

**Conseil économique et social**Distr. générale  
18 septembre 2018Français  
Original : anglais**Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique**Examen à mi-parcours de la Déclaration ministérielle Asie-Pacifique  
sur la population et le développement

Bangkok, 26-28 novembre 2018

Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire\*

**Discussion thématique sur les questions émergentes  
et les lacunes dans la mise en œuvre du Programme  
d'action de la Conférence internationale sur la  
population et le développement, les principales  
mesures à prendre pour poursuivre la mise en  
œuvre et les recommandations de la Déclaration  
ministérielle Asie-Pacifique sur la population et le  
développement****Promotion de l'égalité des sexes et de l'accès de tous aux  
soins de santé sexuelle et procréative et aux droits en  
matière de procréation****Note du secrétariat***Résumé*

L'égalité des sexes et la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation occupent une place centrale dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et la Déclaration ministérielle Asie-Pacifique sur la population et le développement. Ils figurent également au premier plan du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en particulier dans les objectifs de développement durable qui visent à permettre à tous de vivre en bonne santé (objectif 3) et à parvenir à l'égalité des sexes (objectif 5). Cependant, l'égalité femmes-hommes et la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation sont des questions transversales essentielles pour la réalisation du développement durable en général. Le présent document donne un aperçu des statistiques et tendances relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, aux violences sexistes et aux pratiques préjudiciables. Il met également en évidence les liens avec l'objectif visant à parvenir à l'égalité des sexes.

**I. Introduction**

1. À la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, les États Membres ont affirmé que la réalisation de l'égalité des sexes et de l'égalité d'accès des femmes et des filles à la participation, aux opportunités, aux informations et aux services dépendait du plein exercice de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de procréation, et en était également la condition préalable. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 offrent un cadre global qui reprend les engagements devant être

---

\* ESCAP/APPC/2018/L.1.

respectés pour parvenir à l'égalité des sexes et promouvoir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation. La Déclaration ministérielle Asie-Pacifique sur la population et le développement, élaborée dans le cadre de l'examen après 20 ans de la mise en œuvre du Programme d'action et adoptée en 2013 à la sixième Conférence sur la population pour l'Asie et le Pacifique, définit des engagements globaux, conformément au Programme d'action.

2. Des progrès considérables et mesurables ont été accomplis grâce aux investissements réalisés dans la santé sexuelle et procréative au cours des vingt dernières années à l'échelle mondiale et régionale. Ces progrès sont toutefois compromis par la persistance des inégalités entre les sexes, l'insuffisance des investissements dans des services de santé sexuelle et procréative adaptés aux besoins et de qualité, et la réticence à s'attaquer aux problèmes liés à la sexualité et à la santé procréative de manière globale.

3. Bien que des progrès sans précédent aient été accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle dans la région Asie-Pacifique, 85 000 femmes y sont mortes en couches en 2015. Malgré les avancées considérables réalisées dans l'accès à la contraception, on estime que les besoins contraceptifs de 132 millions de femmes n'étaient pas satisfaits en 2017 dans la région. De profondes inégalités subsistent en matière d'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié et à des soins prénatals. L'accès limité aux services de santé et les défaillances des systèmes de protection dans les situations de crise humanitaire aggravent les vulnérabilités existantes aux maladies et aux décès liés à la grossesse ainsi qu'aux violences sexistes.

4. Parmi les progrès réalisés dans l'élimination des violences sexistes, on peut citer l'adoption de lois et le déploiement d'efforts visant à renforcer les capacités d'application du droit et l'accès aux services. Cependant, il reste des obstacles tels que le manque de services de qualité, des systèmes judiciaires inhospitaliers et des normes socioculturelles préjudiciables qui encouragent l'acceptation et la sous-déclaration des violences sexistes<sup>1</sup>. Les pratiques néfastes telles que le mariage d'enfants et la sélection fondée sur le sexe subsistent en raison de l'inégalité entre les sexes et de la valeur moindre accordée aux filles. Dans l'ensemble de la région, les femmes et les filles continuent d'être victimes de discriminations du fait de lois, de politiques et de pratiques qui portent également atteinte à leurs droits.

