

Alors que l'épidémie de VIH a un impact croissant sur les jeunes femmes, peut-on compter sur les ODD pour inverser la tendance ?

TERRY MCGOVERN, JOHANNA FINE, CAROLYN CRISP ET EMILY BATTISTINI

Résumé

Il est nécessaire de combattre les violations des droits de l'homme si l'on veut mettre fin à la propagation de l'épidémie de VIH chez les jeunes femmes. Les Objectifs de développement durable ne pourront faire changer les choses que si les barrières politiques sont surmontées et si une approche fondée sur les droits y est intégrée.

Introduction

Nous savons depuis longtemps que les interventions biomédicales ne suffiront pas à endiguer l'épidémie de VIH chez les jeunes femmes et les filles en Afrique subsaharienne. Dans l'histoire de la riposte mondiale au VIH, les responsables politiques ont montré à maintes reprises leur incapacité à agir contre des violations des droits de l'homme profondément enracinées. L'inégalité entre les sexes — dont les manifestations vont de la persistance du non-respect de la santé sexuelle et reproductive et des droits des femmes aux injustices économiques perpétuées par la loi — est propice à la prolifération du VIH chez les jeunes femmes et les filles. Cette corrélation entre les violations des droits de

l'homme et la situation de santé préoccupante des femmes et des filles n'a pas été prise en compte par les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui visaient à éliminer l'extrême pauvreté et n'ont pas correctement mesuré les moteurs de la propagation du VIH dans cette population. Les Objectifs de développement durable (ODD) promettent, à cet égard, de réduire les facteurs interdépendants qui produisent ou contribuent à l'inégalité entre les sexes, en réduisant également l'impact de l'inégalité entre les sexes sur la santé et le VIH.

Nous commencerons par décrire les facteurs environnementaux de la propagation du VIH chez les jeunes femmes et les filles en Afrique subsa-

TERRY MCGOVERN est président du Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, USA.

JOHANNA FINE est avocate, spécialiste des droits de l'homme, précédemment rattachée au Center for Reproductive Rights, USA.

CAROLYN CRISP est jeune diplômée de la Columbia University's Mailman School of Public Health et exerce actuellement comme consultante indépendante en santé publique.

EMILY BATTISTINI, jeune diplômée du programme de double diplôme médecine et santé publique de la Columbia University, travaille actuellement comme chercheuse pour le Projet YIELD.

Veuillez adresser vos correspondances à Terry McGovern. E-mail : tm457@cumc.columbia.edu.

Conflits d'intérêts : Aucun déclaré.

Copyright © 2017 McGovern, Fine, Crisp et Battistini. Article en libre accès diffusé sous licence non commerciale Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), qui permet une utilisation, une diffusion et une reproduction non commerciales illimitées sur tout support, sous réserve de citer l'auteur original et la source.

harienne. Nous évoquerons ensuite brièvement les occasions manquées par les OMD. Puis nous démontrerons qu'il est essentiel d'avoir recours à un cadre fondé sur les droits de l'homme pour tenir la promesse d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, avant d'aborder plus en détail les ODD, et plus particulièrement l'indicateur ODD 5.6.2. Nous concluons par une présentation de la dynamique politique du processus entourant les ODD et en émettant des propositions visant à garantir l'exhaustivité et l'exactitude des données portant sur les indicateurs.

Les facteurs responsables de l'épidémie de VIH chez les jeunes femmes et les filles

L'épidémie de VIH a de lourdes conséquences sur les jeunes femmes et les filles. Les causes premières de cet impact dévastateur sont complexes, multifactorielles et interdépendantes. Elles incluent en effet des épidémies convergentes telles les IST (infections sexuellement transmissibles), les violences sexuelles et physiques, l'utilisation de drogue, ainsi que des enjeux de plus grande échelle tels l'injustice économique, les inégalités structurelles, une participation insuffisante à la vie politique et la généralisation du non-respect et du manquement aux droits reproductifs. À titre d'exemple, dans les premières années de l'épidémie de VIH aux États-Unis, les femmes et les filles vivant avec le VIH étaient ignorées et négligées tant par les autorités politiques que par le corps médical. La situation ne s'est améliorée que grâce à un long travail de sensibilisation.¹ Dans d'autres parties du monde, les systèmes de santé ont souvent enfreint les droits des femmes plutôt que de répondre à leurs besoins, par des pratiques coercitives à l'image des cas de stérilisation et d'avortement forcés rapportés au Kenya, en Afrique du Sud, en Chine et au Cambodge.²

C'est d'autant plus tragique que le fardeau du VIH, notamment en Afrique subsaharienne, pèse de manière disproportionnée sur les jeunes femmes et les filles, qui sont biologiquement plus vulnérables à la maladie et qui, en outre, n'ont pas accès aux services médicaux et de prévention, sans oublier leur situation d'impuissance relative due à des normes de genre restrictives et à un statut juridique inférieur. De plus, avec la progression de

l'épidémie mondiale, les jeunes femmes paient un tribut particulièrement lourd. En 2015, l'ONUSIDA a estimé à 2,3 millions le nombre de femmes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH dans le monde, soit 60 % de l'ensemble des jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH. Cette tendance se vérifie également dans les taux des nouvelles infections, qui sont particulièrement élevés en Afrique subsaharienne. Ainsi, en 2015, les femmes représentaient 56 % des nouvelles infections dans la population adulte de 15 ans et plus, et les femmes de 15 à 24 ans 66 % des nouvelles infections chez les jeunes.³ La suite de cette section fournit un aperçu de la superposition des inégalités qui favorisent l'épidémie de VIH chez les femmes et les filles.

L'inégalité entre les sexes et ses effets sur la sécurité économique, l'accès à l'éducation et la santé

Malgré la ratification massive des conventions et traités internationaux en faveur de l'égalité entre les sexes, l'inégalité entre les sexes persiste en Afrique subsaharienne et partout dans le monde. Ce constat a des ramifications économiques évidentes, par exemple les disparités de salaire entre hommes et femmes en Afrique subsaharienne comptent parmi les plus élevées au monde, et les femmes ont un statut inférieur dans plusieurs pays de cette région.⁴ Non seulement cela accentue la vulnérabilité des femmes et des filles en les rendant dépendantes des revenus des hommes de leur famille, mais les conséquences sont encore plus lourdes eu égard aux répercussions sur l'accès à l'éducation. L'éducation est un facteur clé. Les femmes ayant un niveau d'études supérieur sont généralement plus âgées lorsqu'elles ont leurs premiers rapports sexuels et lorsqu'elles se marient. Un niveau d'études plus élevé est également plus favorable à l'auto-efficacité, à la stabilité économique et à la négociation de rapports sexuels protégés.⁵ Tous ces facteurs sont considérés comme offrant une protection contre le VIH ; l'impossibilité financière pour plusieurs familles des pays à revenu faible d'Afrique subsaharienne d'envoyer leurs filles à l'école est donc préoccupante du point de vue de la santé.

