur les lieux de travail, sous la forme de politiques claires et réellement appliquées sur le harcèlement sexuel. Il est également indispensable de mettre fin à l'impunité concernant la violence sexuelle sous toutes ses formes, des violations ponctuelles aux crimes de masse commis lorsque le viol est utilisé comme une arme de guerre. En 2000, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté la Résolution 1325, qui appelait les parties à un conflit armé à prendre des mesures particulières pour protéger les femmes et les petites filles contre les actes de violence basée sur le genre, en particulier le viol et les autres formes de sévices sexuels, ainsi que contre toutes les autres formes de violence dans les situations de conflit armé. Depuis, le Conseil de sécurité a voté sept autres résolutions condamnant cette forme de violence.

Offrir aux femmes plus de possibilités de gagner leur vie et d'assumer un rôle de premier plan au sein et à l'extérieur de leur communauté peut accroître leur capacité à prendre des décisions au sein de leur foyer et au sujet de leur corps. Il pourra toutefois être nécessaire d'accompagner ce soutien d'un travail explicite auprès des hommes et des communautés, de façon à faciliter la transition vers des normes de genre plus progressistes et à limiter les risques de réactions hostiles de la part de certains hommes susceptibles de se sentir menacés par ces avancées en faveur des femmes.

Il est également important d'inviter les hommes à contribuer à la transformation i) des tendances en matière de soins non rémunérés, de sorte que ces derniers ne soient plus dispensés essentiellement par les femmes, et ii) des dynamiques de pouvoir et de choix au sein des ménages, afin de parvenir à un meilleur équilibre. Les politiques relatives au congé paternité et au congé parental peuvent encourager les hommes à participer à la prise en charge des enfants, surtout si ce congé ne peut pas être transféré à l'autre parent. Ces dispositions sont de plus en plus courantes, mais elles n'atteignent encore qu'un nombre limité de familles dans les pays en développement, en particulier chez les travailleurs du secteur informel. Les politiques publiques pourraient également en faire davantage pour encourager les hommes à balayer les stéréotypes et à choisir des professions majoritairement féminines, comme la puériculture ou la prise en charge des personnes âgées (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019).

L'ÉGALITÉ DES SEXES EST BÉNÉFIQUE À LA SANTÉ DES HOMMES : ELLE ENTRAÎNE UNE DIMINUTION DES TAUX DE MORTALITÉ, DIVISE PAR DEUX LES RISQUES DE DÉPRESSION ET RÉDUIT DE 40 POUR CENT LES RISQUES DE MORT VIOLENTE

Il est aussi possible de promouvoir des attitudes respectueuses de l'égalité des sexes chez les hommes et les garçons par le biais des services de santé sexuelle et reproductive, où les prestataires peuvent partager des connaissances sur les rapports équitables, la parentalité et la communication (IPPF et UNFPA, 2017). Les programmes de mobilisation communautaire peuvent également remettre en cause les relations

Le piège de la masculinité

La beauté luxuriante des hauts plateaux du centre du Guatemala dissimule une réalité bien sombre pour les femmes et les filles, comme l'explique Alexander Armando Morales Tecún, éducateur autochtone chargé de la jeunesse et défenseur de l'égalité des sexes du département rural de Quiché. « Dans de nombreux endroits, les femmes sont tenues pour responsables si elles sont agressées. On les accuse d'avoir tenté ou séduit leur agresseur ou leur violeur, à cause de leur tenue vestimentaire ou de leur attitude, par exemple. »

Cette mentalité n'est pas propre au Guatemala, même si ce pays se classe dans le dernier tiers des nations et territoires en ce qui concerne les mesures relatives à la sécurité et au bien-être des femmes, selon l'Indice sur les femmes et la paix et la sécurité établi en 2019 par l'Université de Georgetown. En effet, dans le monde entier, les victimes sont régulièrement accusées d'avoir provoqué la violence basée sur le genre : elles se trouvaient au mauvais endroit, portaient une tenue inappropriée, ne se comportaient pas correctement, ou affichaient tout simplement un développement physique précoce. Ces facteurs sont d'ailleurs souvent considérés comme des circonstances atténuantes ou disculpatoires pour les auteurs de violence.

Ainsi, en 1998, la Cour suprême italienne a annulé la condamnation pour viol d'un homme dont l'accusatrice portait un jean moulant au moment de l'agression. En 2010, lors du viol collectif d'une fille de 11 ans par plus d'une douzaine d'hommes et de garçons aux États-Unis, des médias nationaux ont signalé que celle-ci était connue pour s'habiller de façon inconvenante pour son âge. En Afghanistan, les survivantes de viol risquent la prison pour « crime de moralité ».

La critique et l'humiliation des victimes plutôt que des auteurs trouvent leur origine dans les normes qui encouragent les hommes à prendre le contrôle du corps des femmes, mais également de leur famille. M. Tecún se rappelle avoir demandé à un groupe de jeunes hommes pourquoi ils voulaient se marier. « Je veux diriger ma famille, avoir quelqu'un qui me prépare à manger, qui lave mes vêtements, qui me donne des enfants et qui fait le ménage », a répondu l'un d'eux.

« Dans de nombreux endroits, les femmes sont tenues pour responsables si elles sont agressées. On les accuse d'avoir tenté ou séduit leur agresseur ou leur violeur. »

Alexander Armando Morales Tecún sensibilise les jeunes à l'égalité des sexes.
Illustration originale réalisée par Naomi Vona ; photo : © UNFPA/J. Serrano.

D'après Jay Silverman, professeur à l'école de médecine de San Diego (Université de Californie) qui étudie la coercition reproductive, ces attitudes sont universelles. « Souvent, le droit que s'arrogent les hommes de contrôler leurs partenaires féminines s'étend également aux enfants. La perception de ce droit est maintenue par toutes sortes de structures et de normes dans les communautés et les nations du monde entier. »

Néanmoins, les conséquences ne se limitent pas à une simple opposition entre hommes et femmes, prévient M. Tecún. Ces normes de genre — un « modèle hégémonique de masculinité », selon lui — peuvent également donner aux hommes le sentiment d'être pris au piège : « Si on n'est pas marié, on n'est pas un homme.

Si on n'est pas en couple, on n'est pas un homme. »

Quant aux femmes, il ajoute qu'elles contribuent également à perpétuer ces croyances. « De nombreuses femmes réaffirment également qu'il est acceptable de battre son épouse lorsqu'elle n'a pas accompli son devoir : si elle n'a pas lavé les vêtements de son mari, si elle a laissé brûler son repas...Elles trouvent ça juste qu'une femme soit battue parce qu'elle n'a pas satisfait son mari comme elle l'aurait dû. »

Ces idées sont inculquées très tôt et renforcées par « la musique, les jeux, les images et la publicité », explique M. Tecún. « Dans le village d'où je viens, pour célébrer la naissance d'un garçon, on prépare un bon bouillon de volaille créole. Mais après la naissance d'une fille, le village est totalement silencieux, comme pour une veillée funèbre. »

Tout ce qui porte atteinte à ces normes, notamment le concept même d'autonomie corporelle, peut être considéré comme une menace, selon Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, un autre éducateur et militant autochtone de Quiché. « Les rares personnes à avoir déjà entendu parler d'autonomie corporelle s'en font une idée négative, parce que cela porte atteinte au système patriarcal machiste », affirme-t-il.

Zúñiga souhaite que les hommes et les garçons adhèrent à de nouvelles normes qui libéreront hommes et femmes des idéaux masculins traditionnels. « Notre société mérite de nouveaux modèles de masculinité, de nouvelles manières d'envisager la virilité, qui renforcent et favorisent l'égalité des chances en matière de développement, et qui nous permettent à tous de vivre avec dignité. »

de pouvoir déséquilibrées et les normes sociales discriminatoires, en s'appuyant sur la base solide que constituent les théories du genre et du pouvoir. Les initiatives qui impliquent à la fois les femmes, les hommes, les filles et les garçons s'avèrent plus efficaces que celles destinées uniquement à la gent masculine (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019).

L'autonomie exige des investissements

La discrimination sexiste érige plusieurs obstacles majeurs à l'autonomisation des femmes et à leur indépendance. L'élimination de ces obstacles nécessite des investissements importants et durables, conformes aux principes de justice et d'équité, et mettant particulièrement l'accent sur les inégalités interdépendantes. Malheureusement, les financements sont généralement loin d'être suffisants, ne serait-ce que parce que l'économie est souvent structurée de façon à concentrer les ressources dans les mains de quelques privilégiés, essentiellement des hommes.

Des investissements significatifs et durables destinés à des services intégrés de protection sociale, de santé et d'éducation permettraient d'atténuer les multiples risques et vulnérabilités auxquels sont confrontées les femmes et les filles tout au long de leur vie, et d'intégrer l'autonomisation et l'indépendance en accordant une place centrale à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019). Ces approches sont plus que jamais importantes dans les plans de relèvement mis en place face à la COVID-19, dans un contexte où des familles défavorisées et de plus en plus désemparées s'efforcent de surmonter la crise économique en mariant leurs filles, par exemple.

Les plans d'action nationaux en faveur de l'égalité des sexes et les institutions qui œuvrent dans ce

domaine doivent bénéficier de ressources appropriées, car ils pâtissent généralement d'un manque de financement chronique qui empêche leur mise en œuvre ou l'accomplissement de leur mandat (Conseil économique et social des Nations Unies, 2019). Il en va de même pour les organisations de femmes de la société civile, souvent en première ligne pour protéger l'autonomie et les droits des femmes. Celles-ci assurent une grande partie des services d'aide aux survivantes de la violence basée sur le genre, par exemple, alors qu'elles accusaient déjà un manque de financement important avant la pandémie de COVID-19. Si la nécessité de ces services s'est accrue de façon spectaculaire pendant la crise, les financements, eux, n'ont généralement pas suivi. Dans la région Asie-Pacifique, 12 pour cent des organisations de la société civile qui œuvrent à l'élimination de la violence à l'égard des femmes ont complètement suspendu leurs services pour cette raison, et 71 pour cent ne sont que partiellement opérationnelles (CESAP et ONU-Femmes, 2020). Les petits groupes qui réalisent un travail inédit de défense des droits des femmes comptent souvent parmi les grands oubliés de l'aide internationale et des autres donateurs.

Le coût, pour la communauté internationale, de l'élimination des décès maternels évitables, de la couverture de tous les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et de l'élimination de la violence basée sur le genre à travers le monde d'ici 2030 reviendrait au total à 264 milliards de dollars, selon une étude conjointe de l'UNFPA et de l'Université Johns Hopkins réalisée en collaboration avec l'Université de Victoria, l'Université de Washington et Avenir Health. L'atteinte de ces objectifs contribuerait à renforcer l'autonomie corporelle des femmes (UNFPA, prévisions pour 2020).

L'autonomie doit s'appuyer sur une mesure des progrès réalisés

L'une des avancées apportées par les objectifs de développement durable tient à ce qu'ils appellent à mesurer les progrès accomplis en faveur de l'égalité des sexes, en déterminant notamment si les femmes et les adolescentes sont en mesure de faire des choix concernant leur corps. Toutefois, les données ventilées par sexe demeurent largement insuffisantes. Les données relatives au genre ne sont pas systématiquement recueillies, ou lorsqu'elles le sont, pas forcément utilisées ou diffusées. Les divergences entre les méthodes de collecte employées empêchent d'analyser correctement l'évolution des tendances au fil du temps.

Ce manque d'informations sur ce que vivent réellement les femmes et les filles amoindrit automatiquement la possibilité de mettre en place les services et les politiques qui favoriseraient de façon optimale l'égalité des sexes et l'autonomie. Il peut également être un facteur de discrimination lorsque des problèmes tels que la violence basée sur le genre et le travail domestique non rémunéré restent invisibles et ne sont ni recensés ni affrontés.

D'après les estimations, seuls 13 pour cent des pays disposent d'un budget alloué à la collecte et à l'analyse de statistiques liées au genre. À l'échelle mondiale, des données régulières sont produites pour seulement 22 pour cent des 54 indicateurs spécifiques au genre des objectifs de développement durable (ONU-Femmes, 2018). On déplore des lacunes importantes pour ce qui est des données concernant les femmes ayant dépassé l'âge de procréer, la formation au numérique chez les filles, ou encore le genre et l'environnement, entre autres (Data2x, 2020).

La capacité des femmes à prendre des décisions éclairées est mal mesurée, et les données relatives à l'utilisation des services de santé par les femmes ainsi qu'aux lois garantissant un accès total et équitable aux soins de santé sexuelle et reproductive sont indisponibles ou produites irrégulièrement. On manque également d'informations sur les besoins transversaux, en particulier s'agissant des femmes et des adolescentes en situation de crise humanitaire, des personnes LGBTI et des femmes handicapées. Les données sanitaires concernant les adolescents ne

sont pas toujours ventilées par sexe, et les données au sujet des filles victimes d'exclusion sociale sont particulièrement rares (Data2x, 2020, données réelles).

Les systèmes de données doivent être conçus de façon stratégique afin de restituer les expériences communes des femmes et des filles, tout en restant suffisamment nuancés pour témoigner de leur diversité (Data2x, 2020). Ces dispositifs doivent être systématiques et exhaustifs, mais aussi appliquer les principes des droits fondamentaux afin d'éviter la marginalisation et la discrimination ; cette orientation devra être définie dans le cadre d'une politique nationale.

Il est par ailleurs primordial d'éviter d'opérer un cloisonnement entre les genres dans certains problèmes ou domaines de travail, comme c'est le cas y compris aujourd'hui dans le cadre des objectifs de développement durable : 6 des 17 objectifs sont en effet qualifiés d'« insensibles à la dimension de genre », ce qui signifie qu'ils ne mentionnent pas le genre bien que leur réalisation impose de remédier à certains aspects des inégalités de genre (ONU-Femmes, 2018). Les enquêtes nationales pourraient ainsi intégrer davantage de questions abordant des facettes plus générales du libre arbitre et de l'autonomie corporelle. Les systèmes de mesure échouent également à rendre compte des liens qui existent entre les différents objectifs mondiaux (Data2x, 2020), un problème que l'on retrouve également dans les divisions « sectorielles » de nombreux systèmes statistiques nationaux.