5. Le présent document donne un aperçu des progrès accomplis en Asie et dans le Pacifique dans la concrétisation des engagements pris dans le Programme d'action, la Déclaration ministérielle Asie-Pacifique et le Programme 2030. Il s'intéresse également aux liens entre les disparités femmes-hommes et les autres formes d'inégalité et de vulnérabilité, qui empêchent les femmes et les jeunes de jouir pleinement de leurs droits à la santé sexuelle et procréative dans l'ensemble de la région Asie-Pacifique.

## **II. Liens entre l'égalité des sexes et la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation**

6. Investir dans la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation permet de sauver des vies, de faire progresser l'égalité entre les sexes, d'améliorer la santé et le bien-être, d'aider les femmes à accéder à un enseignement de qualité et à trouver un emploi décent, d'accroître la productivité et les revenus des ménages et d'améliorer la santé et le bien-être

---

<sup>1</sup> Voir E/ESCAP/GEWE/1.

des enfants, ce qui contribue plus généralement à la réalisation des objectifs de développement. L'égalité des sexes est une condition préalable à la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, notamment le droit des individus et des couples à décider librement et en connaissance de cause du nombre d'enfants qu'ils souhaitent et de l'espacement des naissances.

7. Les inégalités dans la jouissance des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation sont liées aux disparités entre les sexes, qui les renforcent à leur tour. Souvent, les femmes sont victimes de discriminations sexistes qui aggravent d'autres inégalités, que ce soit sur le plan économique ou géographique ou au sein de certains groupes démographiques en particulier. La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale constituent autant d'obstacles majeurs à la pleine jouissance de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. Ces obstacles sont d'autant plus difficiles à surmonter que sont grandes les disparités sur le plan des richesses, de l'éducation et de la ruralité.

8. Les inégalités entre les sexes se manifestent par des violences à l'encontre des femmes et des filles et par des pratiques préjudiciables ; en outre, elles portent atteinte à leur droit de décider si elles souhaitent se marier, avec qui et quand, ainsi que de choisir si elles souhaitent être enceintes, et le moment et la fréquence de leurs grossesses. Le manque d'autonomie des femmes et des jeunes en matière de santé sexuelle et procréative se traduit par un taux de mortalité maternelle élevé, un grand nombre de grossesses non désirées et d'importants besoins non satisfaits en matière de contraception, ainsi que par des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et procréative, y compris à un avortement sans risque, lorsqu'il est légal, et à des soins après un avortement. Les mauvais résultats en matière de santé sexuelle et procréative limitent l'accès des femmes et des filles à l'éducation, à l'emploi et à la possibilité de gagner un revenu, et nuisent à leur capacité de participer à tous les aspects de la vie sur un pied d'égalité avec les hommes et les garçons.

9. Dans l'ensemble de la région Asie-Pacifique, les femmes et les filles continuent d'être victimes de disparités considérables en termes de représentation, de participation et d'accès à l'éducation et à l'emploi ; elles ont également plus de risques d'être pauvres et vulnérables. Elles ont moins de chances que les hommes d'achever leurs études secondaires et de trouver un emploi à plein temps dans la région<sup>2</sup>. En 2017, l'écart entre les hommes et les femmes sur les plans de la participation économique, du niveau de scolarité, de la santé et du bien-être, et de la participation à la vie politique s'élevait à 29,4 % en Europe de l'Est et en Asie centrale, à 32 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique, et à 34 % en Asie du Sud<sup>3</sup>.

10. Il est nécessaire de lutter contre les législations, les politiques et les pratiques discriminatoires et de réduire les déséquilibres dans les rapports de force entre les sexes pour protéger les femmes de la violence et garantir leur autonomie et leur capacité matérielles à prendre leurs propres décisions en matière de santé et de droits sexuels et procréatifs.