Nous sommes également en présence d'un effet d'endogénéité. Du fait de leur statut inférieur sur le marché du travail, le rôle des femmes se limite

à prendre soin de leur famille (ce qui est considéré comme leur rôle traditionnel dans certains États). Or, l'épidémie de VIH a tellement alourdi le fardeau des aidants que les impacts physiques, sociaux et psychologiques de cette tâche rendent les femmes plus vulnérables au VIH. Les femmes et les filles représentent 66 à 90% de tous les aidants des personnes atteintes du sida dans le monde et deux tiers de tous les aidants des personnes vivant avec le VIH dans le sud de l'Afrique — le fardeau de cette tâche étant exacerbé dans les milieux ruraux et pauvres en ressources.⁶ L'impact de cette répartition du travail d'aidant est catastrophique. En effet, des jeunes filles qui auraient dans d'autres circonstances eu les moyens d'aller à l'école manquent souvent les cours car leur famille a besoin d'elles. Lorsque les exigences économiques liées aux soins se font particulièrement sentir, certaines de ces filles peuvent se tourner vers un travail en marge de l'économie officielle afin de subvenir aux besoins de leur famille. D'autres encore se tournent parfois vers le travail du sexe ou l'échange de services sexuels, ce qui les expose encore plus au risque de contracter le VIH.⁷ Ainsi, les lourds fardeaux portés par les aidants peuvent contribuer à la propagation de l'épidémie.

L'inégalité entre les sexes et ses effets encore plus directs sur la santé des femmes

L'inégalité entre les sexes a également des effets plus directs sur la santé, l'un des exemples les plus parlants étant l'omniprésence des violences faites aux femmes et aux filles. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, près de 35% des femmes dans le monde déclarent avoir subi des violences sexuelles ou physiques au cours de leur vie, et près d'un tiers des femmes engagées dans une relation témoignent d'abus physiques ou sexuels de la part de leur partenaire.⁸ Les femmes qui font régulièrement l'objet de violences sont moins enclines à négocier des rapports sexuels protégés et à demander des services de dépistage et conseils en matière de VIH. En outre, des études menées en Inde et en Tanzanie ont montré, sans surprise, l'existence d'un lien entre les violences entre partenaires intimes et la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes (même si, il faut le souligner, d'autres études ont démontré que ce constat n'était vrai que dans certains milieux).⁹ En outre, de nombreuses femmes séropositives

préfèrent ne pas divulguer leur statut à leurs partenaires par crainte des représailles.¹⁰

Diverses études démontrent qu'il existe des liens supplémentaires entre l'inégalité fondée sur le sexe et la santé des femmes. Par exemple, une étude récente en Tanzanie a démontré que la perception que certains hommes avaient des femmes comme étant des objets sexuels les incitait à exiger de leur femme des rapports sexuels, en plus d'avoir de fréquents rapports extraconjugaux — des comportements qui exposent les femmes mariées à un risque accru de contracter le VIH par l'entremise de leur mari.¹¹ Par ailleurs, les mêmes normes qui encouragent la soumission sexuelle chez les femmes se traduisent également par une diminution de leur autonomie pour la négociation de rapports sexuels protégés — ce qui interagit de plusieurs façons malencontreuses avec la dépendance envers les méthodes de prévention contrôlées par les hommes, telles que le préservatif.¹² Ce n'est que récemment que des progrès prometteurs ont été réalisés dans le domaine des microbicides, lesquels sont maintenant susceptibles de devenir une stratégie de prévention efficace contrôlée par les femmes.¹³

L'inégalité entre les sexes dans les systèmes de santé

Lorsque les systèmes de santé reflètent les normes sexuelles dominantes, cela crée davantage d'inégalités. On le constate dans de nombreuses situations, notamment dans les mauvais traitements reçus par les femmes qui accouchent en milieu hospitalier (dus notamment aux voies insidieuses par lesquelles les normes patriarcales dénaturent la relation médecin-patient).¹⁴ En ce qui nous concerne, toutefois, la meilleure illustration est fournie par la pratique de la stérilisation forcée, laquelle est typiquement justifiée soit par la prévention de la transmission verticale soit par la croyance discriminatoire selon laquelle les femmes vivant avec le VIH ne sont pas faites pour être mères. De telles violations des droits ont été établies en Namibie et en Afrique du Sud. Elles touchent dans la plupart des cas des femmes marginalisées et vivant à des endroits où la législation en matière de consentement chirurgical est peu ou pas appliquée. Il est pratique courante de stériliser des femmes venues subir une autre intervention, de demander leur consentement pen-

dant l'accouchement, d'obtenir le consentement auprès d'hommes de leur famille, de priver les femmes de traitement jusqu'à ce qu'elles donnent leur consentement et de leur offrir de l'argent ou de la nourriture en échange de la stérilisation. Dans certains cas, les femmes font également l'objet de violations des règles de confidentialité (par exemple, la divulgation de leur statut VIH aux autorités) et de signes manifestes d'hostilité de la part du personnel de santé, qui est rarement sanctionné pour de tels actes.¹⁵

Ce sont quelques-uns des exemples les plus choquants de défaillances du système de santé. Il existe aussi d'autres exemples, plus subtils, parmi lesquels l'importance excessive accordée aux programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. S'ils ont été extrêmement efficaces pour la prévention de la transmission verticale, ces programmes négligent souvent les besoins de soins de santé des femmes vivant avec le VIH, surtout à l'issue de la fenêtre au cours de laquelle la transmission verticale est possible. Ces programmes ne sont pas non plus à l'abri des problèmes évoqués plus haut car eux aussi portent souvent atteinte aux droits des femmes par non-respect des principes de confidentialité, non-obtention du consentement éclairé ou défaut de fourniture du traitement médical adapté.¹⁶

Plus largement, ces défaillances du système de santé — qui ne sont pas seulement des défauts de soins mais également des violations des droits de l'homme — renforcent la nécessité pour les États d'adopter des lois et réglementations de nature à préserver la santé sexuelle et reproductive et les droits qui s'y rapportent.

La promesse de droits de l'homme internationaux pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles

La garantie du respect des droits sexuels et reproductifs est un aspect fondamental du développement durable. Les droits sexuels et reproductifs font partie intégrante d'une multitude de garanties fondamentales en matière de droits de l'homme, parmi lesquelles le droit à la vie, à la santé, à la vie privée, à l'information, à la protection contre

la discrimination et contre tout traitement cruel, inhumain et dégradant, entre autres.¹⁷ Ces droits se retrouvent dans les lois et constitutions nationales, ainsi que dans les documents fondamentaux et universellement reconnus en matière de droits de l'homme. Ils sont également définis et développés dans des documents plus récents, comme les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, les déclarations interprétatives et les documents de consensus politique.¹⁸

Les traités mondiaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme — y compris la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant et le Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique — confèrent une protection spécifique aux droits fondamentaux des femmes et des filles. En outre, une série de documents adoptés lors des conférences des Nations Unies (ONU), au premier rang desquels le Programme d'action de la CIPD de 1994, fait le lien entre les responsabilités des gouvernements en vertu des traités internationaux et leurs obligations de défense des droits sexuels et reproductifs.¹⁹ En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, les États sont tenus de prendre des mesures pour parvenir progressivement à la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et reproductive. Comme souligné par l'observation 22 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Les États parties doivent agir aussi rapidement et efficacement que possible en vue de la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative [...] et utiliser tous les moyens appropriés, y compris l'adoption de mesures législatives et budgétaires, ou autres. »²⁰ Les États sont tenus de veiller à ce que des lois et politiques soient en place pour garantir l'accès à la santé sexuelle et reproductive et aux droits qui s'y rapportent. Il existe donc un lien direct entre le droit relatif aux droits de l'homme et ce que l'indicateur ODD 5.6.2 vise à mesurer : les lois garantissant l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive.