Pour encourager les investissements en faveur de la production de données relatives au genre, il est nécessaire d'établir un plan d'action national pour l'égalité des sexes couvrant toutes les sources de données et de statistiques et reposant sur des indicateurs mesurables. On pourrait commencer, en collaboration avec les bureaux nationaux de statistique, par montrer clairement l'intérêt qu'il y a à collecter des données relatives au genre et à tenir compte des différences entre les sexes dans les données administratives importantes, notamment l'état civil et les statistiques en la matière, en s'appuyant sur la dynamique engagée à ce sujet (Pryor, 2020).

Promouvoir les droits, le libre arbitre et l'autonomie dans le monde

De nombreuses théories, explications et légitimations ont été avancées pour justifier le fait que les femmes et les filles soient privées de leurs droits et de leur libre arbitre et que leur corps soit soumis aux caprices d'autres personnes. Néanmoins, si ces excuses continuent d'être acceptées, quasiment aucun des objectifs de développement durable établis par les Nations Unies ne sera atteint d'ici 2030. Autrement dit, le potentiel de progrès socioéconomique et humain envisagé par la communauté internationale dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ne serait pas réalisé, et ce au détriment de l'ensemble de l'humanité.

L'égalité des sexes est une variable indispensable dans l'équation de la réussite, de même que la réalisation des droits des personnes qui s'identifient comme LGBTI, des personnes handicapées et de toute personne discriminée ou privée d'autonomie en raison de son origine, de son appartenance ethnique ou de sa situation économique. Chacun doit avoir le pouvoir de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé, de contraception et de sexualité.

Les pouvoirs publics, toutes les institutions économiques et sociales, les communautés, les familles et les hommes ont un rôle à jouer dans la défense des droits des femmes et l'élimination de la discrimination de manière générale. Tous ces acteurs doivent se montrer plus efficaces. La nouvelle « Génération égalité » est arrivée et ne compte pas attendre les bras croisés. Et elle a bien raison.

Chaque personne est seule à avoir le droit de prendre des décisions et de faire des choix concernant son corps et sa vie, seule à avoir le droit de dire oui ou non. Ensemble, nous pouvons y arriver.

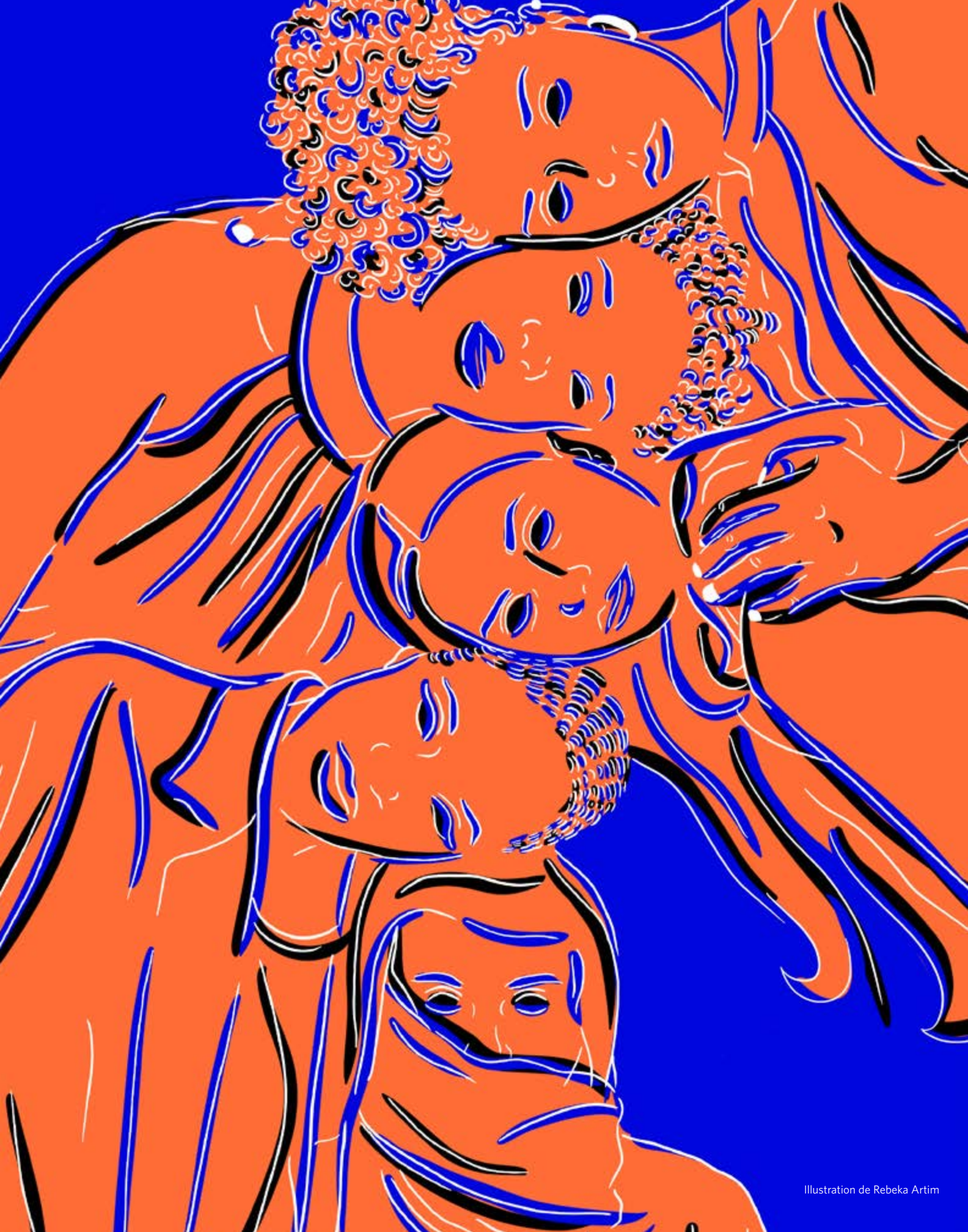


Illustration de Rebeka Artim

Santé sexuelle et reproductive

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute[a]	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage
						TOUTES MÉTHODES CONFONDUES		MÉTHODES MODERNES					
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage		
Monde et régions	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Monde	**211**	**199**	**243**	**81**	**0,24**	**49**	**63**	**45**	**57**	**9**	**11**	**77**	**73**
Régions développées	12	11	13	99	–	59	71	53	62	7	9	80	84
Régions en développement	232	219	268	79	–	47	62	43	56	9	12	76	69
Pays les moins avancés	415	396	477	61	0,58	32	42	28	37	16	20	59	71
Régions UNFPA													
Afrique de l'Est et Afrique australe	391	361	463	64	–	34	43	31	39	16	21	62	75
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	717	606	917	55	–	20	22	17	18	17	22	46	70
Amérique latine et Caraïbes	74	70	80	94	–	59	75	56	70	8	10	83	66
Asie et Pacifique	120	108	140	85	–	52	67	48	62	7	9	80	72
États arabes	151	121	208	90	–	34	53	29	45	10	16	65	53
Europe de l'Est et Asie centrale	20	18	22	99	–	46	64	36	49	8	12	66	82
Pays, territoires et autres entités	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Afghanistan	638	427	1010	59	0,02	19	26	17	23	17	24	47	54
Afrique du Sud	119	96	153	97	4,94	50	58	50	57	11	14	82	95
Albanie	15	8	26	–	–	31	44	4	5	12	17	10	82
Algérie	112	64	206	–	0,03	35	64	31	57	6	9	76	–
Allemagne	7	5	9	99	0,03	61	78	60	78	5	5	91	–
Angola	241	167	346	47	1,01	16	17	15	15	27	36	35	66
Antigua-et-Barbuda	42	24	69	100	–	45	64	43	61	10	13	78	–
Arabie saoudite	17	10	30	99	–	19	30	15	24	15	25	44	–
Argentine	39	35	43	94	0,15	60	71	57	67	9	11	84	–
Arménie	26	21	32	100	0,06	39	59	21	31	8	12	44	87
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australie	6	5	8	97	0,04	59	67	57	64	8	11	85	–
Autriche	5	4	7	98	–	65	70	62	68	6	8	88	–
Azerbaïdjan	26	21	32	99	–	37	57	15	22	9	14	32	–
Bahamas	70	48	110	99	0,55	45	67	43	65	9	12	80	–
Bahreïn	14	10	21	100	–	31	67	21	46	5	10	59	–
Bangladesh	173	131	234	53	0,01	55	66	48	57	9	11	75	–
Barbade	27	17	39	99	0,58	50	63	47	61	12	14	76	44
Bélarus	2	1	4	100	0,22	61	70	52	58	6	8	78	87
Belgique	5	4	7	–	–	59	67	58	66	6	8	90	–
Belize	36	26	48	94	0,81	44	57	42	53	14	18	71	42
Bénin	397	291	570	78	0,34	17	18	14	14	25	31	33	91
Bhoutan	183	127	292	96	0,11	39	60	38	58	8	13	80	–
Bolivie (État plurinational de)	155	113	213	72	0,13	48	67	35	49	12	16	59	–
Bosnie-Herzégovine	10	5	16	100	0,01	38	49	19	21	11	14	38	–
Botswana	144	124	170	100	4,36	57	69	56	68	8	10	86	–
Brésil	60	58	61	99	–	65	80	63	77	6	7	89	–
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	10	6	14	100	0,05	65	79	50	57	5	7	71	–
Burkina Faso	320	220	454	80	0,12	30	34	29	33	20	24	58	72
Burundi	548	413	728	85	0,16	19	31	17	28	17	28	47	64

Santé sexuelle et reproductive

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute[a]	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – TOUTES MÉTHODES CONFONDUES – Toutes les femmes	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – TOUTES MÉTHODES CONFONDUES – Femmes mariées ou en concubinage	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – MÉTHODES MODERNES – Toutes les femmes	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – MÉTHODES MODERNES – Femmes mariées ou en concubinage	Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – Toutes les femmes	Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – Femmes mariées ou en concubinage	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Cabo Verde	58	45	75	92	0,19	49	68	47	65	11	11	79	–
Cambodge	160	116	221	89	0,05	43	63	32	46	7	11	63	98
Cameroun, République du	529	376	790	69	1,02	27	23	22	17	16	23	51	–
Canada	10	8	14	98	–	74	82	70	77	3	5	91	–
Chili	13	11	14	100	0,27	63	77	59	71	6	8	85	–
Chine	29	22	35	100	–	69	85	67	83	4	3	91	–
Chine, RAS de Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–
Chine, RAS de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	83	71	98	99	0,14	64	82	60	77	6	7	87	97
Comores	273	167	435	–	0,00	20	27	16	22	19	29	41	–
Congo, République démocratique du	473	341	693	80	0,21	23	25	12	12	21	26	28	–
Congo, République du	378	271	523	91	1,03	42	43	28	27	15	19	50	53
Corée, République de	11	9	13	100	–	56	81	51	73	6	5	82	–
Corée, République populaire démocratique de	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83
Costa Rica	27	24	31	99	0,21	55	73	53	71	9	11	84	62
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0,70	26	26	23	22	21	27	49	63
Croatie	8	6	11	100	0,02	51	71	36	47	7	8	63	–
Cuba	36	33	40	100	0,15	70	75	69	74	7	8	89	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	4	3	5	95	0,02	65	78	61	74	5	7	88	90
Djibouti	248	116	527	–	0,57	16	29	16	28	15	27	50	–
Dominique	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	37	27	47	92	0,04	44	61	43	59	9	12	81	44
El Salvador	46	36	57	100	0,11	52	73	49	69	8	10	81	83
Émirats arabes unis	3	2	5	100	–	36	51	29	41	12	17	60	–
Équateur	59	53	65	96	0,13	60	81	54	73	6	6	82	–
Érythrée	480	327	718	–	0,15	9	14	9	13	18	29	32	–
Espagne	4	3	5	–	0,07	60	63	58	62	9	13	84	–
Estonie	9	5	13	99	0,23	57	65	52	58	7	11	81	–
Eswatini	437	255	792	–	8,62	54	68	53	66	10	13	83	–
États-Unis d'Amérique	19	17	21	99	–	64	76	57	67	5	6	83	–
Éthiopie	401	298	573	28	0,24	29	42	29	41	15	21	66	–
Fédération de Russie	17	13	23	100	–	49	68	41	57	6	10	75	–
Fidji	34	27	43	100	–	35	51	30	44	12	16	65	–
Finlande	3	2	4	100	0,04	79	82	74	78	3	5	91	98
France	8	6	9	98	0,09	65	78	63	75	4	4	91	–
Gabon	252	165	407	–	1,01	38	37	30	27	18	24	53	58
Gambie	597	440	808	–	1,06	11	15	11	15	17	25	39	83
Géorgie	25	21	29	99	0,18	32	47	24	34	13	19	52	93
Ghana	308	223	420	78	0,70	27	36	23	31	19	26	51	–
Grèce	3	2	4	100	–	54	74	39	50	6	7	64	54
Grenade	25	15	39	100	–	45	64	42	59	10	13	76	–