<sup>2</sup> *Inequality in Asia and the Pacific in the Era of the 2030 Agenda for Sustainable Development* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.18.II.F.13).

<sup>3</sup> Forum économique mondial, *The Gender Gap Report 2017* (Genève, 2017).

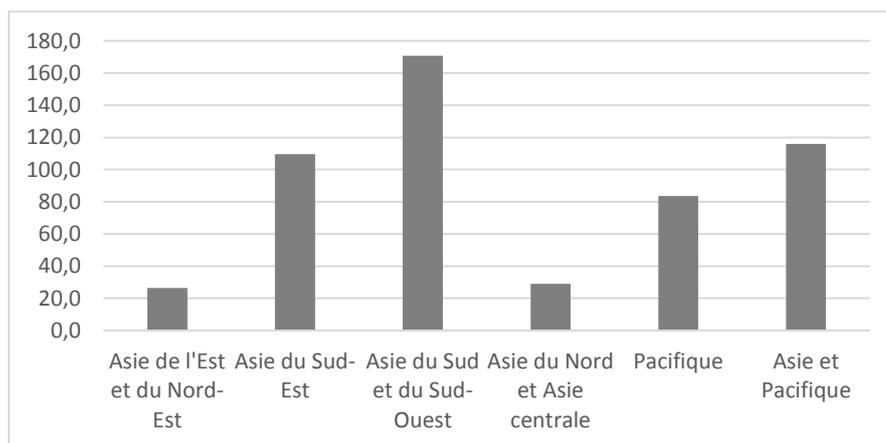
### III. Santé, services et droits en matière de sexualité et de procréation

#### A. Santé maternelle

11. La pauvreté et les inégalités entre les sexes ont une incidence considérable sur la santé maternelle. La pauvreté réduit l'accès déjà insuffisant aux services de santé maternelle et favorise la prestation de services inadaptés, inaccessibles et onéreux dans les zones pauvres et défavorisées. Les normes sexuelles privilégient le bien-être des hommes et des garçons et leur accès aux services de santé par rapport à celui des femmes et des filles, ce qui réduit encore davantage les choix et l'autonomie économiques des femmes. Les grossesses non désirées sont plus fréquentes chez les femmes et les filles rurales, pauvres et moins éduquées qui disposent d'un accès limité à des services de santé maternelle de qualité. Les filles issues de familles pauvres ont plus de risques de tomber enceinte à l'adolescence et ont moins accès à une assistance qualifiée à la naissance et aux soins prénatals. Les risques sanitaires liés à la grossesse nuisent à la capacité des femmes de s'occuper de leurs familles et de participer à la vie économique et sociale, et réduisent la capacité des ménages à surmonter les chocs économiques et environnementaux.

12. Des progrès sans précédent ont été accomplis durant l'ère des objectifs du Millénaire pour le développement : la mortalité maternelle a diminué de 61 % dans la région entre 2000 et 2015<sup>4</sup>. Malgré ces avancées, 85 000 femmes sont mortes en couches en Asie et dans le Pacifique en 2015, dont 75 % en raison de l'une des cinq principales causes évitables de la mortalité maternelle<sup>5</sup>. Comme le montre la figure I, l'Asie du Sud et du Sud-Ouest et l'Asie du Sud-Est ont enregistré les taux de mortalité maternelle les plus élevés.

Figure I  
**Mortalité maternelle par sous-région de l'Asie et du Pacifique, 2015**  
 (pour 100 000 naissances)



Source : base de données statistiques en ligne de la CESAP (à partir de la base de données mondiale relative aux indicateurs de suivi des objectifs de développement durable de la Division de statistique du Département des affaires économiques et sociales). Disponible à l'adresse suivante : [http://data.unescap.org/escap\\_stat/](http://data.unescap.org/escap_stat/) (consultée le 18 juin 2018).