Le Programme d'action de Beijing s'appuie sur le consensus atteint lors de la CIPD de 1994, qui a été approuvé par 179 États et vient d'être reconduit à la CIPD+20 en 2014.²¹ Le Programme d'action de

Beijing garantit aux femmes le droit à des services et à des informations en matière de santé sexuelle et reproductive et, dans sa description détaillée de ce que cela implique, définit ce qui constitue un niveau adéquat de soins de santé, d'information et d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive. Le Programme d'action de Beijing vise également à améliorer la santé sexuelle et reproductive et l'éducation des femmes à travers plusieurs recommandations de réformes politiques, dont l'élévation du niveau d'éducation et de formation des femmes, l'amélioration de l'accès des femmes à des services de santé et à des informations appropriées et abordables, ainsi que des initiatives destinées à perfectionner les soins et l'éducation dont bénéficient les femmes en matière de VIH et d'IST.

Ces documents de consensus internationaux, et la jurisprudence et les commentaires des mécanismes des droits de l'homme qui en sont issus, ont précisé les paramètres du droit aux soins, à l'éducation et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Ce droit s'applique tout au long du cycle de vie de la femme — notamment relativement à la grossesse et l'accouchement, la contraception et la planification familiale, l'avortement et les soins post-avortement, l'éducation sexuelle complète, et la santé et le bien-être sexuels.

Notamment, les organes de surveillance des traités de l'ONU — qui sont des comités d'experts indépendants nommés pour surveiller la mise en œuvre par les États des principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme — ont élaboré des normes solides en matière de droits de l'homme concernant le droit des femmes et des filles à une grossesse et à un accouchement sans risques, en l'inscrivant parmi les droits à la vie, à la santé, à l'égalité et à la protection contre la discrimination et contre tout traitement cruel, inhumain et dégradant. Ces garanties englobent les droits des femmes à la gamme complète de services liés à la grossesse et à la post-natalité, ainsi que l'aptitude à accéder à ces services sans subir aucune discrimination, contrainte ni violence.²² En outre, les femmes et les filles doivent être capables d'exercer leur autonomie reproductive en décidant du nombre d'enfants qu'elles souhaitent mettre au monde et de l'espacement des grossesses. Elles doivent

aussi disposer d'informations adaptées sur la santé maternelle et posséder l'autonomie nécessaire pour recourir aux services de santé maternelle.²³ De ce fait, les États ont le devoir de prévenir et de lutter contre la mortalité maternelle et périnatale en garantissant des soins anténataux, périnataux et postpartums ; de lutter contre le mariage précoce et les grossesses précoces et à haut risque ; de mettre à disposition des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH/sida pendant la grossesse ; et de garantir l'accès à l'éducation et à l'emploi des femmes et des filles enceintes, ainsi que l'accès de toutes les femmes à des informations et des services sur l'infertilité.²⁴

En outre, les organes de surveillance des traités relatifs aux droits de l'homme ont invariablement conclu que les femmes et les adolescentes ont le droit d'avoir accès à des informations et des services sur la contraception. Ils ont également reconnu l'existence d'une corrélation entre le besoin non satisfait d'une contraception et les taux élevés de grossesse, d'avortement et de mortalité maternelle chez les adolescentes.²⁵ Ces organes ont également souligné les obstacles à l'accès des femmes aux informations et aux services en matière de contraception, à savoir les coûts prohibitifs, l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers et les restrictions d'accès du fait de l'état matrimonial ou de l'âge.²⁶ Ils ont reconnu que ces obstacles constituent des violations potentielles des droits à la santé et à la protection contre la discrimination, et ont exigé des États qu'ils garantissent l'accès des femmes à une gamme complète d'informations et de services de qualité en matière de contraception et de planification familiale.²⁷

Le droit à l'avortement exige des États qu'ils garantissent l'accès à des informations et des services pour un avortement légal et sans risques, y compris des soins post-avortement. Les organes de surveillance des traités ont invariablement reconnu le lien existant entre une réglementation restrictive en matière d'avortement, des taux élevés d'avortement non médicalisé et la mortalité maternelle.²⁸ Ils ont donc appelé les États à dépénaliser l'avortement, au moins dans les situations où la grossesse met en danger la vie ou la santé de la femme, est consécutive à un viol ou un inceste, ou est liée à une malformation fœtale sévère.²⁹ Ils ont par ailleurs reconnu que

l'interdiction de l'avortement était contraire aux principes fondamentaux des droits de l'homme.³⁰ En outre, les organes de surveillance des traités ont indiqué que des services d'avortement sûrs et légaux doivent être accessibles dans la pratique et que l'opposition à ces services ou l'instauration d'obstacles à leur accès nuisent à l'autonomie reproductive des femmes et peuvent constituer une violation des droits à la santé, à la vie privée, à la protection contre la discrimination et contre tout traitement cruel, inhumain et dégradant.³¹ Dans ce contexte, ils ont enjoint aux États d'établir des directives claires précisant les conditions dans lesquelles l'avortement est légal et de supprimer les obstacles à son accès, notamment l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers (par exemple le consentement du conjoint), le délai de réflexion obligatoire et l'obligation de recevoir des conseils biaisés.³² Par ailleurs, les États doivent réglementer les refus de soins fondés sur la clause de conscience de façon à ce qu'ils n'entravent pas l'accès des femmes aux services de santé reproductive et doivent veiller à ce que de tels refus ne puissent être invoqués qu'à titre individuel et ne soient pas institutionnalisés.³³ Les organes de surveillance des traités ont également indiqué que les États doivent garantir l'accès à des soins post-avortement confidentiels et adaptés, et veiller à ce que ceux-ci ne soient pas conditionnels à des aveux de la part des patientes qui ont eu recours à des services illégaux pour avorter (ces aveux pourraient éventuellement servir de motif pour tenter des poursuites criminelles contre ces patientes). De tels agissements pourraient constituer des traitements cruels, inhumains et dégradants.³⁴

Une éducation complète à la sexualité — incluant l'éducation à la prévention des IST et du VIH — est incluse dans ces droits fondamentaux. Notamment, le droit à la santé nécessite que les États suppriment toutes les barrières à l'accès à l'éducation et à l'information sur la santé, y compris tous les obstacles à l'éducation sexuelle, à l'instar du consentement parental obligatoire.³⁵ Les organes de surveillance des traités de l'ONU ont reconnu que l'éducation sexuelle contribue à la prévention du VIH/sida, de la grossesse des adolescentes, des grossesses non désirées, des avortements et des décès maternels.³⁶ Ils ont également déclaré que les États devaient garantir l'accès des adolescentes à l'information sur la

santé sexuelle et reproductive en mettant en œuvre des programmes d'éducation à la sexualité non seulement dans les écoles mais aussi dans d'autres cadres afin de s'adresser aux enfants non scolarisés.³⁷ Les organes de surveillance des traités ont aussi indiqué que les informations en matière de santé sexuelle et reproductive devaient être complètes et scientifiquement exactes.³⁸ Ainsi, les programmes d'éducation à la sexualité doivent inclure des informations sur la prévention des grossesses non désirées, sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, les risques de l'avortement non médicalisé, les aspects légaux de l'avortement et la prévention des IST, dont le VIH.³⁹ Ils doivent également viser à transformer les perceptions et les tabous d'ordre culturel sur la sexualité des adolescents et l'égalité entre les sexes, et aborder d'autres thèmes relatifs à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs.⁴⁰ Eu égard aux ODD relatifs à la santé (ODD 3) et à l'éducation (ODD 4), l'éducation complète à la sexualité est essentielle car elle permet à chacun d'agir de manière autonome en prenant des décisions éclairées en matière de reproduction et de sexualité.