Santé sexuelle et reproductive

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute[a]	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage
						TOUTES MÉTHODES CONFONDUES		MÉTHODES MODERNES					
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage		
Pays, territoires et autres entités	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Guadeloupe	–	–	–	–	–	46	60	41	53	11	15	73	–
Guam	–	–	–	–	–	42	66	36	56	7	10	75	–
Guatemala	95	86	104	70	0,14	42	64	36	53	9	13	70	–
Guinée	576	437	779	55	0,52	12	10	10	9	20	25	33	–
Guinée équatoriale	301	181	504	–	4,21	17	17	15	14	23	31	37	–
Guinée-Bissau	667	457	995	45	1,43	29	20	27	19	16	20	60	70
Guyana	169	132	215	96	0,51	34	46	32	44	17	25	63	75
Guyane française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haïti	480	346	680	42	0,69	28	38	26	35	23	34	50	65
Honduras	65	55	76	74	0,09	52	76	47	67	7	9	78	–
Hongrie	12	9	16	100	0,02	49	70	45	63	6	9	81	–
Îles Salomon	104	70	157	86	–	24	33	20	27	13	17	54	–
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–
Inde	145	117	177	81	–	43	57	39	51	9	12	74	–
Indonésie	177	127	254	95	0,17	44	62	42	59	8	11	81	–
Iran, République islamique d'	16	13	20	99	0,05	58	81	46	65	4	5	75	–
Iraq	79	53	113	96	–	37	56	26	39	9	13	57	39
Irlande	5	3	7	100	0,08	66	71	63	66	6	9	88	–
Islande	4	2	6	98	0,05	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	3	2	4	–	0,05	39	74	30	56	5	8	68	–
Italie	2	1	2	100	0,05	59	67	48	51	7	9	73	–
Jamaïque	80	67	98	100	–	42	68	40	64	9	11	78	–
Japon	5	3	6	100	0,01	48	56	41	44	12	16	68	83
Jordanie	46	31	65	100	0,00	30	54	22	38	8	14	56	–
Kazakhstan	10	8	12	100	0,14	43	53	40	51	11	15	75	63
Kenya	342	253	476	62	1,02	46	64	45	62	12	14	77	–
Kirghizistan	60	50	76	100	0,09	29	41	27	39	13	18	66	73
Kiribati	92	49	158	–	–	20	26	16	21	18	26	44	–
Koweït	12	8	17	100	0,04	41	60	34	49	9	14	67	–
Lesotho	544	391	788	87	7,80	53	66	52	65	11	15	81	–
Lettonie	19	15	26	100	0,19	61	72	54	62	6	9	81	70
Liban	29	22	40	–	0,02	29	62	21	46	6	12	61	–
Libéria	661	481	943	–	0,39	28	30	27	29	25	28	51	–
Libye	72	30	164	–	0,07	25	39	16	25	17	26	38	33
Lituanie	8	5	12	100	–	46	66	38	53	8	11	70	88
Luxembourg	5	3	8	–	0,09	–	–	–	–	–	–	–	–
Macédoine du Nord	7	5	10	100	0,02	40	48	21	21	13	17	40	–
Madagascar	335	229	484	46	0,24	41	50	36	44	15	16	65	–
Malawi	349	244	507	90	2,28	48	64	48	63	13	15	77	76
Malaisie	29	24	36	100	0,18	35	57	25	41	9	14	57	81
Maldives	53	35	84	100	–	15	22	12	17	22	30	33	45
Mali	562	419	784	67	0,78	18	19	17	19	21	24	45	79
Malte	6	4	11	100	–	64	85	50	66	4	3	74	90

Santé sexuelle et reproductive

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute[a]	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – TOUTES MÉTHODES CONFONDUES – Toutes les femmes	Taux de recours à la contraception – TOUTES MÉTHODES CONFONDUES – Femmes mariées ou en concubinage	Taux de recours à la contraception – MÉTHODES MODERNES – Toutes les femmes	Taux de recours à la contraception – MÉTHODES MODERNES – Femmes mariées ou en concubinage	Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage – Toutes les femmes	Besoins de planification familiale – Femmes mariées ou en concubinage	Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage
	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Maroc	70	54	91	87	0,03	43	71	37	61	7	11	74	–
Martinique	–	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–
Maurice	61	46	85	100	0,70	43	67	28	43	8	10	56	73
Mauritanie	766	528	1140	69	0,03	12	18	11	16	18	29	35	62
Mexique	33	32	35	96	0,08	56	73	53	70	9	10	82	–
Micronésie, États fédérés de	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldova, République de	19	15	24	100	0,25	53	64	42	50	9	12	67	–
Mongolie	45	36	56	99	0,01	41	56	37	51	13	15	70	–
Monténégro	6	3	10	99	0,08	26	26	18	15	17	22	43	52
Mozambique	289	206	418	73	5,25	26	28	25	27	19	22	56	94
Myanmar	250	182	351	60	0,20	33	58	33	56	8	14	78	82
Namibie	195	144	281	–	2,82	52	61	52	60	10	15	83	96
Népal	186	135	267	58	0,03	43	55	38	48	17	21	63	48
Nicaragua	98	77	127	96	0,07	53	82	51	79	5	6	88	–
Niger	509	368	724	39	0,08	16	19	16	18	16	18	49	–
Nigéria	917	658	1320	43	0,65	17	20	13	15	15	19	41	–
Norvège	2	2	3	99	0,02	67	86	63	80	4	4	89	–
Nouvelle-Calédonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	9	7	11	97	0,03	65	80	61	75	5	5	88	94
Oman	19	16	22	99	0,07	21	35	14	24	15	26	40	–
Ouganda	375	278	523	74	1,40	35	45	32	41	19	25	59	–
Ouzbékistan	29	23	37	100	0,16	49	69	46	65	6	9	83	–
Pakistan	140	85	229	69	0,11	25	37	19	28	12	17	52	65
Palestine[1]	–	–	–	100	–	41	62	31	47	7	11	65	60
Panama	52	45	59	93	0,32	48	60	45	56	14	17	73	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	145	67	318	56	0,26	28	38	23	32	18	25	51	–
Paraguay	84	72	96	98	0,16	58	72	54	67	8	9	82	–
Pays-Bas	5	4	7	–	0,03	63	73	61	71	6	7	89	98
Pérou	88	69	110	92	0,10	55	77	42	57	5	7	70	–
Philippines	121	91	168	84	0,13	36	57	27	43	10	16	58	75
Pologne	2	2	3	100	–	53	73	43	57	6	8	72	–
Polynésie française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	82	–
Portugal	8	6	11	99	0,07	61	75	52	65	7	7	78	–
Qatar	9	6	14	100	–	30	48	26	40	10	16	64	–
République arabe syrienne	31	20	50	–	0,00	37	62	28	46	8	13	62	77
République centrafricaine	829	463	1470	–	1,20	23	26	17	20	18	22	42	77
République démocratique populaire lao	185	139	253	64	0,08	39	61	34	54	8	11	74	96
République dominicaine	95	88	102	100	0,26	57	72	55	70	9	10	84	–
République tchèque	3	2	5	100	0,05	63	85	56	76	3	4	85	70
Réunion	–	–	–	–	–	49	72	48	71	9	9	83	–
Roumanie	19	14	25	97	0,04	55	72	45	58	5	8	75	–
Royaume-Uni	7	6	8	–	–	73	82	67	74	4	5	87	92

Santé sexuelle et reproductive

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute[a]	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage
						TOUTES MÉTHODES CONFONDUES		MÉTHODES MODERNES					
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage		
Pays, territoires et autres entités	2017	2017	2017	2014–2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019
Rwanda	248	184	347	91	0,29	34	58	31	53	12	17	69	–
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Martin (Pays-Bas)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	68	44	100	99	–	50	67	48	64	10	12	80	81
Sainte-Lucie	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	–
Samoa	43	20	97	83	–	17	29	16	27	24	41	39	–
Sao Tomé-et-Principe	130	73	217	93	–	36	46	33	43	21	27	59	54
Sénégal	315	237	434	74	0,08	22	31	21	29	16	22	56	–
Serbie	12	9	17	98	0,02	49	56	33	30	10	13	56	86
Seychelles	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	1120	808	1620	87	0,55	28	25	27	25	20	24	57	65
Singapour	8	5	13	100	0,04	40	69	36	61	6	10	77	–
Slovaquie	5	4	7	98	0,02	56	79	48	66	4	6	79	–
Slovénie	7	5	9	–	–	54	80	45	67	6	5	76	–
Somalie	829	385	1590	–	0,03	16	27	7	12	16	27	23	–
Soudan	295	207	408	78	0,13	11	16	10	14	18	28	34	57
Soudan du Sud	1150	789	1710	–	1,56	6	8	5	7	20	30	21	16
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	89
Suède	4	3	6	–	–	62	73	57	66	6	8	84	100
Suisse	5	3	7	–	–	72	73	68	69	4	7	89	92
Suriname	120	96	144	98	0,49	33	46	33	45	15	23	68	45
Tadjikistan	17	10	26	95	0,09	24	32	22	29	16	22	55	–
Tanzanie, République-Unie de	524	399	712	64	1,41	36	44	32	39	16	20	61	–
Tchad	1140	847	1590	24	0,44	7	8	6	7	18	24	25	75
Thaïlande	37	32	44	99	0,09	56	80	54	78	4	5	91	–
Timor-Leste, République démocratique du	142	102	192	57	–	19	32	17	29	14	24	52	–
Togo	396	270	557	69	0,70	24	26	22	24	22	31	48	73
Tonga	52	24	116	–	–	20	37	17	32	13	25	52	–
Trinité-et-Tobago	67	50	90	100	–	40	49	36	45	14	20	66	32
Tunisie	43	33	54	100	0,02	30	58	26	50	7	13	69	–
Turkménistan	7	5	10	100	–	37	55	34	51	10	14	74	–
Turquie	17	14	20	98	–	48	71	33	49	7	10	61	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	19	14	26	100	0,28	53	68	44	55	6	9	74	88
Uruguay	17	14	21	100	0,26	57	79	55	77	6	7	87	99
Vanuatu	–	–	–	–	–	36	48	31	41	15	20	61	–
Venezuela, République bolivarienne du	125	97	170	99	–	56	76	52	71	8	10	82	–
Viet Nam	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54
Yémen	164	109	235	–	0,04	27	43	20	31	15	24	48	63
Zambie	213	159	289	63	2,97	37	53	35	50	15	18	68	91
Zimbabwe	458	360	577	86	2,79	49	69	49	68	8	10	85	–

NOTES

– Données non disponibles.

a Le RMM a été arrondi comme suit : < 100, arrondi à l'unité la plus proche ; 100 à 999, arrondi à l'unité la plus proche ; ≥ 1 000, arrondi à la dizaine la plus proche.

1 Le 29 novembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Résolution 67/19, qui accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies… »

DÉFINITION DES INDICATEURS

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

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

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

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

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

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

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

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

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Ratio de mortalité maternelle : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG, créé conjointement par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF).

Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2020, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune.

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

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

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

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

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

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

Égalité des sexes, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Monde et régions	2020	2019	2019	2018	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019
Monde	**41**	**20**	**–**	**13**	**55**	**–**	**–**	**85**	**1,00**	**65**	**0,99**
Régions développées	12	–	–	–	–	–	–	98	1,00	93	1,01
Régions en développement	45	27	–	–	54	–	–	83	1,00	62	0,99
Pays les moins avancés	91	38	–	22	50	–	–	66	0,97	44	0,89
Régions UNFPA											
Afrique de l'Est et Afrique australe	95	32	24	–	53	–	–	66	0,96	44	0,84
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	108	39	23	–	37	–	–	62	0,96	43	0,86
Amérique latine et Caraïbes	61	25	–	–	74	–	–	93	1,00	79	1,03
Asie et Pacifique	23	26	–	–	59	–	–	87	1,02	63	1,03
États arabes	48	20	55	–	–	–	–	81	0,94	60	0,91
Europe de l'Est et Asie centrale	27	12	–	–	75	–	–	96	0,99	85	1,00
Pays, territoires et autres entités	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Afghanistan	62	28	–	46	–	–	–	–	–	44	0,56
Afrique du Sud	41	4	–	11	65	89	1,02	86	1,03	79	1,02
Albanie	16	12	–	–	69	98	1,04	96	1,05	82	1,07
Algérie	10	3	–	–	–	100	0,99	–	–	–	–
Allemagne	6	–	–	5[c]	–	99	1,01	95	1,02	86	0,96
Angola	163	30	–	26	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antigua-et-Barbuda	28	–	–	–	–	99	1,01	99	0,99	87	1,02
Arabie saoudite	9	–	–	–	–	98	0,98	99	0,98	96	0,94
Argentine	54	–	–	–	–	100	0,99	100	1,00	90	1,10
Arménie	21	5	–	4	66	91	1,00	90	1,02	89	1,15
Aruba	26	–	–	–	–	100	1,00	–	–	–	–
Australie	10	–	–	2[b]	–	100	1,00	98	1,00	92	1,04
Autriche	7	–	–	4[c]	–	100	1,00	100	1,00	90	1,01
Azerbaïdjan	45	11	–	10	–	92	1,03	100	1,00	100	1,00
Bahamas	29	–	–	–	–	76	1,02	71	1,02	67	1,06
Bahreïn	14	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Bangladesh	74	59	–	29	–	95	1,11	74	1,10	62	1,08
Barbade	50	29	–	–	–	99	0,98	95	1,04	95	1,05
Bélarus	14	5	–	–	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Belgique	6	–	–	8[c]	–	99	1,00	99	0,99	99	1,00
Belize	64	34	–	–	–	100	1,01	90	0,98	64	1,04
Bénin	108	31	2	14	36	94	0,94	66	0,78	44	0,63
Bhoutan	28	26	–	7	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Bolivie (État plurinational de)	71	20	–	27	–	93	1,00	87	0,99	79	1,00
Bosnie-Herzégovine	11	4	–	–	–	–	–	–	–	79	1,04
Botswana	50	–	–	–	–	89	1,01	–	–	–	–
Brésil	53	26	–	–	–	96	0,99	97	1,00	85	1,07
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	99	1,01	97	1,00	82	1,04
Bulgarie	38	–	–	9[c]	–	87	1,00	87	0,99	88	0,95
Burkina Faso	132	52	58	9	20	78	0,99	54	1,08	34	1,04
Burundi	58	19	–	28	44	92	1,04	66	1,08	35	1,15