<sup>4</sup> Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), Banque asiatique de développement et Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Making It Happen: Technology, Finance and Statistics for Sustainable Development in Asia and the Pacific – Asia-Pacific Regional MDGs Report 2014/15* (Bangkok, 2015).

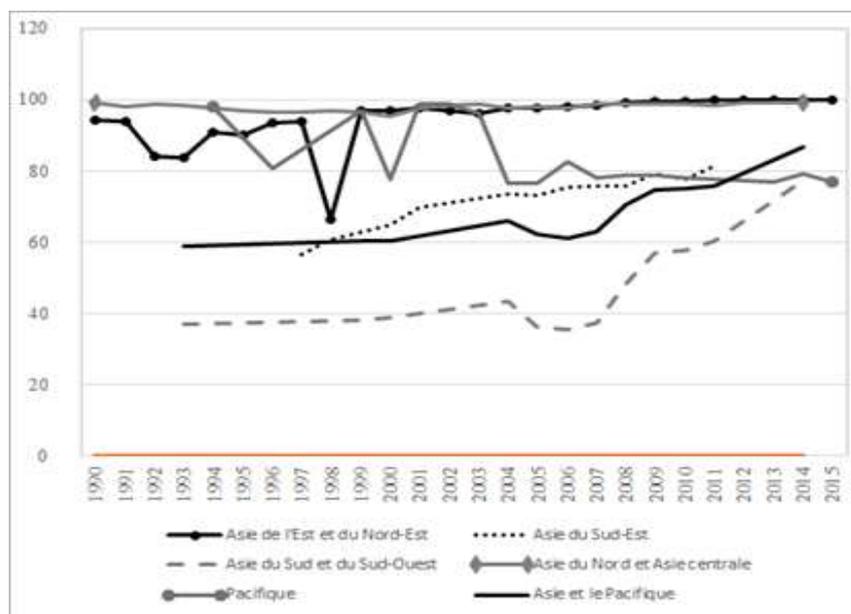
<sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division* (Genève, 2015).

13. En moyenne, il faudra réaliser des progrès à un rythme deux à trois fois plus rapide que la tendance actuelle pour atteindre la cible 3.1 des objectifs de développement durable, qui vise à faire passer le taux de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030<sup>6</sup>.

14. Les conflits et les catastrophes ont ralenti les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle. En Asie et dans le Pacifique, environ 4 % des femmes parmi les populations déplacées ou frappées par une catastrophe sont enceintes, et 15 % d'entre elles souffrent de complications liées à la grossesse<sup>7</sup>. La défaillance des systèmes de santé et l'accès limité aux services peuvent provoquer une hausse considérable du nombre de décès en raison de complications qui seraient faciles à traiter dans des conditions plus stables. De nombreuses femmes n'ont plus accès aux moyens de contraception, ce qui les expose à des risques de grossesse non désirée et de contracter le VIH ou des infections sexuellement transmissibles.

15. Il est nécessaire d'assurer la continuité des soins de santé de qualité pour réduire la mortalité maternelle évitable et améliorer la santé maternelle, y compris la présence de personnel qualifié pour prodiguer les soins prénatals et assister les accouchements dans des établissements de santé. Si l'accès à une assistance qualifiée à la naissance et aux soins prénatals s'est amélioré entre 1990 et 2014, on est encore loin de l'accès universel (figure II).

Figure II  
**Assistance qualifiée à la naissance par sous-région de l'Asie et du Pacifique, 1990-2014**  
(en pourcentage)



Source : base de données statistiques en ligne de la CESAP (à partir de la base de données mondiale relative aux indicateurs de suivi des objectifs de développement durable de la Division de statistique).

Note : les cellules vides ont été interpolées.

<sup>6</sup> Susan Nicolai et al., « Projecting progress: reaching the SDGs by 2030 » (Londres, Overseas Development Institute, 2015).

<sup>7</sup> Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), « Emergency preparedness and response in the Asia-Pacific region », février 2017.