De plus, les normes en matière de droits de l'homme stipulent que les adolescents et les jeunes ont droit à des mesures de protection spéciales visant à garantir qu'ils puissent exercer leurs droits fondamentaux, parmi lesquels leurs droits sexuels et reproductifs.⁴¹ La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît que les adolescents ont la capacité, en devenant, de prendre des décisions sur leur propre bien-être et que les adolescents en mesure de prendre des décisions intelligentes sur leur santé doivent se voir accorder l'autonomie et « la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce ». ⁴² La Convention affirme que les États doivent accorder aux enfants le droit de consentir aux interventions relatives à la santé sexuelle — notamment à l'éducation et aux services liés aux soins des IST et du VIH, à la contraception et à l'avortement médicalisé — sans l'avis des parents. Ces engagements ont récemment été réaffirmés dans l'observation 20 du Comité des droits de l'enfant, qui aborde la question de l'évolution de la norme de consentement applicable aux situations concernant la santé des adolescents.⁴³ De plus, les organes de surveillance des traités relatifs aux droits de l'homme ont appelé

les États à garantir l'accès des adolescents à l'éducation et à l'information sur la sexualité, à supprimer l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers pour obtenir des informations et des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive, à dépénaliser les relations sexuelles consensuelles entre adolescents et à interdire les pratiques traditionnelles préjudiciables qui portent atteinte au droit à la santé, telles que les mutilations génitales féminines et le mariage précoce.⁴⁴

Les multiples traités et documents garantissant les droits sexuels et reproductifs défendent également le droit d'avoir des expériences sexuelles de façon autonome et sans subir de contraintes. Cela inclut la protection contre les violences fondées sur le genre. L'interdépendance entre la violence et la santé sexuelle et reproductive est abordée dans le Programme d'action de la CIPD ainsi que dans le Programme d'action de Beijing, ce dernier affirmant le droit à prendre des décisions en matière de reproduction à l'abri de toute discrimination, contrainte et violence.⁴⁵ Pour déterminer le niveau des garanties offertes aux citoyens en matière de santé sexuelle et reproductive, il est essentiel de mesurer jusqu'où sont allés les États membres de l'ONU dans l'intégration dans la loi de politiques contre les violences fondées sur le genre. Ces normes et principes réunis servent de cadre sur lequel fonder la vision et les objectifs de développement mondial. L'indicateur 5.6.2 des ODD mesure le nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant l'accès à ces droits.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement et les droits des femmes : Une occasion manquée

Dans le contexte actuel, il apparaît clairement que les initiatives mondiales d'évaluation des progrès réalisés pour les droits des femmes n'ont pas contribué à éclaircir les mécanismes favorisant l'épidémie actuelle de VIH/sida chez les jeunes femmes et les filles en Afrique subsaharienne. Lors du Sommet du Millénaire en 2000, les États membres des Nations Unies ont défini huit cibles quantifiables et assorties de délais — les OMD — afin de mettre en œuvre le Programme d'action de Beijing et les engagements pris par l'Assemblée générale des Nations Unies

dans ce domaine. Ces cibles ont été élaborées afin d'encourager et d'évaluer les progrès à l'échelle nationale.⁴⁶ L'OMD 3, qui portait sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, avait comme indicateurs principaux l'augmentation des inscriptions dans l'enseignement primaire et le nombre de femmes élues ; il ne mesurait aucunement les violences à l'égard des femmes et les lois discriminatoires.⁴⁷ De même, l'OMD 6, qui portait sur le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, promettait d'enrayer la propagation du VIH/sida et de commencer à inverser la tendance d'ici à 2015, de garantir à tous ceux qui en avaient besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida d'ici à 2010, et de maîtriser le paludisme et d'autres maladies graves et de commencer à inverser la tendance d'ici à 2015. Les trois seuls indicateurs relatifs à l'adolescence étaient la réduction de la prévalence du VIH dans les populations de 15 à 24 ans, la diffusion de l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et l'augmentation de la proportion de la population âgée de 15 à 24 ans bénéficiant d'un niveau correct de connaissance du VIH/sida. Bref, dans l'ensemble, les OMD n'ont rien fait pour soutenir les efforts collectifs visant à combler l'absence flagrante de données sur la santé des adolescentes ou sur les facteurs prédisposant au VIH chez les jeunes femmes et les filles.

Les OMD ont évalué des thématiques complexes et interdépendantes (par exemple, le VIH et la santé maternelle et infantile) en les isolant les unes des autres, et en omettant de traiter d'autres questions, notamment l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive.⁴⁸ Ils n'ont pas évalué les progrès accomplis ou les violations commises en matière de droits de l'homme ni l'efficacité des mesures de gouvernance et de responsabilisation visant à faire avancer les choses.⁴⁹ Ils n'ont pas non plus évalué les inégalités de manière satisfaisante. Les cibles et les indicateurs de mortalité infantile et de mortalité maternelle ont mesuré des diminutions moyennes et non des quintiles, en dépit du fait qu'une évaluation des quintiles aurait révélé l'incapacité fondamentale à améliorer la situation des femmes des quatrième et cinquième quintiles quel que soit le contexte.⁵⁰ Malgré la mobilisation qu'ils ont engendrée à l'époque, les OMD ont été perçus comme une marque de mépris vis-à-vis du vécu des

personnes les plus défavorisées. L'effet incitatif des programmes, qui étaient axés sur les donateurs et sur les résultats, s'est limité aux services de santé destinés aux personnes les moins marginalisées et les plus faciles à mobiliser.⁵¹

Les Objectifs de développement durable : Feront-ils mieux ?

Après l'expiration des OMD, la communauté internationale a cherché à adopter une série plus complète d'objectifs. La Résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies, intitulée « Transformer notre monde : Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » présente 17 objectifs et 169 cibles à atteindre sur les 15 prochaines années afin de parvenir à un développement durable.⁵² La vision du développement durable présentée dans le Programme 2030, et les mesures nécessaires pour l'atteindre, sont fondées sur le respect universel du droit international, des droits de l'homme, de l'État de droit, de la justice, de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes et des filles.⁵³ Le programme met l'accent sur la responsabilité des États, conformément à la Charte des Nations Unies, de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme et les libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinions politiques ou autres, d'origine nationale ou sociale, de naissance, de handicap ou autre critère — et reconnaît que l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles contribueront de façon importante aux efforts pour atteindre les objectifs et les cibles.⁵⁴

Le cadre d'indicateurs mondial. Conformément au programme, le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux Objectifs de développement durable (le « Groupe d'experts ») a élaboré 230 indicateurs mondiaux afin d'aider à mesurer la progression de la mise en œuvre des cibles ODD.⁵⁵ Les indicateurs ont été examinés lors de la 47e session de la Commission statistique, qui s'est réunie en mars 2016. Pendant la session, la Commission a également reconnu que l'élaboration du cadre des indicateurs est un processus technique qui devra se poursuivre au fil du temps, en ayant recours à l'expertise disponible dans les domaines associés.

Le système des groupes. Dans son rapport à la Commission statistique, le Groupe d'experts a proposé de diviser les indicateurs mondiaux en trois groupes selon le niveau de développement méthodologique et la disponibilité globale des données. Les indicateurs du groupe I seraient ceux pour lesquels il existe des méthodes éprouvées et des données mondiales disponibles sur une base régulière ; le groupe II serait composé d'indicateurs associés à des méthodes statistiques définies mais avec peu de données disponibles, et le groupe III rassemblerait les indicateurs qui ne disposent pas d'une méthodologie internationalement reconnue.⁵⁶ Lors de la 48e session de la Commission statistique, le Groupe d'experts a rendu compte des progrès réalisés dans le développement des indicateurs mondiaux, ainsi que dans les plans de développement des méthodologies applicables aux indicateurs du groupe III (y compris le travail sur les définitions et les normes), qui doivent être approuvés au niveau international afin de garantir la comparabilité à l'échelle internationale. ONU Femmes et l'Organisation mondiale de la Santé se sont ensuite entourés d'experts pour l'élaboration de la méthodologie applicable à l'ODD 5. À l'époque où nous avons pris part au processus (et à l'époque où nous écrivons ces lignes), l'ODD 5 était un indicateur du groupe III.