Égalité des sexes, droits et capital humain

Pays, territoires et autres entités	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Cabo Verde	80	18	–	8	–	94	0,98	87	1,01	73	1,08
Cambodge	57	19	–	9	76	91	1,00	87	0,98	–	–
Cameroun, République du	119	31	0,4	22	38	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Canada	8	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00	94	0,99
Chili	26	–	–	–	–	99	0,99	95	0,99	95	1,00
Chine	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Hong Kong	2	–	–	–	–	97	1,05	99	1,00	99	1,00
Chine, RAS de Macao	3	–	–	–	–	99	0,99	98	1,02	87	1,06
Chypre	4	–	–	3[c]	–	99	1,00	100	1,00	93	0,98
Colombie	61	23	–	18	–	98	1,01	94	1,01	79	1,03
Comores	70	32	–	5	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Congo, République démocratique du	138	37	–	37	31	–	–	–	–	–	–
Congo, République du	111	27	–	–	27	89	1,09	–	–	–	–
Corée, République de	1	–	–	–	–	99	1,00	97	1,00	96	0,99
Corée, République populaire démocratique de	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	50	21	–	–	–	100	1,00	98	1,01	94	1,03
Côte d'Ivoire	123	27	27	22	25	95	0,93	56	0,87	42	0,74
Croatie	9	–	–	4[c]	–	98	1,03	99	1,02	86	1,05
Cuba	52	26	–	–	–	99	1,00	90	1,00	82	1,07
Curaçao	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	3	–	–	7[c]	–	99	1,01	99	0,99	90	1,02
Djibouti	21	5	80	–	–	67	0,96	52	1,00	34	0,95
Dominique	48	–	–	–	–	96	1,01	99	1,02	82	1,03
Égypte	52	17	70	14	–	99	1,01	98	1,02	77	0,98
El Salvador	74	26	–	7	–	86	1,01	83	0,99	66	0,97
Émirats arabes unis	5	–	–	–	–	99	0,97	99	0,99	88	0,86
Équateur	71	20	–	11	87	99	1,03	95	1,03	80	1,01
Érythrée	76	41	69	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Espagne	7	–	–	2[c]	–	97	1,00	100	1,00	98	1,01
Estonie	11	–	–	4[c]	–	98	1,00	99	1,02	99	0,99
Eswatini	87	5	–	–	49	84	0,98	97	1,00	84	0,96
États-Unis d'Amérique	19	–	–	–	–	99	1,00	100	1,02	96	1,00
Éthiopie	80	40	47	20	45	86	0,93	53	0,92	26	0,91
Fédération de Russie	22	–	–	–	–	100	1,00	100	1,01	97	1,00
Fidji	23	–	–	30[c]	–	99	0,97	96	–	74	1,09
Finlande	5	–	–	8[c]	–	99	1,00	100	1,00	96	0,98
France	9	–	–	7[c]	–	100	1,00	99	1,00	95	1,01
Gabon	91	22	–	32	48	–	–	–	–	–	–
Gambie	86	26	75	7	40	85	1,12	69	1,03	–	–
Géorgie	32	14	–	1[d]	–	99	1,01	100	1,00	94	1,04
Ghana	75	21	2	19	52	99	1,01	89	1,05	72	1,00
Grèce	9	–	–	8[c]	–	99	1,00	96	0,99	95	0,98
Grenade	36	–	–	–	–	99	1,02	97	–	97	1,00

Égalité des sexes, droits et capital humain

Pays, territoires et autres entités	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Guadeloupe	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	79	30	–	9	65	89	1,01	67	0,93	41	0,90
Guinée	120	47	92	–	29	78	0,83	49	0,70	33	0,59
Guinée équatoriale	176	30	–	44	–	45	1,02	–	–	–	–
Guinée-Bissau	106	24	42	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Guyana	74	30	–	–	71	98	0,96	93	1,02	70	1,11
Guyane française	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haïti	55	15	–	14	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	34	–	11	70	87	0,97	62	1,23	44	1,11
Hongrie	23	–	–	8[c]	–	96	1,00	97	1,00	88	1,01
Îles Salomon	78	21	–	42	–	96	1,01	–	–	–	–
Îles Turques-et-Caïques	15	–	–	–	–	99	1,03	80	1,06	68	0,90
Îles Vierges américaines	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	11	27	–	22	–	98	1,02	85	1,07	52	0,98
Indonésie	36	16	–	5[d]	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Iran, République islamique d'	33	17	–	–	–	100	1,00	95	0,97	74	0,97
Iraq	82	28	4	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	7	–	–	4[c]	–	100	1,00	99	–	99	1,01
Islande	6	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00	87	1,04
Israël	10	–	–	–	–	100	1,01	100	–	98	–
Italie	4	–	–	7[c]	–	97	1,00	98	1,00	95	1,01
Jamaïque	52	8	–	9	–	83	1,00	82	1,02	76	1,04
Japon	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	27	10	–	14	61	81	0,98	70	1,00	54	1,09
Kazakhstan	26	7	–	6[c]	–	99	1,02	100	–	99	–
Kenya	96	23	11	26	56	81	1,04	–	–	–	–
Kirghizistan	34	13	–	17	77	100	0,99	98	0,99	72	1,05
Kiribati	49	20	–	43	–	96	1,08	–	–	–	–
Koweït	6	–	–	–	–	83	1,22	94	1,05	82	1,03
Lesotho	94	16	–	–	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Lettonie	16	–	–	7[c]	–	99	1,01	99	1,01	96	1,01
Liban	13	6	–	35	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	150	36	26[a]	35	67	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Libye	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	13	–	–	6[c]	–	100	1,00	100	1,00	97	1,02
Luxembourg	4	–	–	3[c]	–	99	0,98	96	0,98	81	1,06
Macédoine du Nord	15	7	–	–	–	99	1,00	–	–	–	–
Madagascar	152	40	–	–	74	98	1,05	70	1,03	36	0,97
Malawi	138	42	–	24	47	98	1,04	81	1,01	31	0,64
Malaisie	9	–	–	–	–	100	1,01	87	1,03	63	1,16
Maldives	9	2	1	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Mali	164	54	86	21	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Malte	13	–	–	5[c]	–	100	1,01	99	1,01	90	1,05

Égalité des sexes, droits et capital humain

Pays, territoires et autres entités	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Maroc	19	14	–	–	–	100	1,01	91	0,96	72	0,94
Martinique	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	24	–	–	–	–	99	1,03	95	1,02	79	1,10
Mauritanie	84	37	63	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12
Mexique	71	26	–	10	–	99	1,01	92	1,02	74	1,05
Micronésie, États fédérés de	44	–	–	26	–	90	0,98	87	1,06	–	–
Moldova, République de	21	12	–	15	–	90	0,98	84	0,98	65	1,02
Mongolie	33	12	–	15	63	99	0,99	–	–	–	–
Monténégro	10	6	–	–	–	100	1,00	92	1,01	89	1,02
Mozambique	180	53	–	16	49	98	0,97	57	0,87	31	0,76
Myanmar	28	16	–	11	67	98	0,96	79	1,03	57	1,16
Namibie	64	7	–	20	71	98	1,03	–	–	–	–
Népal	88	40	–	11	48	96	0,93	97	1,03	81	1,18
Nicaragua	92	35	–	8	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Niger	154	76	1	–	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigéria	106	43	14	14	46	66	0,84	–	–	–	–
Norvège	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	92	1,01
Nouvelle-Calédonie	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	14	–	–	–	–	100	1,01	99	1,00	98	1,03
Oman	12	4	–	–	–	97	1,06	98	1,02	90	0,90
Ouganda	132	34	0,1	30	62	96	1,03	–	–	–	–
Ouzbékistan	19	7	–	–	–	99	0,99	99	0,98	86	0,99
Pakistan	46	18	–	15	40	–	–	–	–	–	–
Palestine[1]	48	15	–	–	–	97	1,00	97	1,04	75	1,21
Panama	76	26	–	10	79	87	0,99	88	1,01	56	1,08
Papouasie-Nouvelle-Guinée	68	27	–	48	–	93	0,94	86	0,89	54	0,82
Paraguay	72	22	–	8[e]	–	89	1,00	90	0,90	68	1,05
Pays-Bas	3	–	–	7[c]	–	100	1,01	97	1,01	100	1,00
Pérou	44	17	–	11	–	98	0,96	98	1,00	92	0,94
Philippines	39	17	–	6	81	96	0,99	89	1,07	79	1,09
Pologne	11	–	–	3[c]	–	98	1,01	98	0,98	96	1,00
Polynésie française	42	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	22	–	–	–	–	78	1,03	80	1,10	83	1,07
Portugal	8	–	–	6[f]	–	100	0,99	100	1,00	99	0,99
Qatar	9	4	–	–	–	98	1,03	95	0,92	91	0,97
République arabe syrienne	54	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
République centrafricaine	229	68	18	26	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
République démocratique populaire lao	83	33	–	6	–	92	0,98	72	1,00	56	0,92
République dominicaine	51	36	–	16	77	96	1,01	94	1,00	78	1,02
République tchèque	12	–	–	6[c]	–	100	1,01	99	1,00	97	1,00
Réunion	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	38	–	–	7[c]	–	87	1,00	91	1,00	80	1,03
Royaume-Uni	12	–	–	6[c]	–	99	1,00	100	1,00	96	1,01
Rwanda	41	7	–	21	70	94	1,00	96	1,04	50	1,02

Égalité des sexes, droits et capital humain

Pays, territoires et autres entités	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2000–2019	2007–2018	2010–2020	2010–2020	2010–2019	2010–2019	2009–2019	2009–2019
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	46	–	–	–	–	99	0,98	87	0,95	96	0,99
Saint-Marin	1	–	–	–	–	95	1,10	99	–	46	0,89
Saint-Martin (Pays-Bas)	–	–	–	–	–	97	1,07	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	52	–	–	–	–	97	1,06	98	0,99	85	1,02
Sainte-Lucie	36	24	–	–	–	98	1,03	90	0,98	79	0,99
Samoa	39	11	–	22	–	99	1,02	100	–	90	1,11
Sao Tomé-et-Principe	92	35	–	26	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Sénégal	78	29	21	8	7	74	1,14	–	–	–	–
Serbie	15	3	–	–	–	98	1,00	98	1,00	88	1,03
Seychelles	68	–	–	–	–	98	1,05	99	–	82	1,16
Sierra Leone	101	30	64	29	40	99	1,03	51	0,99	35	0,93
Singapour	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	100	–
Slovaquie	27	–	–	8[c]	–	96	1,00	95	1,00	89	1,00
Slovénie	4	–	–	2[c]	–	100	1,00	98	1,01	98	1,01
Somalie	123	45	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	87	34	82	–	–	62	0,98	45	0,88	43	0,96
Soudan du Sud	158	52	–	–	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Sri Lanka	21	10	–	6[g]	–	99	0,99	100	1,00	84	1,06
Suède	5	–	–	6[c]	–	100	1,00	100	1,01	99	0,99
Suisse	2	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	82	0,96
Suriname	57	36	–	–	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Tadjikistan	54	9	–	19	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Tanzanie, République-Unie de	139	31	5	30	47	87	1,04	–	–	14	0,76
Tchad	179	67	32	18	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Thaïlande	38	23	–	–	–	–	–	–	–	79	1,00
Timor-Leste, République démocratique du	42	15	–	35	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	89	25	1	13	30	97	0,98	79	0,85	43	0,64
Tonga	30	6	–	19	–	99	1,02	95	1,02	62	1,17
Trinité-et-Tobago	38	11	–	7	–	99	0,99	–	–	–	–
Tunisie	4	2	–	–	–	99	1,02	–	–	–	–
Turkménistan	28	6	–	–	–	–	–	92	0,98	83	0,99
Turquie	21	15	–	11	–	95	0,99	94	0,99	83	0,99
Tuvalu	27	10	–	25	–	85	0,96	71	0,92	50	1,57
Ukraine	19	9	–	10	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Uruguay	36	25	–	3	–	100	1,00	100	1,01	88	1,08
Vanuatu	51	21	–	44	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela, République bolivarienne du	95	–	–	–	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Viet Nam	30	11	–	10	–	99	1,03	–	–	–	–
Yémen	67	32	16	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Zambie	135	29	–	25	47	85	1,05	–	–	–	–
Zimbabwe	78	34	–	20	60	100	1,01	98	0,95	52	0,90

NOTES

– Données non disponibles.

a Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans membres de la société Sande. L'appartenance à la société Sande est un indicateur indirect de la pratique de mutilations génitales féminines.

b Pour les femmes âgées de 18 ans ou plus ayant déjà été en couple

c Pour les femmes âgées de 18 à 49 ans ayant déjà été en couple

d Pour les femmes âgées de 15 à 64 ans ayant déjà été en couple

e Pour les femmes âgées de 15 à 44 ans ayant déjà été en couple

f Pour les femmes âgées de 18 à 50 ans ayant déjà été en couple

g Pour les femmes âgées de 15 ans ou plus ayant déjà été en couple

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

DÉFINITION DES INDICATEURS

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

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

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans : proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

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

Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction : proportion de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les relations sexuelles avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).Des données actualisées concernant cet indicateur des ODD ont été rendues disponibles juste avant l'impression du présent rapport. Les chiffres actualisés sont disponibles à l'adresse suivante : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école primaire scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire par rapport à celui des garçons.

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

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

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

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

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Adolescent birth rate: United Nations Population Division.

Taux de natalité chez les adolescentes : Division de la population des Nations Unies.

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

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans : UNFPA.

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : UNFPA. Estimations régionales produites par le Groupe interorganisations chargé des estimations et des données relatives à la violence à l'égard des femmes (OMS, ONU-DC, ONU-Femmes, UNFPA, UNICEF et UNSD).

Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction : UNFPA. Des données actualisées concernant cet indicateur des ODD ont été rendues disponibles juste avant l'impression du présent rapport. Les chiffres actualisés sont disponibles à l'adresse suivante : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU).

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU).