16. Il y a d'importantes disparités au sein des pays, en particulier si l'on tient compte des différences entre zones urbaines et rurales et des inégalités de richesse : en Asie du Sud, par exemple, il y a une différence de couverture de 33 % entre les zones rurales (42 %) et les zones urbaines (75 %)⁸.

17. Le taux de couverture des soins prénatals (au moins quatre visites pendant la grossesse) est inégal dans la région. Entre 1990 et 2014, l'Asie du Sud-Est a enregistré une hausse de ce taux (qui est passé de 45 à 84 %), tandis que l'Asie du Sud prenait du retard en la matière (de 23 à 36 % seulement)⁹. Le taux de couverture varie considérablement d'un pays à l'autre : il va d'un niveau très faible en Afghanistan (23 %), au Bangladesh (31 %) et au Pakistan (37 %) à une couverture presque universelle en Thaïlande (91 %) et aux Fidji (94 %). Dans les pays de l'Asie du Nord et de l'Asie centrale, ce taux dépasse 90 %, à l'exception de l'Azerbaïdjan (66 %) et du Tadjikistan (52 %)¹⁰. D'importantes disparités subsistent entre les zones urbaines et rurales et entre les quintiles de richesse.

18. Il faut déployer de nouveaux efforts pour garantir la disponibilité de soins obstétricaux et néonataux d'urgence essentiels et complets qui soient accessibles et de qualité. Les fistules obstétricales continuent de constituer une importante cause de morbidité, de souffrance et d'isolement social pour les filles et les femmes, en particulier dans les pays de l'Asie du Sud, où d'importantes lacunes subsistent sur le plan de la disponibilité des services sanitaires et sociaux dans les zones rurales.

19. Le coût est un obstacle important au recours aux services de soins de santé maternelle, notamment les dépenses à la charge des patients et les frais de déplacement. Les coûts d'opportunité liés au fait de se faire soigner, y compris l'obligation de prendre des jours de congé au travail ou le fait de ne pas pouvoir exercer ses responsabilités de soin non rémunérées, empêchent également les femmes pauvres d'accéder aux services de santé maternelle. Ces obstacles sont d'autant plus importants que le coût des soins et les dépenses de santé à la charge des patients sont élevés dans la région Asie-Pacifique.

20. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont une cause majeure et évitable de mortalité et de handicap maternels. Sur les 53,8 millions de grossesses non désirées qui ont lieu chaque année en Asie selon les estimations, 35,5 millions (soit 65 %) se terminent par un avortement¹¹. En Océanie, il y a 4 000 grossesses non désirées par an, dont 1 520 (soit 38 %) sont interrompues volontairement. Le taux annuel moyen d'avortement pour la période allant de 2010 à 2014 est estimé à 36 pour 1 000 femmes en âge de procréer en Asie et à 19 pour 1 000 en Océanie.

⁸ Nations Unies, *The Millennium Development Goals Report 2015* (New York, 2015).

⁹ Ibid.

¹⁰ Base de données statistiques en ligne de la CESAP (à partir de la base de données mondiale relative aux indicateurs de suivi des objectifs de développement durable de la Division de statistique) (voir figure I).

¹¹ Institut Guttmacher, « Abortion in Asia: fact sheet », mars 2018.

21. L'interruption volontaire de grossesse est considérée comme sans danger lorsque : a) les méthodes recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé sont employées ; et b) ces méthodes sont pratiquées par du personnel qualifié ; elle est considérée comme peu dangereuse lorsque l'une ou l'autre seulement de ces conditions est remplie, et comme dangereuse lorsqu'aucune des deux n'est remplie. En Asie, les estimations indiquent que 62 % des avortements sont considérés comme sans danger, 30 % comme peu dangereux et 8 % comme dangereux.