ODD 5. L'ODD 5 vise à parvenir à l'égalité entre les sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles ; ses neuf cibles interdépendantes et complémentaires sont au service de ce but. Ces objectifs d'égalité entre les sexes sont par ailleurs à la base même de la Déclaration sur les ODD et de tous les autres objectifs et cibles, lesquels placent l'élimination des inégalités et de la discrimination au cœur du programme de développement.⁵⁷ (Voir en particulier les ODD 3, 4, 10 et 16 — bien qu'il soit important de souligner que tous les objectifs et cibles sont reliés entre eux par des interconnexions et des synergies, et que ces objectifs et cibles sont de type global et universellement applicables.⁵⁸) Il faut également souligner que, tandis que l'ODD 3 est clairement lié à la riposte au VIH (il vise à permettre à tous de vivre en bonne santé ainsi qu'à promouvoir le bien-être de tous à tout âge), il n'est pas moins essentiel d'atteindre l'ODD 5 pour prévenir la propagation de cette maladie. Comme décrit en détail ci-dessus, l'inégalité entre les sexes contribue de diverses façons interreliées à la propagation du

VIH en Afrique subsaharienne. Ce lien entre inégalité des sexes et propagation du VIH démontre sans équivoque tout l'enjeu de l'autonomisation des femmes et des filles en matière de santé.

La cible 5.1 de l'ODD 5 vise à « mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles ». Le Groupe d'experts a proposé l'indicateur suivant pour suivre le progrès relatif à la mise en œuvre de cette cible sur les 15 prochaines années : « l'existence ou non de cadres juridiques en place pour promouvoir, mettre en œuvre et surveiller l'égalité et l'absence de discrimination fondée sur le sexe ».⁵⁹ Comme indiqué ci-dessus, la discrimination fondée sur le genre et les violations graves des droits de l'homme surviennent également au sein des systèmes de santé, ce qui fait toute l'importance de cette attention portée aux cadres juridiques pour la santé sexuelle et reproductive des femmes.

L'indicateur 5.6.2 propose de travailler à augmenter le nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine. Du fait de notre expertise en matière de santé et droits sexuels et reproductifs et en matière de VIH, nous avons accepté de travailler sur la méthodologie pour cet indicateur du groupe III.

L'indicateur 5.6.2 s'inscrit à part entière dans la réalisation de tous les ODD. Le principe d'universalité du Programme 2030 en appelle aux États, tous niveaux de revenus et de développement confondus, pour qu'ils prennent des mesures afin de parvenir au développement durable et, ce faisant, qu'ils trouvent des solutions aux problèmes allant de la pauvreté à la famine, en passant par le changement climatique et les inégalités — aussi bien à l'intérieur qu'au-delà de leurs frontières.⁶⁰ En l'absence de lois et de réglementations garantissant l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive et à des informations et une éducation dans ce domaine, cet engagement restera sans effets. De telles lois et réglementations sont clairement essentielles à l'élimination du VIH/sida chez les femmes.

La cible 7 de l'ODD 3 (l'objectif de santé et de bien-être) requiert des États qu'ils garantissent l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et

reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et exige aussi l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux.⁶¹ L'objectif de santé inclut également des cibles relatives à la mortalité maternelle, au VIH/sida et aux pratiques préjudiciables telles que la mutilation génitale et le mariage des enfants, le mariage précoce et le mariage forcé (cibles 3.1, 3.3 et 3.7, respectivement). L'ODD 4, relatif à l'éducation, exige que l'éducation favorise l'égalité entre les sexes, que toutes les filles suivent un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire, que les hommes et les femmes aient accès dans des conditions d'égalité à un enseignement professionnel et tertiaire, et que les États éliminent les inégalités entre les sexes dans le domaine de l'éducation (cibles 4.7, 4.1, 4.3 et 4.5, respectivement). Les droits sexuels et reproductifs sont des composantes nécessaires de ces objectifs.

Ceci étant dit, pour élaborer une méthodologie d'évaluation des lois et réglementations, nous devons accorder une attention particulière aux États dotés de systèmes juridiques pluralistes ou multiples qui font coexister plusieurs sources de droit.⁶² Les systèmes juridiques pluralistes peuvent être fondés sur le droit coutumier, la loi religieuse et les traditions ou les coutumes. Les lois coutumières et religieuses sont considérées comme des sources de loi ou de pratique obligatoires dans la majeure partie des pays d'Afrique ainsi que dans plusieurs pays d'Asie et du continent américain.⁶³ Le pluralisme juridique peut, dans certains cas, permettre aux lois ou aux pratiques religieuses, traditionnelles et coutumières de contredire le droit national ou civil. Bien entendu, la common law et le droit civil peuvent eux aussi être discriminatoires. Les États utilisent divers moyens pour échapper aux lois internationales, notamment en émettant des réserves à la ratification de conventions internationales ou en ne les intégrant pas à leur droit national. Les États peuvent aussi promulguer la protection constitutionnelle pour les systèmes juridiques pluralistes. À titre d'exemple, la législation nationale peut fixer l'âge du mariage à 18 ans, alors que les lois religieuses et coutumières bénéficiant de la protection constitutionnelle peuvent fixer un âge minimum inférieur. Nous avons donc inclus dans notre méthodologie (décrite plus en détail ci-après) des questions visant à mieux appréhender ces vides juridiques. Dans certains pays, la discrimination

fondée sur le genre est inscrite dans le droit civil ou national sur le mariage, l'adoption ou la succession.⁶⁴

Comme souligné par la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) lancée en 2015 par le Secrétariat général des Nations Unies pour faire office de feuille de route afin d'atteindre les ODD en matière de santé, il est crucial que nous développons une méthodologie permettant de mesurer efficacement les engagements juridiques des États membres à garantir des services et une éducation en matière sexuelle et reproductive.⁶⁵ Bien qu'il existe de multiples sources et bases de données pour mesurer les différentes composantes des soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive offerts au sein d'un État, les efforts sont rarement coordonnés. Autrement dit, la plupart des sources existantes seront inadéquates en l'absence d'une révision et d'un élargissement substantiels de leurs processus de collecte des données. L'analyse à l'échelle nationale des différents aspects de l'ODD 5.6.2, validée par des entretiens qualitatifs et une analyse des lois et politiques, semblerait constituer la meilleure méthode. Toutefois, le processus des ODD dispose de ressources financières limitées et nécessite l'adhésion des États membres à la méthodologie. Dans un tel contexte, une enquête susceptible d'être rapidement adressée aux États membres et fournissant des résultats exploitables et fiables peut constituer la méthode la plus acceptable pour suivre la progression des ODD. Nous avons été chargés d'élaborer cette enquête, tout en explorant parallèlement d'autres voies. Dans le point suivant, nous traitons de la méthode d'enquête que nous avons proposée pour mesurer efficacement ces résultats chez les États membres.