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

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

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

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

Indicateurs démographiques

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2021)	
Monde et régions		2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	homme	femme
Monde	**7 875**	**1,1**	**25,3**	**16,0**	**23,6**	**65,1**	**9,6**	**2,4**	**71**	**75**
Régions développées	1 276	0,3	16,3	11,0	16,6	64,0	19,7	1,6	77	83
Régions en développement	6 599	1,3	27,0	17,0	25,0	65,4	7,6	2,5	69	74
Pays les moins avancés	1 082	2,3	38,5	22,3	31,7	57,8	3,6	3,8	64	68
Régions UNFPA										
Afrique de l'Est et Afrique australe	633	2,6	40,9	23,0	32,3	55,9	3,2	4,2	62	67
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	471	2,7	42,9	23,3	32,3	54,3	2,8	4,9	57	60
Amérique latine et Caraïbes	656	1,0	23,7	16,0	24,2	67,2	9,2	2,0	73	79
Asie et Pacifique	4 116	0,9	23,4	15,6	23,3	67,9	8,6	2,1	71	75
États arabes	385	1,9	33,8	19,2	27,6	61,0	5,1	3,2	70	74
Europe de l'Est et Asie centrale	251	0,9	23,4	14,4	21,2	66,2	10,5	2,1	71	78
Pays, territoires et autres entités	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	homme	femme
Afghanistan	39,8	2,5	41,2	25,0	35,2	56,1	2,7	4,0	64	67
Afrique du Sud	60,0	1,4	28,6	17,7	25,8	65,8	5,6	2,3	61	68
Albanie	2,9	-0,1	17,1	12,2	19,8	67,7	15,2	1,6	77	80
Algérie	44,6	2,0	30,9	15,8	22,3	62,2	6,9	2,9	76	79
Allemagne	83,9	0,5	14,0	9,4	14,8	64,0	22,0	1,6	79	84
Angola	33,9	3,3	46,2	24,1	32,9	51,6	2,2	5,3	59	65
Antigua-et-Barbuda	0,1	0,9	21,7	14,0	21,6	68,6	9,7	2,0	76	78
Arabie saoudite	35,3	1,9	24,5	14,2	20,8	71,8	3,6	2,2	74	77
Argentine	45,6	1,0	24,3	15,7	23,3	64,2	11,5	2,2	74	80
Arménie	3,0	0,3	20,8	12,7	18,4	66,9	12,3	1,8	72	79
Aruba[1]	0,1	0,5	17,3	12,8	19,8	67,5	15,1	1,9	74	79
Australie[2]	25,8	1,3	19,3	12,4	18,5	64,2	16,5	1,8	82	86
Autriche	9,0	0,7	14,5	9,6	15,1	66,1	19,5	1,6	80	84
Azerbaïdjan[3]	10,2	1,0	23,4	13,4	20,2	69,5	7,1	2,0	71	76
Bahamas	0,4	1,0	21,3	15,9	24,3	70,7	8,0	1,7	72	76
Bahreïn	1,7	4,3	18,0	11,1	17,0	79,1	2,9	1,9	77	79
Bangladesh	166,3	1,1	26,3	18,3	27,5	68,4	5,3	2,0	71	75
Barbade	0,3	0,1	16,6	12,5	19,0	66,3	17,2	1,6	78	81
Bélarus	9,4	0,0	17,3	10,2	14,5	66,6	16,1	1,7	70	80
Belgique	11,6	0,5	17,0	11,4	17,0	63,5	19,6	1,7	80	84
Belize	0,4	1,9	28,8	19,2	29,0	66,1	5,2	2,2	72	78
Bénin	12,5	2,7	41,7	22,9	32,1	55,0	3,3	4,6	61	64
Bhoutan	0,8	1,2	24,6	17,2	26,6	69,1	6,3	1,9	72	73
Bolivie (État plurinational de)	11,8	1,4	29,8	19,5	28,6	62,6	7,6	2,6	69	75
Bosnie-Herzégovine	3,3	-0,9	14,3	10,5	17,0	67,2	18,5	1,2	75	80
Botswana	2,4	2,1	33,0	20,1	28,7	62,3	4,7	2,8	67	73
Brésil	214,0	0,8	20,5	14,4	22,3	69,6	9,9	1,7	73	80
Brunei Darussalam	0,4	1,1	21,9	14,7	22,7	72,1	6,0	1,8	75	77
Bulgarie	6,9	-0,7	14,7	10,1	14,3	63,6	21,7	1,6	72	79
Burkina Faso	21,5	2,9	44,1	24,1	33,3	53,5	2,4	5,0	62	63
Burundi	12,3	3,1	45,1	23,1	31,8	52,5	2,5	5,2	60	64
Cabo Verde	0,6	1,2	27,7	17,7	25,8	67,4	4,9	2,2	70	77
Cambodge	16,9	1,5	30,7	18,5	27,4	64,3	5,0	2,4	68	72
Cameroun, République du	27,2	2,6	41,8	23,3	32,4	55,5	2,7	4,4	59	61
Canada	38,1	0,9	15,8	10,5	16,6	65,7	18,6	1,5	81	85

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2021)	
Pays, territoires et autres entités		2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	homme	femme
Chili	19,2	1,2	19,0	13,0	20,1	68,3	12,7	1,6	78	83
Chine[4]	1 444,2	0,5	17,6	7,4	17,5	70,0	12,4	1,7	75	80
Chine, RAS de Hong Kong[5]	7,6	0,8	13,0	11,6	12,1	68,1	18,9	1,4	82	88
Chine, RAS de Macao[6]	0,7	1,5	14,6	7,4	12,5	72,6	12,7	1,3	82	87
Chypre[7]	1,2	0,8	16,5	11,7	19,1	68,8	14,7	1,3	79	83
Colombie	51,3	1,4	21,9	15,6	24,1	68,7	9,4	1,8	75	80
Comores	0,9	2,2	38,7	22,0	31,1	58,1	3,2	4,0	63	67
Congo, République démocratique du	92,4	3,2	45,6	23,6	32,2	51,4	3,0	5,6	60	63
Congo, République du	5,7	2,6	41,0	23,0	31,7	56,2	2,8	4,3	63	67
Corée, République de	51,3	0,2	12,3	9,1	15,1	71,2	16,6	1,1	80	86
Corée, République populaire démocratique de	25,9	0,5	19,8	13,6	21,0	70,6	9,6	1,9	69	76
Costa Rica	5,1	1,0	20,6	13,9	21,6	68,8	10,6	1,7	78	83
Côte d'Ivoire	27,1	2,5	41,4	23,0	32,6	55,7	2,9	4,5	57	60
Croatie	4,1	-0,6	14,5	10,0	15,6	63,9	21,7	1,4	76	82
Cuba	11,3	0,0	15,7	10,9	17,0	68,1	16,2	1,6	77	81
Curaçao[1]	0,2	0,5	17,8	13,0	19,0	64,0	18,2	1,7	76	82
Danemark[8]	5,8	0,4	16,3	11,6	17,9	63,4	20,3	1,8	79	83
Djibouti	1,0	1,6	28,6	18,0	27,0	66,6	4,8	2,6	66	70
Dominique	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	104,3	2,0	33,8	18,2	26,3	60,7	5,4	3,2	70	75
El Salvador	6,5	0,5	26,3	17,6	27,1	64,9	8,8	2,0	69	78
Émirats arabes unis	10,0	1,3	14,9	9,1	16,5	83,7	1,4	1,4	78	80
Équateur	17,9	1,7	27,2	17,4	26,2	65,0	7,8	2,4	75	80
Érythrée	3,6	1,2	40,7	24,5	32,6	54,8	4,5	3,9	65	69
Espagne[22]	46,7	0,0	14,2	10,2	15,0	65,5	20,3	1,4	81	86
Estonie	1,3	0,2	16,5	10,7	14,9	62,8	20,8	1,6	75	83
Eswatini	1,2	1,0	37,0	23,7	33,4	59,0	4,0	2,9	57	66
États-Unis d'Amérique[26]	332,9	0,6	18,2	12,7	19,4	64,7	17,0	1,8	76	82
Éthiopie	117,9	2,6	39,6	23,1	33,3	56,9	3,6	4,0	65	69
Fédération de Russie	145,9	0,1	18,5	10,8	15,3	65,5	16,0	1,8	67	78
Fidji	0,9	0,6	28,9	17,7	25,6	65,1	6,0	2,7	66	70
Finlande[9]	5,5	0,2	15,6	11,0	16,6	61,4	23,0	1,4	80	85
France[10]	65,4	0,3	17,5	12,1	17,8	61,4	21,1	1,8	80	86
Gabon	2,3	2,7	37,4	19,2	27,1	59,1	3,5	3,8	65	69
Gambie	2,5	2,9	43,8	23,1	32,4	53,7	2,5	5,0	61	64
Géorgie[12]	4,0	-0,2	20,3	12,1	17,8	64,2	15,6	2,0	70	78
Ghana	31,7	2,2	36,9	21,3	30,4	59,9	3,2	3,7	63	66
Grèce	10,4	-0,4	13,4	10,2	15,3	63,9	22,6	1,3	80	85
Grenade	0,1	0,5	23,8	14,4	21,8	66,2	10,0	2,0	70	75
Guadeloupe[11]	0,4	0,0	18,2	14,2	21,5	61,9	19,9	2,1	79	86
Guam[13]	0,2	0,8	23,6	15,8	24,0	65,5	10,9	2,3	77	84
Guatemala	18,2	1,9	32,9	21,2	31,3	62,0	5,1	2,7	72	78
Guinée	13,5	2,8	42,7	24,2	34,1	54,3	3,0	4,5	61	63
Guinée équatoriale	1,4	3,7	36,8	19,4	29,2	60,8	2,4	4,3	58	61
Guinée-Bissau	2,0	2,5	41,7	22,9	32,1	55,4	2,9	4,3	57	61
Guyana	0,8	0,5	27,5	18,1	27,8	65,2	7,3	2,4	67	73
Guyane française[11]	0,3	2,7	31,7	19,0	27,6	62,5	5,8	3,2	77	83

Indicateurs démographiques

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2021)	
Pays, territoires et autres entités		2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	homme	femme
Haïti	11,5	1,3	32,1	20,4	29,7	62,6	5,3	2,8	62	67
Honduras	10,1	1,7	30,1	20,4	30,6	64,8	5,1	2,4	73	78
Hongrie	9,6	-0,2	14,5	10,0	15,2	65,0	20,6	1,5	74	81
Îles Salomon	0,7	2,6	39,9	21,7	30,6	56,4	3,7	4,3	72	75
Îles Turques-et-Caïques	0,0	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines[13]	0,1	-0,1	18,9	13,4	19,6	59,9	21,1	2,0	78	83
Inde	1 393,4	1,0	25,8	18,0	26,9	67,4	6,8	2,2	69	71
Indonésie	276,4	1,1	25,6	16,8	25,1	67,9	6,5	2,2	70	74
Iran, République islamique d'	85,0	1,4	24,8	14,1	20,5	68,4	6,8	2,1	76	78
Iraq	41,2	2,5	37,3	21,6	31,1	59,2	3,5	3,5	69	73
Irlande	5,0	1,2	20,5	13,8	19,7	64,6	14,9	1,8	81	84
Islande	0,3	0,7	19,2	13,2	19,5	64,8	16,1	1,7	82	85
Israël	8,8	1,6	27,7	16,3	23,6	59,7	12,6	3,0	82	85
Italie	60,4	0,0	12,8	9,5	14,4	63,6	23,6	1,3	82	86
Jamaïque	3,0	0,5	23,1	15,5	24,1	67,6	9,3	1,9	73	76
Japon	126,1	-0,2	12,3	8,9	13,6	59,0	28,7	1,4	82	88
Jordanie	10,3	1,9	32,1	21,3	30,5	63,9	4,0	2,6	73	77
Kazakhstan	19,0	1,3	29,2	15,2	20,8	62,7	8,2	2,7	70	78
Kenya	55,0	2,3	38,0	23,6	33,4	59,4	2,6	3,3	65	70
Kirghizistan	6,6	1,8	32,6	17,3	24,9	62,5	4,9	2,9	68	76
Kiribati	0,1	1,5	35,8	20,0	28,8	59,8	4,3	3,5	65	73
Koweït	4,3	2,1	21,1	13,1	18,5	75,5	3,4	2,1	75	77
Lesotho	2,2	0,8	32,1	19,7	29,1	62,8	5,0	3,0	52	59
Lettonie	1,9	-1,1	16,8	10,2	13,7	62,2	21,0	1,7	71	80
Liban	6,8	0,9	24,5	16,3	24,8	67,6	7,9	2,0	77	81
Libéria	5,2	2,5	40,0	23,2	32,4	56,6	3,4	4,1	63	66
Libye	7,0	1,4	27,4	17,4	25,2	68,0	4,6	2,1	70	76
Lituanie	2,7	-1,5	15,6	9,0	13,7	63,3	21,1	1,7	71	82
Luxembourg	0,6	2,0	15,6	10,5	16,8	69,8	14,6	1,4	81	85
Macédoine du Nord	2,1	0,0	16,2	11,1	17,2	68,9	14,9	1,5	74	78
Madagascar	28,4	2,7	39,8	22,7	32,4	57,0	3,2	3,9	66	69
Malawi	19,6	2,7	42,5	24,7	34,4	54,8	2,7	4,0	62	68
Malaisie[14]	32,8	1,3	23,3	15,5	24,1	69,3	7,4	1,9	75	79
Maldives	0,5	3,4	19,8	11,3	19,3	76,4	3,8	1,8	78	81
Mali	20,9	3,0	46,7	24,8	33,7	50,8	2,5	5,6	59	61
Malte	0,4	0,4	14,4	9,3	14,7	63,8	21,8	1,5	81	85
Maroc	37,3	1,3	26,5	16,5	24,2	65,6	7,9	2,3	76	78
Martinique[11]	0,4	-0,2	15,5	12,2	18,8	62,2	22,3	1,8	80	86
Maurice[15]	1,3	0,2	16,4	13,4	20,7	70,6	13,0	1,4	72	79
Mauritanie	4,8	2,8	39,5	21,7	30,6	57,3	3,2	4,4	64	67
Mexique	130,3	1,1	25,5	17,2	25,6	66,7	7,8	2,1	72	78
Micronésie, États fédérés de	0,1	1,1	31,0	19,9	29,8	64,4	4,6	2,9	66	70
Moldova, République de[16]	4,0	-0,2	15,8	10,5	16,2	71,2	13,0	1,3	68	76
Mongolie	3,3	1,8	31,2	15,8	22,4	64,3	4,5	2,8	66	75
Monténégro	0,6	0,0	18,0	12,4	18,9	65,9	16,2	1,7	75	80
Mozambique	32,2	2,9	43,8	24,2	33,6	53,3	2,9	4,6	59	65
Myanmar	54,8	0,6	25,1	17,9	26,7	68,4	6,5	2,1	64	71
Namibie	2,6	1,9	36,7	20,8	30,2	59,7	3,6	3,2	61	67