22. Les avortements ont plus de risques d'être dangereux dans les contextes où ils sont très réglementés. Même lorsque l'avortement est légal, de nombreuses femmes rencontrent des obstacles pour avoir accès à des interventions légales et sans danger qui soient également peu coûteuses et accessibles. Ces obstacles sont notamment des difficultés à trouver des prestataires de soins qui pratiquent des avortements, la qualité médiocre des installations sanitaires, la méconnaissance de la légalité de l'avortement et la peur d'être stigmatisée à cause d'une interruption volontaire de grossesse, ce qui peut entraîner un isolement, un sentiment de honte et de culpabilité portant atteinte à la santé et au bien-être des femmes.

23. Environ 4,6 millions de femmes sont soignées pour des complications liées à l'avortement dans la région chaque année. En 2014, au moins 6 % de tous les décès maternels (5 400 décès) en Asie étaient dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Les femmes pauvres et qui vivent dans les zones rurales sont celles qui ont le plus de risques d'avoir recours à un avortement dangereux et de souffrir de graves complications. Il est nécessaire d'améliorer et d'élargir l'accès à des soins complets et de meilleure qualité après un avortement afin de réduire les maladies et les décès liés aux avortements dangereux.

24. Il existe un lien évident entre les besoins de contraception non satisfaits et l'avortement. La plupart des femmes qui interrompent leur grossesse le font parce qu'elles n'avaient pas choisi d'être enceintes. Les jeunes femmes en particulier sont très exposées au risque de grossesse non désirée, ce qui entraîne des taux élevés d'avortements dangereux. Il est indispensable de répondre aux besoins de contraception pour réduire le nombre de grossesses non désirées, et d'avortements ou de naissances non souhaitées qui s'ensuivent souvent.

## **B. Services de planification familiale**

25. L'exercice du droit à décider d'être enceinte ainsi que du moment et de la fréquence des grossesses est fondamental pour parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes. Les grossesses non désirées limitent les possibilités offertes aux femmes et aux filles sur le plan de l'éducation, de la participation civique et du progrès économique. Une fécondité plus faible peut allonger l'espérance de vie des femmes et leur permettre de saisir des opportunités économiques. Dans les familles moins nombreuses, les filles ont généralement un niveau de scolarité plus élevé, et on dépense davantage pour elles.

26. À l'échelle mondiale, près de 50 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ne peuvent prendre leurs propres décisions concernant les soins de santé, l'utilisation de moyens de contraception et les relations sexuelles, tandis qu'elles sont 31,5 % en Asie<sup>12</sup>. Les femmes qui subissent des violences familiales sont plus susceptibles de se déclarer incapables de négocier l'utilisation de moyens de contraception. Le recours à des contraceptifs en