Notre proposition de méthodologie pour l'indicateur 5.6.2 des ODD : Le nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine

Notre travail de développement d'une méthodologie pour l'indicateur 5.6.2 a mis en lumière les difficultés de l'intégration d'une approche fondée sur les droits dans les ODD. Le processus a été

ralenti par des mécanismes de coordination et de collaboration faibles et inefficaces entre les agences des Nations Unies responsables d'élaborer les indicateurs. On a également noté une volonté excessive d'isoler ces processus d'élaboration d'indicateurs ODD malgré l'interdépendance des ODD, pourtant reconnue. De même, en dépit de la nécessité évidente d'intégrer aux indicateurs les normes en matière de droits de l'homme, la mesure des garanties procédurales a été privilégiée au détriment de la mesure de la mise en œuvre ou de l'accès (l'indicateur 5.6.2 a été limité à évaluer l'existence de lois et réglementations plutôt que d'évaluer leur mise en œuvre sur le terrain). Nous avons fait part de ces limitations aux représentants des Nations Unies, qui ont invoqué des ressources limitées, un manque de coopération de la part des autres agences des Nations Unies et la crainte qu'une méthodologie trop onéreuse soit rejetée par les États membres.

Plus précisément, les représentants des Nations Unies ont également exprimé leur nette préférence pour une enquête « oui/non » adressée uniquement aux États membres. Cette approche s'avère problématique au moins pour deux raisons. Premièrement, un instrument d'enquête binaire de ce type — bien qu'il soit plus simple à administrer et méthodologiquement plus solide pour l'analyse des données — est incapable, de par sa nature, de saisir l'ampleur et la complexité des enjeux et ne peut produire d'informations adéquates ou exactes. C'est particulièrement vrai dans le cas de cet indicateur, vu le manque opérationnalisation des termes clés (par exemple « réglementations », « garantie », « résoudre »), la politisation des informations cruciales (par exemple le refus d'inclure des informations sur l'avortement) et d'autres sérieux obstacles à la validation. Deuxièmement, les informations les plus riches sur la façon dont les États respectent les normes internationales traitées ici ne proviennent pas des États eux-mêmes mais plutôt des comptes rendus et commentaires des organismes de défense des droits de l'homme et des organisations de la société civile. C'est en consultant les observations et les questions des organes de surveillance des traités, ainsi que les rapports parallèles élaborés simultanément par des membres de la société civile, qu'on découvre la multitude de stratagèmes utilisés par les États membres pour se soustraire aux lois garantissant l'accès aux soins de santé sexuelle et

reproductive ainsi qu'aux informations et à l'éducation dans ce domaine. Il serait selon nous une grave erreur de ne pas faire entendre ces voix lors de l'élaboration des rapports.

Nous avons cherché à proposer une stratégie plus efficace pour compiler et valider les données. Ce faisant, nous avons formulé plusieurs recommandations, notamment la mise en place d'un panel d'experts et la prise en compte de l'opinion de la société civile. Notre questionnaire original — qui couvrirait tous les enjeux de la CIPD (y compris la mise en œuvre) — a rapidement été considéré comme impossible à gérer par les représentants des Nations Unies. Selon eux, les États membres rejetteraient l'indicateur si nous poursuivions avec un processus aussi « lourd ». Quand nous avons terminé notre travail, le questionnaire des Nations Unies avait été réduit à cinq enjeux : (1) grossesse/naissance, (2) contraception/planification familiale, (3) avortement, (4) éducation/ information sur la sexualité et (5) santé/bien-être sexuel (tous ces thèmes, soulignons-le, sont clairement liés au combat actuel contre l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne). Il a été décidé que les autres questions, plus spécifiques, sur le VIH étaient déjà traitées par d'autres ODD, bien que nous ayons exprimé notre préoccupation face à l'absence de prise en compte de la législation applicable dans les autres indicateurs. Notre réflexion sur les groupes marginalisés et vulnérables, les adolescents et sur les violences fondées sur le genre, a été supprimée. Nous avons vigoureusement réclamé l'inclusion de questions examinant la ratification des traités pertinents ainsi que les observations et commentaires y afférents.

Pour garantir la fiabilité de l'étude dans tous les États où elle sera administrée, nous avons préconisé d'interroger des personnels occupant des postes similaires d'un État à l'autre, dans des entités gouvernementales similaires. L'UNFPA identifierait les catégories de personnels à l'échelle nationale appropriées pour répondre à l'enquête et procéderait de la même façon pour les organisations non gouvernementales et les groupes de la société civile sur le terrain. Ensuite, le personnel de l'UNFPA administrerait l'enquête, en collaboration avec le personnel national et des groupes de la société civile afin de fournir des réponses complètes. Pour bien évaluer

la validité, nous avons proposé la création d'un panel d'experts tel que celui établi pour la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.⁶⁶ Dans le cadre de cette stratégie, l'Organisation mondiale de la Santé a constitué un panel de neuf membres dont les participants représentent différentes régions et différents contextes — allant des droits de l'homme au travail humanitaire en passant par les statistiques — afin de « contrôler et examiner » les progrès liés à la stratégie. Nous avons suggéré la création ici d'un panel analogue constitué d'un groupe tout aussi diversifié d'experts sur les questions de santé, d'information et d'éducation liées à la santé sexuelle et reproductive, et dont chaque membre aurait les connaissances nécessaires en matière de normes portant sur les droits de l'homme. Ce panel d'experts serait chargé d'évaluer la validité du contenu de l'enquête et de vérifier que toutes les questions sont suffisamment claires avant l'administration de l'enquête.

Pour mesurer la « validité conceptuelle » — autrement dit le degré de cohérence entre les résultats de l'étude et les données existantes — le panel d'experts procéderait également, aux côtés du personnel de l'UNFPA à la comparaison des résultats de l'enquête avec les données existantes provenant des États. On pourrait, par exemple, constater que les pics de mortalité maternelle adolescente correspondent aux régions régies par des systèmes juridiques pluralistes. Par ailleurs, plusieurs États obéissent à un patchwork de lois et de réglementations en matière de santé sexuelle et reproductive, ce qui peut parfois être déconcertant et contradictoire et possiblement être un obstacle à la clarté ou à l'exactitude des réponses aux questions de l'enquête. Pour cette raison, des groupes de la société civile participeraient également à l'enquête.

Bien qu'il existe des ensembles de données qui coïncident avec certaines sections de notre enquête, on ne connaît rien qui couvre entièrement l'essence de cet indicateur. Cette enquête établirait donc « l'étalon de référence » quant aux mesures devant être prises par les États pour progresser sur cette cible. Dans le cadre de l'analyse, un système de notation serait défini d'après cet « étalon de référence » et chaque État se verrait attribuer une note correspondant à son niveau de conformité aux obligations en matière de droits de l'homme visées par cet indicateur. Le

panel d'experts évaluerait également si l'État a pris les mesures nécessaires pour garantir la conformité ; cette évaluation inclurait une analyse des observations, décisions, communications, comptes rendus et recommandations finals formulés par les organes de surveillance des traités des Nations Unies et traités régionaux. L'« étalon référence » serait atteint si l'État peut apporter la preuve qu'il a pris toutes les mesures nécessaires pour régler les problèmes soulevés par les organes relatifs aux droits de l'homme des Nations Unies et régionaux.

Nous avons cessé de faire partie du processus d'élaboration de l'indicateur vers la fin de l'année 2016. Nous croyons comprendre que l'indicateur relève toujours du groupe III, que les garçons et les hommes y ont été ajoutés et que l'enquête comporte désormais 33 questions. Nous constatons également que l'UNFPA pilote l'enquête depuis six de ses bureaux. Le processus auquel nous avons participé nous a toutefois révélé les tensions existant entre les ODD et la réalité, en particulier dans le domaine des droits de l'homme. L'inclusion, historique, d'un indicateur ODD afin d'évaluer l'existence de protections juridiques est un pas dans la bonne direction ; toutefois, la méthodologie, sous sa forme actuelle, pourrait nuire à la fiabilité des résultats. Chaque composante de l'indicateur proposé porte sur une dimension importante des droits de l'homme et de l'avenir des jeunes femmes et des filles vivant avec le VIH. À défaut de mettre en œuvre les garanties que cet indicateur cherche à évaluer, nous ne pourrions pas enrayer l'épidémie de VIH chez les jeunes femmes et les filles.