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2021)	
Pays, territoires et autres entités		2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	homme	femme
Népal	29,7	1,5	28,1	20,3	31,2	66,0	5,9	1,8	70	73
Nicaragua	6,7	1,3	29,1	18,6	27,3	65,0	5,9	2,3	71	78
Niger	25,1	3,8	49,5	24,4	33,1	47,9	2,6	6,6	62	64
Nigéria	211,4	2,6	43,3	23,2	32,0	53,9	2,8	5,2	54	56
Norvège[19]	5,5	0,8	17,1	11,9	18,3	65,1	17,8	1,7	81	85
Nouvelle-Calédonie[11]	0,3	1,0	21,7	15,0	23,2	68,3	10,0	1,9	75	81
Nouvelle-Zélande[18]	4,9	0,9	19,3	13,0	19,5	64,0	16,7	1,9	81	84
Oman	5,2	3,6	22,9	11,1	17,1	74,5	2,6	2,7	77	81
Ouganda	47,1	3,6	45,5	25,0	34,6	52,4	2,0	4,6	62	66
Ouzbékistan	33,9	1,6	28,7	16,4	24,4	66,2	5,0	2,4	70	74
Pakistan	225,2	2,0	34,6	20,4	29,7	61,0	4,4	3,3	67	69
Palestine[20]	5,2	2,4	38,0	21,8	31,4	58,8	3,3	3,4	73	76
Panama	4,4	1,7	26,2	16,7	24,8	65,0	8,8	2,4	76	82
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9,1	2,0	34,8	21,3	30,7	61,5	3,7	3,4	64	66
Paraguay	7,2	1,3	28,6	18,5	27,8	64,4	7,0	2,4	72	77
Pays-Bas[17]	17,2	0,2	15,5	11,3	17,2	64,0	20,5	1,7	81	84
Pérou	33,4	1,6	24,7	15,5	23,1	66,4	9,0	2,2	75	80
Philippines	111,0	1,4	29,5	19,4	28,6	64,7	5,7	2,5	68	76
Pologne	37,8	-0,1	15,2	9,9	14,9	65,4	19,4	1,5	75	83
Polynésie française[11]	0,3	0,6	22,0	15,5	23,1	68,6	9,4	1,9	76	80
Porto Rico[13]	2,8	-3,3	14,9	14,1	19,4	63,9	21,3	1,2	77	84
Portugal	10,2	-0,3	12,9	9,9	15,2	64,0	23,1	1,3	79	85
Qatar	2,9	2,3	13,7	8,4	16,5	84,5	1,9	1,8	79	82
République arabe syrienne	18,3	-0,6	30,7	18,3	27,1	64,4	4,9	2,7	71	79
République centrafricaine	4,9	1,4	43,0	26,1	36,3	54,1	2,8	4,5	52	56
République démocratique populaire lao	7,4	1,5	31,6	20,0	29,3	64,0	4,4	2,5	67	70
République dominicaine	11,0	1,1	27,2	17,7	26,2	65,1	7,8	2,3	71	78
République tchèque	10,7	0,2	15,8	10,1	14,4	63,8	20,4	1,7	77	82
Réunion[11]	0,9	0,7	22,0	15,3	22,6	64,8	13,2	2,2	78	84
Roumanie	19,1	-0,7	15,5	10,8	16,1	64,9	19,7	1,6	73	80
Royaume-Uni[25]	68,2	0,6	17,6	11,4	17,3	63,5	18,8	1,7	80	83
Rwanda	13,3	2,6	39,2	22,3	31,5	57,5	3,2	3,9	67	72
Sahara occidental	0,6	2,5	26,9	16,5	24,8	69,5	3,6	2,3	69	73
Saint-Kitts-et-Nevis	0,1	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	0,0	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Martin (Pays-Bas)[1]	0,0	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	0,3	21,6	15,4	23,8	68,3	10,2	1,8	71	75
Sainte-Lucie	0,2	0,5	17,7	12,8	21,2	71,7	10,6	1,4	75	78
Samoa	0,2	0,5	37,1	21,2	29,5	57,7	5,2	3,7	72	76
Sao Tomé-et-Principe	0,2	1,9	41,3	24,7	33,5	55,6	3,1	4,2	68	73
Sénégal	17,2	2,8	42,3	23,2	32,3	54,6	3,1	4,4	66	70
Serbie[21]	8,7	-0,3	15,2	11,3	17,3	65,4	19,4	1,4	74	79
Seychelles	0,1	0,7	23,7	14,3	20,6	67,9	8,4	2,4	70	78
Sierra Leone	8,1	2,1	40,0	23,4	32,8	57,1	2,9	4,0	55	56
Singapour	5,9	0,9	12,4	8,4	14,8	73,3	14,3	1,2	82	86
Slovaquie	5,5	0,1	15,6	10,1	15,2	67,2	17,2	1,5	74	81
Slovénie	2,1	0,1	15,1	9,6	14,2	63,6	21,3	1,6	79	84

Indicateurs démographiques

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2021)	
Pays, territoires et autres entités		2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	homme	femme
Somalie	16,4	2,8	46,0	24,6	34,3	51,1	2,9	5,8	56	60
Soudan	44,9	2,4	39,5	23,0	32,5	56,8	3,7	4,2	64	68
Soudan du Sud	11,4	0,9	41,1	23,0	32,5	55,6	3,4	4,5	57	60
Sri Lanka	21,5	0,5	23,4	15,8	22,7	64,9	11,6	2,2	74	81
Suède	10,2	0,7	17,7	11,3	16,5	61,9	20,5	1,8	81	85
Suisse	8,7	0,8	15,0	9,7	15,1	65,6	19,4	1,6	82	86
Suriname	0,6	1,0	26,4	17,3	25,6	66,3	7,3	2,3	69	75
Tadjikistan	9,7	2,4	37,4	19,0	27,4	59,3	3,3	3,5	69	74
Tanzanie, République-Unie de[23]	61,5	3,0	43,3	23,6	32,5	54,0	2,7	4,7	64	68
Tchad	16,9	3,0	46,2	24,6	33,9	51,3	2,5	5,5	53	56
Thaïlande	70,0	0,3	16,3	12,0	18,7	70,2	13,5	1,5	74	81
Timor-Leste, République démocratique du	1,3	1,9	36,6	22,8	32,7	59,1	4,3	3,8	68	72
Togo	8,5	2,5	40,3	23,1	32,2	56,8	2,9	4,1	61	63
Tonga	0,1	1,0	34,4	22,1	31,5	59,7	6,0	3,4	69	73
Trinité-et-Tobago	1,4	0,4	19,8	13,4	19,4	68,3	11,9	1,7	71	76
Tunisie	11,9	1,1	24,2	14,0	20,8	66,6	9,2	2,1	75	79
Turkménistan	6,1	1,6	30,6	17,0	24,5	64,4	5,0	2,7	65	72
Turquie	85,0	1,4	23,6	15,9	23,9	67,1	9,3	2,0	75	81
Tuvalu	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine[24]	43,5	-0,5	15,9	10,3	15,1	66,8	17,3	1,4	67	77
Uruguay	3,5	0,4	20,2	13,6	20,9	64,5	15,3	1,9	74	82
Vanuatu	0,3	2,5	38,2	21,9	30,3	58,2	3,6	3,7	69	72
Venezuela, République bolivarienne du	28,7	-1,1	26,5	18,2	25,9	65,3	8,2	2,2	68	76
Viet Nam	98,2	1,0	23,2	14,0	20,7	68,6	8,2	2,0	72	80
Yémen	30,5	2,4	38,4	22,6	32,2	58,6	3,0	3,5	65	68
Zambie	18,9	2,9	43,6	24,7	34,3	54,3	2,2	4,4	61	68
Zimbabwe	15,1	1,5	41,3	24,2	33,6	55,6	3,1	3,4	60	63

NOTES

– Données non disponibles.

1 Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte de cette région.

2 Y compris l'Île Christmas, les Îles des Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.

3 Y compris le Haut-Karabakh.

4 Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des Régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la province chinoise de Taïwan.

5 Hong Kong est depuis le 1er juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.

6 Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.

7 Se rapporte à l'ensemble du pays.

8 Pour des raisons statistiques, les données concernant le Danemark ne tiennent pas compte du Groenland et des Îles Féroé.

9 Y compris les Îles Åland.

10 Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de la Guadeloupe, de la Guyane française, des Îles Wallis-et-Futuna, de la Martinique, de Mayotte, de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de la Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin (partie française) et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

11 Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de cette région.

12 Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.

13 Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de cette région.

14 Y compris le Sabah et le Sarawak.

15 Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.

16 Y compris la Transnistrie.

17 Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte d'Aruba, de Bonaire, Saint-Eustache et Saba, de Curaçao et de Saint-Martin (partie néerlandaise).

18 Pour des raisons statistiques, les données concernant la Nouvelle-Zélande ne tiennent pas compte des Îles Cook, de Nioué et de Tokélaou.

19 Y compris les Îles Svalbard et Jan Mayen.

20 Y compris Jérusalem-Est.

21 Y compris le Kosovo.

22 Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.

23 Y compris Zanzibar.

24 Se rapporte au territoire du pays lors du recensement de 2001.

25 Se rapporte au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Pour des raisons statistiques, les données concernant le Royaume-Uni ne tiennent pas compte d'Anguilla, des Bermudes, de Gibraltar, de l'Île de Man, des Îles Anglo-Normandes, des Îles Caïmanes, des Îles Falkland (Malvinas), des Îles Turques-et-Caïques, des Îles Vierges britanniques, de Montserrat et de Sainte-Hélène.

26 Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de Guam, des Îles Mariannes du Nord, des Îles Vierges américaines, de Porto Rico et des Samoa américaines.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population totale : Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Taux de variation annuel moyen de la population : Taux moyen exponentiel de la croissance démographique sur une période donnée, à partir d'une projection fondée sur la variante moyenne.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : Part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : part de la population âgée de 65 ans et plus.

Taux de fécondité total : nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie à la naissance : espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Population totale : Division de la population des Nations Unies.

Taux de variation annuel moyen de la population : Division de la population des Nations Unies.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies.

Taux de fécondité total : Division de la population des Nations Unies.

Espérance de vie à la naissance : Division de la population des Nations Unies.

Notes techniques

Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2021* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), ainsi que des objectifs de développement durable (ODD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes de collecte, d'analyse et d'extrapolation des données. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données. Dans certains cas, les données figurant dans ces tableaux sont donc différentes de celles qui proviennent des autorités nationales. Par conséquent, elles ne sont pas comparables à celles des précédents rapports sur l'*État de la population mondiale* en raison de l'actualisation des classifications régionales et des méthodes, ainsi que de la révision des données des séries chronologiques.

Les tableaux statistiques se fondent sur des enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils tiennent également compte des estimations et projections démographiques les plus récentes des *Perspectives de la population mondiale : révision de 2019*, ainsi que des estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2020 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions, de notes et d'une indication de leurs sources. Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2021* présentent généralement les informations disponibles au mois de janvier 2021.

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

Santé sexuelle et reproductive

Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) et intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimations basses et hautes (2017).
Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG). Cet indicateur correspond au nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période (indicateur 3.1.1 des ODD). Les estimations sont établies par le MMEIG à partir de données issues de systèmes d'état civil, d'enquêtes auprès des ménages et de recensements de la population. La Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNFPA et l'UNICEF sont membres du MMEIG. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres agences et établissements universitaires, et modifiées le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. Les estimations ne doivent pas être comparées aux estimations interorganisations antérieures.

Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage (2014-2019).
Source : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2020, UNICEF et OMS. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte à dispenser des soins d'obstétrique vitaux, notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, et s'occuper des nouveau-nés (indicateur 3.1.2 des ODD). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas prises en compte.

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives (2018).
Source : ONUSIDA. Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années au sein de la population séronégative (indicateur 3.3.1 des ODD).

Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à un moyen de contraception. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes en âge de procréer et de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, quelle qu'elle soit.

Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, méthodes modernes (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à une méthode moderne de contraception. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes en âge de procréer et de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. Les méthodes modernes ou cliniques et matérielles comprennent la stérilisation masculine et féminine, le dispositif intra-utérin (DIU), la pilule, les contraceptifs injectables, les implants hormonaux, les préservatifs et les méthodes barrières utilisées par les femmes.

Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui souhaitent arrêter ou retarder la procréation mais n'utilisent pas de contraception. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Les femmes qui utilisent une méthode de contraception traditionnelle ne sont pas considérées comme présentant des besoins de planification familiale non satisfaits. On suppose que toutes les femmes ou toutes les femmes mariées ou vivant en concubinage sont sexuellement actives et susceptibles de tomber enceintes. Cette hypothèse d'exposition universelle des femmes ou des femmes mariées ou vivant en concubinage peut entraîner une sous-estimation des risques par rapport aux risques réels pour les femmes exposées. Il est possible, en particulier lorsque le recours à la contraception est faible, qu'une hausse du recours à la contraception s'accompagne d'une augmentation des besoins de planification familiale non satisfaits. Ces deux indicateurs doivent donc être interprétés conjointement.

Proportion de besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes (quelles qu'elles soient) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaite par le recours à une méthode moderne de contraception (indicateur 3.7.1 des ODD). Taux de prévalence des moyens de contraception modernes divisé par la demande totale de planification familiale. La demande totale de planification familiale correspond à la somme de la prévalence de la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale.

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction (2019).
Source : UNFPA. Degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (indicateur 5.6.2 des ODD).

Égalité des sexes, droits et capital humain

Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans (2003-2018).
Source : Division de la population des Nations Unies. Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans (indicateur 3.7.2 des ODD). Cet indicateur correspond au risque de maternité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres des registres d'état civil peuvent présenter certaines imprécisions liées au degré d'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, à la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, à la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et à la prise en compte des naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). En ce qui concerne les données issues des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur utilisés proviennent de la même population. Les principales imprécisions sont dues aux erreurs de déclaration concernant l'âge de la mère ou la date de naissance de l'enfant, à la non-déclaration des naissances, et à la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage (2005-2019).
Source : UNICEF. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans (indicateur 5.3.1 des ODD).

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage (2004-2018).
Source : UNFPA. Proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage (2000-2019).
Source : UNFPA. Estimations régionales et mondiales produites par le Groupe interorganisations chargé des estimations et des données relatives à la violence à l'égard des femmes (OMS, ONU-Femmes, ONU-DC, UNFPA, UNICEF et UNSD). Proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple victimes de violences physiques ou sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire (indicateur 5.2.1 des ODD).

Prise de décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, en pourcentage (2007-2020).
Source : UNFPA. Proportion de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les relations sexuelles avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD). Des données actualisées concernant cet indicateur des ODD ont été rendues disponibles juste avant l'impression du présent rapport. Les chiffres actualisés sont disponibles à l'adresse suivante : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage (2010-2020).
Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école primaire scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire (2010-2020).
Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage (2010-2019).
Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (premier cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) (2010-2019).
Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (premier cycle) par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation de l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage (2009-2019).
Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'enseignement secondaire (deuxième cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) (2009-2019).
Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) par rapport à celui des garçons.

Indicateurs démographiques

Population

Population totale en millions d'habitants (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Changement démographique

Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage (2015-2020).
Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Taux moyen exponentiel de la croissance démographique sur une période donnée, à partir d'une projection fondée sur la variante moyenne.

Composition démographique

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans (2021).
Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans (2021).
Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans (2021).
Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans (2021).
Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus (2021).
Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Part de la population âgée de 65 ans et plus.

Fécondité

Taux de fécondité total, par femme (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance, en années (2021).
Source : Division de la population des Nations Unies. Espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

Classification régionale

Les chiffres de l'UNFPA présentés à la fin des tableaux statistiques sont calculés à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-après.