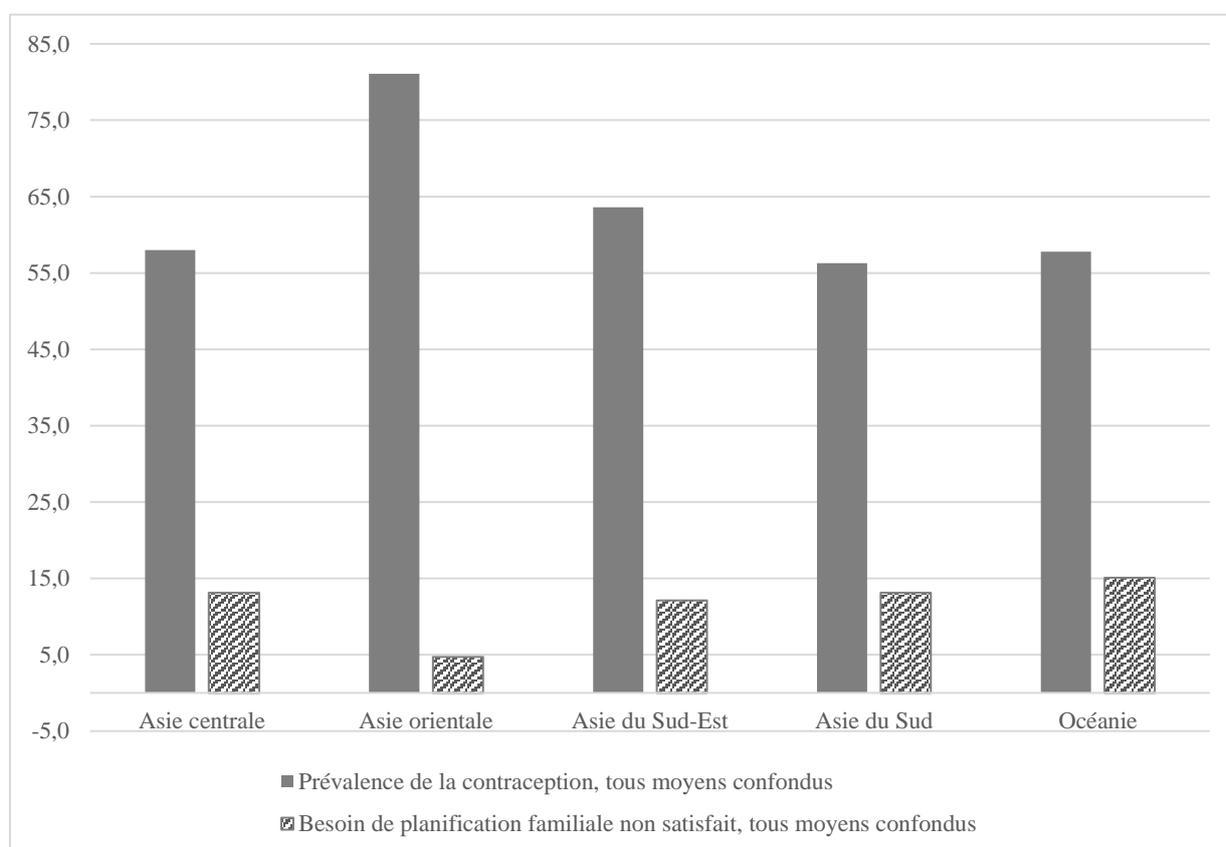
<sup>12</sup> *The Sustainable Development Goals Report 2017* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.17.I.7).

secret, du fait d'un manque d'autonomie et de pouvoir de décision, peut aussi exposer les femmes à un plus grand risque de subir des violences.

27. Si l'utilisation des moyens de contraception modernes s'est accrue depuis 1980 (plus de la moitié des femmes mariées et vivant en couple y ont recours), on estime que les besoins de 132 millions de femmes en matière de contraception n'étaient pas satisfaits en Asie et dans le Pacifique en 2017. La part des femmes dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits va de 4,7 % en Asie de l'Est à 15,1 % dans le Pacifique (figure III). C'est en Asie du Sud que l'on trouve le plus grand nombre de femmes au monde dont les besoins en matière de contraceptifs modernes ne sont pas satisfaits, en termes absolus (70 millions)<sup>13</sup>. Ces besoins sont largement sous-estimés, car les données disponibles ne concernent que les femmes mariées et en couple.

Figure III

**Estimations de la prévalence des moyens de contraception et des besoins en planification familiale non satisfaits en Asie et dans le Pacifique chez les femmes mariées et en couple âgées de 15 à 49 ans, estimations médianes, 2018**  
(en pourcentage)



Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, « Estimates and projections of family planning indicators 2018 ».

Note : les sous-régions indiquées ne correspondent pas aux sous-régions de la CESAP.

<sup>13</sup> Institut Guttmacher, « Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017 – fact sheet », décembre 2017.

28. En outre, bien que les besoins d'une femme en matière de contraception soient considérés comme « satisfaits » si elle emploie un moyen de contraception à un moment donné, cela ne signifie pas nécessairement qu'elle est capable de faire des choix en connaissance de cause. Dans les pays en développement, la stérilisation féminine et les dispositifs intra-utérins représentent plus de 60 % de l'ensemble des moyens employés<sup>14</sup>. Il faut investir davantage pour permettre aux femmes de faire des choix éclairés en matière de moyens de contraception dans la région. La disponibilité d'une gamme complète des contraceptifs et de services de qualité permettrait aux femmes et aux filles de passer à des moyens adéquats ou de commencer à les utiliser, selon leurs préférences en matière de fécondité, leur comportement sexuel et leur état de santé.