Conclusion

L'épidémie de VIH a de lourdes conséquences pour les femmes et les filles. Or, à l'heure actuelle, les efforts qui ont eu lieu à l'échelle mondiale pour évaluer les progrès accomplis dans la promotion des droits des femmes et des filles n'ont pas permis d'éclaircir les causes de l'épidémie actuelle de VIH chez les jeunes femmes et les filles en Afrique subsaharienne. Les ODD ont le potentiel pour aller plus loin, mais le travail que nous avons effectué sur l'indicateur 5.6.2 témoigne de difficultés réelles à intégrer une approche fondée sur les droits dans les ODD. L'un des principaux obstacles — lié au fait que l'on collecte uniquement des informations de

nature procédurale, et uniquement en provenance des États membres — est l'absence de mécanisme de responsabilisation efficace permettant de garantir le respect par les États de leurs engagements en vertu des ODD. Nous devons de toute urgence surmonter ces barrières politiques afin d'encourager les stratégies de prévention et d'éradication du VIH qui accordent la priorité aux droits fondamentaux des femmes et des filles.

Références

1. T. McGovern, « *S.P. v. Sullivan*: The effort to broaden the Social Security Administration's definition of AIDS, » *Fordham Urban Law Journal* 21 (1994), pp. 1083–1096.
2. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, *Forced and coerced sterilization of women living with HIV* (Nairobi: Communauté internationale des Femmes vivant avec le VIH/sida, 2015) ; Averting HIV and AIDS, « Stigma, Discrimination, and HIV » (décembre 2016). En ligne : <http://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination>.
3. Les statistiques figurant dans ce paragraphe proviennent du document suivant : ONU Femmes, *VIH/sida : quelques faits et chiffres* (2016). En ligne : <http://www.unwomen.org/fr/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>.
4. D. Harkura, M. Hussain, et M. Newiak, « Inequality, gender gaps, and economic growth: Comparative evidence for sub-Saharan Africa, » International Monetary Fund Working Paper (Washington, DC: International Monetary Fund, juin 2016) ; Q. Karim, S. Sibeko, et C. Baxter, « Preventing HIV infection in women: A global health imperative, » *Clinical Infectious Diseases* 50/Suppl 3 (2010), pp. 122–129.
5. G. Tadele et H. Kloos, *Vulnerabilities, impacts and responses to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa* (Londres : Palgrave Macmillan, 2013).
6. UN Division for the Advancement of Women, Caregiving in the context of HIV/AIDS, UN Doc. EGM/ESOR/2008/BP.4 (2008) ; UN Women Watch, *Faits et graphiques: Les femmes rurales et les objectifs du Millénaire pour le développement* (New York: ONU Femmes, 2011). En ligne : <http://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/documents/Fr-Rural-Women-MDGs-web.pdf> ; V. Ranjbar, « The HIV/AIDS caregiver identity as a double-edged sword: A discourse on HIV/AIDS caregiving in South Africa, » *African Journal of AIDS Research* 13/3 (2014), pp. 261–269 ; A. Harrison, S. Short, et M. Tuone-Nkhasi, « Re-focusing the gender lens: Caregiving women, family roles, and HIV/AIDS vulnerability in Lesotho, » *AIDS Behavior* 18/3, pp. 595–604 ; G. Ramjee et B. Daniels, « Women and HIV in sub-Saharan Africa, » *AIDS Research and Therapy* 10/30 (2013), pp. 1–9.
7. Ranjbar (voir note 6) ; Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, *Criminalization of*

women living with HIV: Non-disclosure, exposure, and transmission (Nairobi : Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, 2015).

8. Organisation mondiale de la Santé, *Aide-mémoire: La violence à l'encontre des femmes – Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016) ; Organisation mondiale de la Santé, la London School of Tropical Medicine and Hygiene, et le South African Medical Research Council, *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013).

9. Organisation mondiale de la Santé (2013, voir note 8) ; Open Society Foundations, *Against her will: Forced and coerced sterilization of women worldwide* (New York : Open Society Foundations, 2011) ; S. Maman, J. Mbwambo, F. Kouyoumdjian, et al., « Intimate partner violence and the association with HIV risk behaviors among young men in Dar es Salaam, Tanzania, » *Journal of Interpersonal Violence* 25/10 (2010), pp. 1855–1872 ; J. Silverman, M. Decker, N. Saggurti, et al., « Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women, » *JAMA* 300/6 (2008), pp. 703–710 ; T. Nyamhanga, et G. Frumence, « Gender context of sexual violence and HIV sexual risk behaviors among married women in Iringa Region, Tanzania, » *Global Health Action* 7 (2014), pp. 1–9 ; I. Birdthistle, B. Majanja, D. Maher, et al., « Non-consensual sex and association with incident HIV infection among women: A cohort study in rural Uganda, 1990–2008, » *AIDS Behavior* 17 (2013) pp. 2430–2438 ; D. Durevall et A. Lindskog, « Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: What do the Demographic and Health Surveys tell us? » *Lancet Global Health* 3/1 (2015) pp. e34–e43.

10. Maman et al. (voir note 9), citant Silverman et al. (voir note 9) ; T. Nyamhanga, et G. Frumence, « Gender context of sexual violence and HIV sexual risk behaviors among married women in Iringa Region, Tanzania, » *Global Health Action* 7 (2014), pp. 1–9 ; Birdthistle et al. (voir note 9).

11. Nyamhanga et Frumence (voir note 10).

12. Tadele et Kloos (voir note 5) ; E. Doggett, M. Lanham, R. Wilcher et al., « Optimizing HIV prevention for women: A review of evidence from microbicide studies and considerations for gender-sensitive microbicide introduction, » *Journal of the International AIDS Society* 1 (2015), pp. 1–11.

13. Karim et al. (voir note 4).

14. R. Khosla, C. Zampas, J. Jogel et al., « International human rights and the mistreatment of women during childbirth, » *Health and Human Rights Journal* (2016).

15. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (voir note 2 ; Open Society Foundations (voir note 9).

16. Center for Reproductive Rights, *Pregnant women with HIV/AIDS: Protecting Human rights in programs to prevent mother-to-child transmission of HIV* (New York :

Center for Reproductive Rights, 2005) ; O. Ujiji, B. Rubenson, F. Ilako et al., « Is 'opt-out HIV testing' a real option among pregnant women in rural districts in Kenya? » *BMC Public Health* 11 (2011), pp. 151–159 ; E. Anigilaje, B. Ageda, et N. Nweke, « Barriers to uptake of prevention of mother-to-child transmission of HIV services among mothers of vertically infected HIV-seropositive infants in Makurdi, Nigeria, » *Patient Preference and Adherence* 10 (2016), pp. 57–72.

17. Organisation mondiale de la Santé, *Sexual health, human rights, and the law* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015).

18. Ibid.

19. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, Égypte, Sept. 5–13, 1994, UN Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1994).

20. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016).

21. Déclaration et Programme d'action de Beijing, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, Chine, 4-15 septembre, 1995, UN Doc. A/CONF.177/20 (1995) ; Conférence internationale sur la population et le développement : Beyond 2014 Review, New York, NY, États-Unis, 3 décembre 2012 – 22 septembre 2014.

22. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, A.G. Res. 34/180 (1979), art. 12(2) ; Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Considérations générales n° 24, Women and Health, UN Doc. CEDAW/C/1999/I/WG.II/WP.2/Rev.1 (1999), para 26.

23. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (voir note 22) ; Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observation générale n° 21, Égalité dans le mariage et les rapports familiaux (1994), para. 21 ; Center for Reproductive Rights, *Breaking ground 2015: Treating monitoring bodies on reproductive rights* (New York : Center for Reproductive Rights, 2015), pp. 1–23.

24. Comité d'évaluation des directives de l'OMS, *Lignes directrices sur la santé de ma mère, du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent* (Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2015).

25. Assemblée générale des Nations Unies, Transformer notre monde : Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, A.G. Res. 70/1, UN Doc. A/RES/70/1 (2015) ; Conseil économique et social des Nations Unies, Rapport du Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable, UN Doc. E/CN.3/2016/2/Rev.1 (2016), para. 19, 20, 755 ; voir aussi l'annexe IV, p. 48 ; Commission de statistique, décisions 1(d) (e) et (f), texte du rapporteur (2016). En ligne : https://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/Decisions_final_unedited.pdf.

26. Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir

note 25).

27. Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25) ; Déclaration et Programme d'action de Beijing (voir note 21) ; Comité d'évaluation des directives de l'OMS (voir note 24).

28. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la Santé, *Le droit à la santé – Fiche d'information n° 31* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008) ; Center for Reproductive Rights (2005, voir note 16).

29. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés – L'avortement* (2015). En ligne : http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_FR_WEB.pdf.

30. Ibid.

31. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (voir note 29) ; Center for Reproductive Rights, *At risk: Rights violations of HIV-positive women in Kenyan health facilities* (New York : Center for Reproductive Rights and Federation of Women Lawyers-Kenya, 2008) ; Averting HIV and AIDS (voir note 2) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25) ; Center for Reproductive Rights (2015, voir note 23) ; Comité d'évaluation des directives de l'OMS (voir note 24) ; Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Constatations adoptées par le Comité au titre de l'article 5(par. 4) du Protocole facultatif, concernant la communication n°. 2324/2013, *Mellet c. Irlande*, UN Doc. CCPR/C/116/D/2324/2013 (2013) ; Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Communication n° 22/2009, *L.C. c. Pérou*, UN Doc. CEDAW/C/D/22/2009 (2009).

32. Commission de statistique (voir note 25) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25) ; Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25).

33. Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25) ; Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25), cibles 1.4, 1.b, 2.2, 2.3, 2.3, 3.1, 3.7, 4.5, 4.a, 6.2, 8.5, 8.8, 10.2, 10.3, 11.2, 11.7.

34. Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25), para. 55.

35. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la Santé (voir note 28) ; Fonds des Nations Unies pour la population, *Comprehensive sexuality education: Advancing human rights, gender equality and improved sexual and reproductive health* (2010) ; Commission de statistique (voir note 25) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25) ; Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25).

36. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la Santé (voir note 28) ; Fonds des Nations Unies pour la population (voir note 35) ; Assemblée générale des Nations Unies, Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, UN Doc. A/61/338 (2006) ; Commission de statistique (voir note 25) ; Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25), para. 3, 8, 14, 20 ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25).

37. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la Santé (voir note 28) ; Fonds des Nations Unies pour la population (voir note 35) ; Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement (voir note 19) ; Déclaration et Programme d'action de Beijing (voir note 21).

38. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (voir note 22).

39. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la Santé (voir note 28) ; Fonds des Nations Unies pour la population (voir note 35) ; Comité d'évaluation des directives de l'OMS (voir note 24) ; Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25).

40. Fonds des Nations Unies pour la population (voir note 35) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25).

41. Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 4, La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant, UN Doc. CRC/GC/2003/4 (2003).

42. J. Santelli, S. Haerizadeh, et T. McGovern, « Research brief: Inclusion with protection: A framework for ethical research with adolescents » (UNICEF et Columbia University, 2016) ; Convention relative aux droits de l'enfant, A.G. Res. 44/25 (1989), art. 13.1.

43. Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, UN Doc. CRC/C/GC/20 (2016).

44. Center for Reproductive Rights (2008, voir note 31) ; Averting HIV and AIDS (voir note 2) ; Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25) ; Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25).

45. Déclaration et Programme d'action de Beijing Action (voir note 21), art. 95.

46. McGovern, « No risk no gain: Invest in women and girls by funding advocacy, organizing, litigation and work to shift culture, » *Reproductive Health Matters* 21/42 (2013), pp. 86–102 ; Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (voir note 2).

47. McGovern (2013, voir note 46) ; Organisation mondiale de la santé, *Health in 2015: From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals* (Geneva : Organisation mondiale de la santé, 2015) ; M. Ndulo, « African customary law, customs, and women's rights, » *Indiana Journal of Global Legal Studies* 18/1 (2011), pp. 1–35 ; L. Waldof, *Turning the tide: CEDAW and the gender dimensions of the HIV/AIDS pandemic* (New York : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, 2001) ; B. Meel, « Ethical issues related to HIV/AIDS: Case reports, » *Journal of Clinical Forensic Medicine* 12 (2005) pp. 149–152.

48. McGovern (2013, voir note 46) ; Organisation mondiale de la santé (2015, voir note 47) ; Center for Reproductive Rights (2005, voir note 16) ; UN System Task Team, *Addressing inequalities: The heart of the post-2015 agenda and the future we want for all thematic think piece*

(New York : UN System Task Team, 2012).

49. McGovern (2013, voir note 46) ; Organisation mondiale de la santé (2015, voir note 47) ; Center for Reproductive Rights (2005, voir note 16) ; Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (voir note 2) ; UN System Task Team (2012, voir note 48).

50. McGovern (2013, voir note 46) ; OMS (2015, voir note 47) ; Center for Reproductive Rights (2008, voir note 31) ; M. Moro-Coco et N. Raaber, *Getting at the roots: Re-integrating human rights and gender equality in the post-2015 development agenda* (Toronto : AWID, 2010) ; UN System Task Team (voir note 48).

51. McGovern (2013, voir note 46) ; Averting HIV and AIDS (voir note 2) ; OMS (2015, voir note 47) ; Moro-Coco et Raaber (voir note 50) ; UN System Task Team (voir note 48).

52. Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25).

53. Ibid., para. 3, 8, 10, 18, 19.

54. Ibid.

55. Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25).

56. Ibid., para. 32, 33 ; Conseil économique et social des Nations Unies, *The Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators: Update on the work to finalize the proposals for the global indicators for the Sustainable Development Goals* (2016), para. 13–15. En ligne : <https://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/BG-3-Update-finalize-proposals-for-SDG-global-indicators-E.pdf>.

57. Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25), para 3, 8, 14, 20.

58. Ibid., para. 55.

59. Conseil économique et social des Nations Unies (voir note 25).

60. Organisation mondiale de la Santé (2015, voir note 47).

61. Assemblée générale des Nations Unies (voir note 25).

62. Patton, S. Sawyer, J. Santelli, et al., « Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing, » *Lancet* 387 (2016), pp. 2423–2478.

63. Ibid., p. 2440.

64. Ndulo (voir note 47) ; P. Davies, « Marriage, divorce and inheritance laws in Sierra Leone and their discriminatory effects on women, » *Human Rights Brief* 12/3 (2005), pp. 17–20 ; Groupe de la Banque mondiale, *Women, business and the law 2016: Getting to equal* (Washington DC : Banque mondiale, 2016).

65. Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015).

66. Ibid.