Afrique de l'Est et Afrique australe
Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Érythrée ; Eswatini ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; Rwanda ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Zambie ; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale
Bénin ; Burkina Faso ; Cabo Verde ; Cameroun (République du) ; Congo (République du) ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo

Amérique latine et Caraïbes
Anguilla ; Antigua-et-Barbuda ; Argentine ; Aruba ; Bahamas ; Barbade ; Belize ; Bermudes ; Bolivie (État plurinational de) ; Brésil ; Chili ; Colombie ; Costa Rica ; Cuba ; Curaçao ; Dominique ; El Salvador ; Équateur ; Grenade ; Guatemala ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Îles Caïmanes ; Îles Turques-et-Caïques ; Îles Vierges britanniques ; Jamaïque ; Mexique ; Montserrat ; Nicaragua ; Panama ; Paraguay ; Pérou ; République dominicaine ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Martin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Sainte-Lucie ; Suriname ; Trinité-et-Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du)

Asie et Pacifique
Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Cambodge ; Chine ; Corée (République populaire démocratique de) ; Fidji ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Kiribati ; Malaisie ; Maldives ; Micronésie (États fédérés de) ; Mongolie ; Myanmar ; Nauru ; Népal ; Nioué ; Pakistan ; Palaos ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Philippines ; République démocratique populaire lao ; Samoa ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam

États arabes
Algérie ; Djibouti ; Égypte ; Iraq ; Jordanie ; Liban ; Libye ; Maroc ; Oman ; Palestine ; République arabe syrienne ; Somalie ; Soudan ; Tunisie ; Yémen

Europe de l'Est et Asie centrale
Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Macédoine du Nord ; Moldova (République de) ; Ouzbékistan ; Serbie ; Tadjikistan ; Turkménistan ; Turquie ; Ukraine

Le terme **« régions développées »** est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions développées comprennent les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Le terme **« régions en développement »** est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les **pays les moins avancés**, suivant la définition adoptée dans les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 et 68/18 de l'Assemblée générale des Nations Unies, étaient au nombre de 47 (en décembre 2018) : 33 en Afrique, neuf en Asie, quatre en Océanie et un dans la région Amérique latine et Caraïbes. Ces 47 pays sont les suivants : Afghanistan ; Angola ; Bangladesh ; Bénin ; Bhoutan ; Burkina Faso ; Burundi ; Cambodge ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Djibouti ; Érythrée ; Éthiopie ; Gambie ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Haïti ; Îles Salomon ; Kiribati ; Lesotho ; Libéria ; Madagascar ; Malawi ; Mali ; Mauritanie ; Mozambique ; Myanmar ; Népal ; Niger ; Ouganda ; République centrafricaine ; République démocratique populaire lao ; Rwanda ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Tchad ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Togo ; Tuvalu ; Vanuatu ; Yémen ; et Zambie. Ces pays font également partie des régions en développement. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse http://unohrlls.org/about-ldcs/.

Bibliographie

African Union, 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa.* Website: au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf, accessed 18 November 2020.

African Union, 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child.* Website: un.org/en/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_rights_welfare_child_africa_1990.pdf, accessed 18 November 2020.

African Union, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*. Website: achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, accessed 18 November 2020.

Agot, Kawango E. and others, 2010. "Widow Inheritance and HIV Prevalence in Bondo District, Kenya." *PLOS One* 5(11): e14028.

Akhmetova, Anna and others, 2020. "Understanding Successful Legal Reform for Women's Economic Empowerment: A Case Study Analysis." The Bush School of Government and Public Service, Texas A&M University. Website: bush.tamu.edu/wp-content/uploads/2020/07/WPS2020CapstoneFullReport.pdf, accessed 29 December 2020.

Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51–74.

ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), 2012. *ASEAN Human Rights Declaration*. Website: asean.org/storage/images/ASEAN_RTK_2014/6_AHRD_Booklet.pdf, accessed 18 November 2020.

Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2018. "Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children?" DHS Analytical Studies No. 64. Rockville, Maryland, USA: ICF.

Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.

Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2013. "A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review." *Health Care for Women International* 34(10): 837–859.

Bernstein, Carolyn A., 2018. "Take Control of Your Health Care (Exert Your Patient Autonomy)." Harvard Health Blog. Website: health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784, accessed 29 December 2020.

Cabral, Mauro, 2015. "Statement from GATE – Global Action for Trans* Equality." *Reproductive Health Matters* 23(46): 196.

Clapham, Andrew, 2015. *Human Rights: A Very Short Introduction.* Oxford, UK: Oxford University Press.

Committee on Adolescence, 2017. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion." *Pediatrics* 139(2): e20163861.

Council of Europe, 1950. *European Convention on Human Rights*. Website: echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf, accessed 18 November 2020.

Coyne, Imelda and Maria Harder, 2011. "Children's Participation in Decision-Making: Balancing Protection with Shared Decision-Making Using a Situational Perspective." *Journal of Child Health Care* 15(4): 312–319.

Data2x, 2020. "Mapping Gender Data Gaps: An SDG Era Update." Website: data2x.org/resource-center/mappinggenderdatagaps/, accessed 29 December 2020.

Data2x, 2020a. "Why the Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Must Call for Investment in Gender Data." Website: data2x.org/wp-content/uploads/2020/09/AC-Brief_BodilyAutonomyandSRHR.pdf, accessed 29 December 2020.

Dennis, Amanda and others, 2009. *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review.* New York, USA: Guttmacher Institute.

Dhillon, Amrit, 2018. "'Death by Dowry' Claim by Bereaved Family in India." London, UK: *The Guardian*, 18 July 2018. Website: theguardian.com/global-development/2018/jul/18/death-by-dowry-claim-by-bereaved-family-in-india, accessed 15 January 2021.

Disabled World, 2012. "People with Disabilities and Sexual Assault." Website: disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php#ixzz2SXMEQWra, accessed 13 November 2020.

ECtHR (European Court of Human Rights), 2010. Ternovszky v. Hungary (application no. 67545/09). Website: hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":["001-102254"]}, accessed 18 November 2020.

ECtHR (European Court of Human Rights), 2007. Evans v. The United Kingdom (application no. 6339/05). Website: hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":["001-80046"]}, accessed 19 November 2020.

ECtHR (European Court of Human Rights), 2002. Pretty v The United Kingdom (application no. 2346/02). Website: hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":["001-60448"]}, accessed 18 November 2020.

ECtHR (European Court of Human Rights), 1997. Laskey and Others v. The United Kingdom (application no. 21627/93; 21628/93; 21974/93). Website: hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":["001-58021"]}, accessed 18 November 2020.

Equality Now, 2020. "Repealing 'Marry Your Rapist' Laws." Website: equalitynow.org/repealing_marry_your_rapist_laws, accessed 18 November 2020.

Equality Now, 2017. *The World's Shame: The Global Rape Epidemic.* New York, Nairobi, London: Equality Now.

Esterhuizen, Tashwill, 2019. "Decriminalisation of Consensual Same-Sex Sexual Acts and the Botswana Constitution: Letsweletse Motshidiemang v The Attorney-General (LEGABIBO as Amicus Curiae)." *African Human Rights Law Journal* 19(2): 843–861.

European Union, 2012. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Website: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT, accessed 18 November 2020.

Fahmida, Rokeya and Philippe Doneys, 2013. "Sexual Coercion Within Marriage in Bangladesh." *Women's Studies International Forum* 38: 117–124.

Gamal, Eldin and others, 2018. "FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan." In *Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive.* New York, USA: Population Council.

Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372–2381.

Gerdts, Caitlin and others, 2015. "Denial of Abortion in Legal Settings." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41: 161–163.

Gibbs, Andrew and others, 2019. "Factors Associated with 'Honour' Killings in Afghanistan and the Occupied Palestinian Territories: Two Cross-Sectional Studies." *PLoS One* 14(8): e0219125.

Global Commission on HIV and the Law, 2012. *HIV and the Law: Risks, Rights and Health.* New York, USA: United Nations Development Programme. Website: undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html, accessed 18 November 2020.

Grace, Karen Trister and Christina Fleming, 2016. "A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings." *World Medical & Health Policy* 8(4): 382–408.

Gruskin, Sofia and Daniel Tarantola, 2002. Health and Human Rights. In *Oxford Textbook of Public Health, 4th edn*, Roger Detels and others, eds. Oxford, UK: Oxford University Press; pp 311, 322.

Habibov, Nazim and others, 2017. "Understanding Women's Empowerment and its Determinants in Post-Communist Countries: Results of Azerbaijan National Survey." *Women's Studies International Forum* 62: 125–135.

Hague, Gill and others, 2011. "Bride Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550–561.

Harrell, Erika, 2017. *Crimes Against Persons with Disabilities, 2009-2015 / Statistical Tables.* Washington, DC, USA: Bureau of Justice Statistics, Department of Justice.

Hasday, Jill E., 2000. "Contest and Consent: A Legal History of Marital Rape." *California Law Review* 88: 1373.

Hattori, Megan Klein and Laurie DeRose, 2008. "Young Women's Perceived Ability to Refuse Sex in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 39(4): 309–320.

Heidari, Shirin, 2015. "Sexual Rights and Bodily Integrity as Human Rights." *Reproductive Health Matters* 23(46): 1–6.

Hogan, Daniel R. and others, 2017. "Monitoring Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services." *The Lancet Global Health* 6(2): E152–168.

Howard, Natasha and others, 2017. "What Works for Human Papillomavirus Vaccine Introduction in Low and Middle-Income Countries?" *Papillomavirus Research* 4: 22–25.

IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2014. Espinoza Gonzales v. Peru. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2013. J. v. Peru. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2010. Fernández Ortega et al v. Mexico. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2006. Miguel Castro Castro Prison v Peru. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

ICRC (International Committee of the Red Cross), 2020. "Addressing Internal Displacement in Times of Armed Conflict and Other Violence." Website: icrc.org/en/publication/0867-internally-displaced-humanitarian-response-internally-displaced-people-armed, accessed 25 February 2021.

ILGA World (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), 2020. *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update.* Geneva, Switzerland: ILGA.

IPPF and UNFPA (International Planned Parenthood Federation and United Nations Population Fund), 2017. "Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys." London, UK: IPPF. Website: ippf.org/resource/global-sexual-and-reproductive-health-package-men-and-adolescent-boys, accessed 13 January 2021.

Jewkes, Rachel and others, 2011. "The Relationship Between Intimate Partner Violence, Rape and HIV Amongst South African Men: A Cross-Sectional Study." *PLoS One* 6(9): e24256.

Khosla, Rajat and others, 2017. "Gender Equality and Human Rights Approaches to Female Genital Mutilation: A Review of International Human Rights Norms and Standards." *Reproductive Health* 14(1): 59.

Kriel, Yolande and others, 2019. "Male Partner Influence on Family Planning and Contraceptive Use: Perspectives from Community Members and Healthcare Providers in KwaZulu-Natal, South Africa." *Reproductive Health* 16(1): 89.

Kyegombe, Nambusi and others, 2014. "'SASA! is the Medicine that Treats Violence'. Qualitative Findings on how a Community Mobilisation Intervention to Prevent Violence Against Women Created Change in Kampala, Uganda." *Global Health Action* 7: 25082.

Mabumba, E. D. and others, 2007. "Widow Inheritance and HIV in Rural Uganda." *Tropical Doctor* 37: 229–231.

Maharjan, Binita and others, 2019. "Factors Influencing the Use of Reproductive Health Care Services among Married Adolescent Girls in Dang District, Nepal: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 152.

Marí-Ytarte, Rosa and others, 2020. "Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People." *Frontiers in Psychology* 11: 1280.

McCarthy, Bill and others, 2014. "Sex Work: A Comparative Study." *Archives of Sexual Behavior* 43(7): 1379–1390.

McCarthy, Joe, 2017. "9 Reasons Why Dowries Are Horrible for Women: An Ugly and Corrosive System." *Global Citizen*, 6 June 2017. Website: globalcitizen.org/en/content/8-reasons-dowries-are-bad-for-women, accessed 13 November 2020.

McCormick-Cavanagh, Conor, 2017. "New Tunisian Law Takes Long Stride Toward Gender Equality." *Al-Monitor*, 28 July 2017. Website: al-monitor.com/pulse/originals/2017/07/tunisia-new-law-women-protection-violence-rape-2018.html, accessed 28 December 2020.

MIGS (Mediterranean Institute of Gender Studies), 2015. "Position Paper: Repositioning FGM as a Gender and Development Issue." Website: medinstgenderstudies.org/wp-content/uploads/endFGM-PositionPaper-EN-online.pdf, accessed 15 January 2020.

Miller, Alice M. and Mindy Jane Roseman, eds, 2019. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.

Moore, Ann M. and others, 2007. "Coerced First Sex Among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context." *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 62–82.

Nadimpally, Sarojini and others, 2016. "Commercial Surrogacy: A Contested Terrain in the Realm of Rights and Justice." Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Website: arrow.org.my/wp-content/uploads/2018/10/accessible%20pdf-9944/index.pdf, accessed 15 January 2021.

November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "'Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has To Die': Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown; A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15: 31.

Nussbaum, Martha, 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

OAS (Organization of American States), 1994. *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women ("Convention of Belem do Para").* Website: oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf, accessed 18 November 2020.

OAS (Organization of American States), 1969. *American Convention on Human Rights, "Pact of San Jose", Costa Rica.* Website: oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "Child, Early and Forced Marriage, Including in Humanitarian Settings." Website: ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx, accessed 13 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Ending Violence and Discrimination against LGBTI Persons – LGBTI Core Group Ministerial Event." Website: ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2015. "Report of the High Commissioner for Human Rights on Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/29/23. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/088/42/pdf/G1508842.pdf?OpenElement, accessed 28 December 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2005. "Background Conference Document." Website: www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/OHCHR_BP_Legal_Capacity.doc, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "What are Human Rights?" Website: ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx, accessed 23 December 2020.

Olson, Rose McKeon and Claudia García-Moreno, 2017. "Virginity Testing: A Systematic Review." *Reproductive Health* 14(1): 61.

O'Neil, Tam and Pilar Domingo, 2016. *Women and Power: Overcoming Barriers to Leadership and Influence.* London, UK: ODI.

O'Neil, Tam and others, 2014. *Progress on Women's Empowerment: From Technical Fixes to Political Action.* London, UK: ODI.

Pantuliano, Sara, 2020. "The Nairobi Summit, One Year On: The March for Women's Rights Continues." ODI, 12 November 2020. Website: odi.org/blogs/17541-nairobi-summit-one-year-march-women-s-rights-continues, accessed 22 December 2020.

Parcesepe, Angela M. and others, 2016. "Early Sex Work Initiation and Violence Against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya." *Journal of Urban Health* 93(6): 1010–1026.

Park, Jeanna and others, 2016. "Reproductive Coercion: Uncloaking an Imbalance of Social Power." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 214(1): 71–78.

Patterson, Charlotte J. and Anthony R. D'Augelli, 2012. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation.* Oxford, UK: Oxford University Press.

Pew Research Center, 2016. *Marriage Laws around the World.* Washington, DC, USA: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 18 November 2020.

Powell, Richard Antony and Mohamed Yussuf, 2021. "Medical Narrative and Religious Norm Driving Cut Type and Medicalization Changes in Female Genital Mutilation/Cutting in Somaliland." *Health Care for Women International* 4: 1–25.

Pryor, Emily Courey, 2020. "Why We're Optimistic About Gender Data after the 2020 Virtual UN World Data Forum." Data2x. Website: data2x.org/why-were-optimistic-about-gender-data-after-the-2020-virtual-un-world-data-forum/, accessed 29 December 2020.

PWN (Positive Women's Network), n.d. "Bodily Autonomy: A Framework to Guide Our Future." Website: pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/, accessed 22 December 2020.

RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), 2020. "Sexual Abuse of People with Disabilities." Website: rainn.org/articles/sexual-abuse-people-disabilities, accessed 13 November 2020.

Rajan, Dheepa, n.d. "Improving Budget Accountability in Health Through Government-Civil Society Collaboration: Insights from Mexico." Geneva, Switzerland: World Health Organization. Website: who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1---rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2, accessed 18 November 2020.

Reis, Elizabeth, 2019. "Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery." *Medical Law Review* 27(4): 658–674.

Richardson, Siane, 2020. "Marriage: A Get Out of Jail Free Card?" *International Journal of Law, Policy and the Family* 34(2): 168–190.

Roggeband, Conny and Andrea Krizsán, 2020. *Democratic Backsliding and the Backlash Against Women's Rights: Understanding the Current Challenges for Feminist Politics*. UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/discussion-paper-democratic-backsliding-and-the-backlash-against-womens-rights, accessed 29 December 2020.

Roseman, Mindy Jane, 2020. "The Fruits of Someone Else's Labor: Gestational Surrogacy and the Promise of Human Rights in the 21st Century." In *The Cambridge Handbook on New Human Rights. Recognition, Novelty, Rhetoric,* Andreas von Arnauld and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Salome, Nyambura and others, 2013. "Gender and Disability: Voices of Female Students with Disabilities on Gender-based Violence in Higher Education, Kenya." *International Journal of Education and Research* 1(4). Website: ijern.com/images/April-2013/36.pdf, accessed 12 January 2021.

Santhya, K. G. and others, 2010. "Associations between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132–139.

Save the Children, 2020. Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya. Retrieved from https://resourcecentre.savethechildren.net/library/impact-covid-19-protection-and-education-among-children-dadaab-refugee-camp-kenya-september.

Schneider, Madeline and Jennifer S. Hirsch, 2020. "Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration." *Trauma, Violence, & Abuse* 21(3): 439–455.

Selby, Daniele, 2016. "Everything You Should Know About Honor Killings." *Global Citizen*, 21 July 2016. Website: globalcitizen.org/en/content/honor-based-violence-killings-women-girls-pakistan, accessed 23 December 2020.

Sexual Rights Initiative, 2020. National Sexual Rights Law and Policy Database. Website: sexualrightsdatabase.org/page/welcome, accessed 18 November 2020.

Shetty, Priya, 2007. "Nahid Toubia." *The Lancet* 369(9564): 819.

Starmann, Elizabeth and others, 2017. "Exploring Couples' Processes of Change in the Context of SASA!, a Violence Against Women and HIV Prevention Intervention in Uganda." *Prevention Science* 18(2): 233–244.

Swaine, Aisling and others, 2019. "Exploring the Intersection of Violence Against Women and Girls with Post-Conflict Statebuilding and Peacebuilding Processes: A New Analytical Framework." *Journal of Peacebuilding and Development* 14(1): 3–21.

Thiara, Ravi K., 2011. "Bride-Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550–561.

Toubia, Nahid and Eiman Hussein Sharief, 2003. "Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251–261.

Transgender Europe, 2015. "Ireland Adopts Progressive Gender Recognition Law." Website: tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/, accessed 18 November 2020.

Turner, Atuki, 2009. "Harmful Tradition." *Development and Cooperation,* 23 October 2009. Website: dandc.eu/en/article/womens-rights-unganda-view-bride-price-burden, accessed 13 November 2020.

UCLS (University of Chicago Law School – Global Human Rights Clinic), 2019. "Human Rights Implications of Global Surrogacy." Global Human Rights Clinic. 10. Website: chicagounbound.uchicago.edu/ihrc/10, accessed 15 January 2021.

United Nations, 2016. *Living Free and Equal: What States Are Doing to Tackle Violence and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People.* New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.

United Nations, 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Fourth World Conference on Women, 27 October 1995. Website: un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/, accessed 18 November 2020.

United Nations, n.d. International Day for the Abolition of Slavery. Website: un.org/en/observances/slavery-abolition-day, accessed 21 January 2021.

United Nations, n.d.a. "International Day of Women and Girls in Science." Website: un.org/en/observances/women-and-girls-in-science-day/, accessed 29 December 2020.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals, accessed 18 November 2020.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2017. *Confronting Discrimination: Overcoming HIV-Related Stigma and Discrimination in Health-Care Settings and Beyond*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2012. "Guidance Note on HIV and Sex Work." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf, accessed 23 December 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2017. "Whelan v. Ireland." CCPR/C/119/D/2425/2014. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/Whelan_v_Ireland.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2016. "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Costa Rica." CCPR/C/CRI/CO/6. Website: undocs.org/CCPR/C/CRI/CO/6, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2011. "LMR v Argentina." CCPR/C/101/D/1608/2007. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/DER/G11/425/28/pdf/G1142528.pdf?OpenElement, accessed 19 January 2021.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2005. "LH. v. Peru." CCPR/C/85/D/1153/2003. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/1215, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 1994. "Toonen v. Australia." CCPR/C/50/D/488/1992. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/702, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015. "Concluding Observations on the Combined Eighth and Ninth Periodic Reports of Portugal." CEDAW/C/PRT/CO/8-9. Website: undocs.org/en/CEDAW/C/PRT/CO/8-9, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015a. "General Recommendation on Women's Access to Justice." CEDAW/C/GC/33. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_33_7767_E.pdf, accessed 28 December 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1999. "CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2019. "SC & G.P. v. Italy (No. 22/2017)." E/C.12/65/D/22/2017. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F65%2FD%2F22%2F2017&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/22. Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2009. "General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/659980?ln=en, accessed 19 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/2000/4. Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child During Adolescence." CRC/C/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2013. "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)." CRC/C/GC/15. Website: digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2018. "General Comment No. 6 (2018) on Equality and Non-discrimination." CRPD/C/GC/6. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en, accessed 12 February 2021.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2016. "General Comment No. 3 (2016) on Women and Girls with Disabilities." CRPD/C/GC/3. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2014. "General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law." CRPD/C/GC/1. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/pdf/G1403120.pdf?OpenElement, accessed 12 February 2021.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2018. *UN 12th Inquiry Among Governments on Population and Development – Module II: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. New York, USA: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme), 2012. "Report of the Global Commission on HIV/AIDS and the Law—Rights, Risk and Health." Website: hivlawcommission.org/report/, accessed 28 December 2020.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 2019. "Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General." E/CN.6/2020/3. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/417/93/PDF/N1941793.pdf, accessed 22 December 2020.

UN ESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) and UN Women, 2020. "The Long Road to Equality: Taking Stock of the Situation of Women and Girls in Asia and the Pacific for Beijing+25: A Synthesis Report." Bangkok, Thailand: UN ESCAP and UN Women.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education." Paris, France: UNESCO.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, accessed 29 December 2020.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. "Against My Will: Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. "GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia." Website: somalia.unfpa.org/en/publications/gbvfgm-rapid-assessment-report-context-covid-19-pandemic-somalia, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage." Website: unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. "Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation." Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-_Primer_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation.pdf, accessed 29 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020d. *Sustainable Development Goals Indicator 5.6.2: Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020e. "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6." New York, USA: UNFPA. Website unfpa.org/sdg-5-6, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020f. "Costing the Three Transformative Results." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online.pdf, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Research on Factors That Determine Women's Ability to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights. Volume I*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_02_March1.pdf, accessed 22 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13/Rev.1. Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) and Promundo, 2016. *Adolescent Boys and Young Men.* New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men, accessed 23 December 2020.

UNFPA and UNICEF (United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund), 2020."Resilience In Action: Lessons Learned From The Joint Programme During The Covid-19 Crisis." Website: unfpa.org/resources/resilience-action-lessons-learned-joint-programme-during-covid-19-crisis, accessed 25 February 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights.* New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/young-persons-disabilities, accessed 23 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) in the Kyrgyz Republic, 2016. *Gender in Society Perception Study: National Survey Results.* Bishkek, Kyrgyzstan: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic.

UN General Assembly, 2010. "Trafficking in Persons, Especially Women and Children." A/65/288. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/483/11/pdf/N1048311.pdf?OpenElement, accessed 12 January 2021.

UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 2007a. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. A/RES/61/295. Website: un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child.* A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1984. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.* A/RES/39/46. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.* A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Civil and Political Rights.* Website: treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1948. *Universal Declaration of Human Rights.* Website: un.org/en/universal-declaration-human-rights/, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2020. "Practices of So-Called 'Conversion Therapy'. Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/44/53. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/68/PDF/G2010868.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019. "Child, Early and Forced Marriage in Humanitarian Settings: Report of the United Nations Commissioner for Human Rights." A/HRC/41/19, 26 April 2019.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/74/162. Website: undocs.org/A/74/162, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/38/43. Website: undocs.org/A/HRC/38/43, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/HRC/37/60. Website: undocs.org/en/A/HRC/37/60, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2017. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." A/HRC/35/21. Website: ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Her Mission to South Africa." A/HRC/32/42/Add.2. Website: refworld.org/docid/57d90a4b4.html, accessed 12 January 2021.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016a. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." A/HRC/31/57. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016b. "Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity: Resolution/Adopted by the Human Rights Council on 30 June 2016." A/HRC/RES/32/2. Website: digitallibrary.un.org/record/845552?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice." A/HRC/26/39. Website: undocs.org/en/A/HRC/26/39, accessed 22 December 2020.

UN IASG (United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues), 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples." Thematic paper. Website: un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf, accessed 20 January 2021.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. "Child Marriage Around the World." Website: unicef.org/stories/child-marriage-around-world, accessed 13 November 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. "Female Genital Mutilation." Website: unicef.org/protection/female-genital-mutilation, accessed 30 September 2020.

United Nations Secretary-General, 2020. "Secretary-General's Remarks to the High-Level Meeting on the 25th Anniversary of the Fourth World Conference on Women." Website: un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-10-01/secretary-generals-remarks-the-high-level-meeting-the-25th-anniversary-of-the-fourth-world-conference-women-bilingual-delivered-scroll-down-for-english, accessed 22 December 2020.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York, USA: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018, accessed 29 December 2020.

UN Women, 2013. *The Costs of Violence: Understanding the Costs of Violence Against Women and Girls and its Responses – Selected Findings and Lessons Learned from Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UN Women. Website: asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence, accessed 22 December 2020.

UN Women and IDEA, 2017. *Gender Equality and Women's Empowerment: Constitutional Jurisprudence*. New York, USA: UN Women.

UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 18 November 2020.

Van Eerdewijk, Anouka and others, 2017. "White Paper: a Conceptual Model on Women and Girls' Empowerment." Amsterdam, The Netherlands: Royal Tropical Institute (KIT). Website: kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/BMGF_KIT_WhitePaper_web-1.pdf, accessed 11 January 2021.

Viens, A. M., 2020. "The Right to Bodily Integrity." In *The Cambridge Handbook of New Human Rights,* Andreas von Arnauld and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p 373.

Warren, Samuel and Louis Brandeis, 1890. "The Right to Privacy." *Harvard Law Review,* vol. IV December 15, 1890 No. 5. Website: groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. "Adolescent Pregnancy." Website: who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 13 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020a. "Female Genital Mutilation: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 11 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2015. *Sexual Health, Human Rights and the Law.* Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2014. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 December 2020.

WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence.* Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2004. "Reproductive Health Strategy: To Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets." Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2018. "Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement." World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2021.

WHO Regional Office for Europe, 2018. "Men's Health and Well-being in the WHO European Region." Website: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf, accessed 29 December 2020.

Wodon, Quentin and others, 2017. "Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report." Washington, DC, USA: The World Bank.

Woog, Vanessa and Anna Kågesten, 2017. "The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?" New York, USA: Guttmacher Institute, 2017. Website: www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries, accessed 23 February 2021.

World Bank, 2020. "Marriage." Women, Business and the Law database. Website: wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm, accessed 29 December 2020.

World Population Review, 2020. "Countries Where Gay Marriage is Legal 2020." Website: worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-gay-marriage-is-legal, accessed 14 December 2020.

World Professional Association for Transgender Health, 2011. "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People." Website: wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf, accessed 18 November 2020.

Yllö, Kersti and M. Gabriela Torres, 2016. *Marital Rape: Consent, Marriage and Social Change in Global Context.* Oxford, UK: Oxford University Press.

Zillén, Kavot and others, 2017. "The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posted by Scientific Advances and Uncertainties." Report to the Council of Europe Committee on Bioethics. Website: diva-portal.org/smash/get/diva2:1065442/FULLTEXT01.pdf, accessed 18 November 2020.

Zegers-Hochschild, Fernando and others, 2009. "The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology." *Human Reproduction* 24(11): 2683–2687.

Assurer les droits et les choix pour tous depuis 1969

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tél. +1 212 297 5000
www.unfpa.org
@UNFPA

Print ISSN: 2226-4957
Online ISSN: 2520-2006
eISBN: 978-92-1-604018-5

Imprimé sur du papier recyclé