29. Répondre aux besoins de contraception non satisfaits en Asie permettrait de réduire de 75 % le nombre des grossesses non désirées (qui passerait de 52 à 13 millions), de 77 % le nombre des naissances non planifiées (de 13 à 3 millions) et de 75 % le nombre d'avortements (de 33 à 8 millions). Le plein accès aux moyens de contraception modernes, ainsi qu'aux soins pour toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, permettrait de réduire la mortalité maternelle de 72 % (de 90 000 à 25 000 décès par an) et la mortalité néonatale de 77 % (de 1,5 million à 328 000). En plus de permettre aux femmes d'exercer leur droit à l'information et aux services et de faire leurs propres choix autonomes concernant leur fécondité, cela entraînerait également une amélioration du niveau de scolarité, de la participation au marché du travail et des revenus des femmes, ainsi qu'une hausse de l'épargne et des avoirs des ménages.

### C. VIH et autres maladies sexuellement transmissibles

30. C'est en Asie et dans le Pacifique que l'on trouve le deuxième plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit environ 5,1 millions en 2016. La Chine, l'Inde et l'Indonésie représentent environ 75 % du nombre total des personnes vivant avec le VIH, et 70 % des nouvelles infections. La couverture thérapeutique a plus que doublé entre 2010 et 2017 – ce qui a fait diminuer de 30 % le nombre de décès liés au VIH/SIDA – mais elle est toujours inférieure à la moyenne mondiale (53 %)<sup>15</sup>. En 2017, la part des femmes enceintes ayant accès aux traitements permettant de prévenir la transmission de la mère à l'enfant était de 46 %, soit bien au-dessous de la moyenne mondiale (76 %)<sup>16</sup>.

31. En 2016, on a estimé à 280 000 le nombre de nouvelles infections à VIH en Asie et dans le Pacifique. Les progrès accomplis dans la réduction des nouvelles infections se sont ralentis au cours des dernières années, et certains pays connaissent des épidémies naissantes. Si le nombre des nouvelles infections à VIH s'est réduit de 13 % entre 2010 et 2016, le rythme de cette diminution est bien trop lent pour atteindre les objectifs arrêtés et enrayer l'épidémie d'ici à 2030<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> FNUAP, *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges* (New York, 2016).

<sup>15</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *UNAIDS Data 2017* (Genève, 2017).

<sup>16</sup> ONUSIDA, *Snapshots: HIV Epidemic in Asia and the Pacific* (Bangkok, 2017).

<sup>17</sup> ONUSIDA, *UNAIDS Data 2017*.

32. La majorité des nouvelles infections à VIH concernent les populations clés à haut risque d'exposition, notamment les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les prisonniers, et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les populations clés sont souvent extrêmement stigmatisées et, dans certains pays, victimes de poursuites pénales, ce qui empêche de prendre des mesures efficaces contre le VIH. Plus de 23 pays ont entrepris de mener des consultations ou des examens nationaux sur leurs législations et leurs politiques en vue de remédier aux obstacles juridiques et politiques qui entravent l'adoption d'actions efficaces de lutte contre le VIH.

33. À l'échelle mondiale, le VIH est l'une des principales causes de décès des femmes en âge de procréer. Les normes sociales préjudiciables, les inégalités entre les sexes, la pauvreté et la violence accroissent le risque d'exposition des femmes aux rapports sexuels non protégés. Le rapport de force déséquilibré entre les hommes et les femmes empêche ces dernières d'avoir accès aux préservatifs et d'insister pour s'en servir. En Asie et dans le Pacifique, les femmes représentent 35 % des adultes vivant avec le VIH<sup>18</sup>. Dans les pays où l'épidémie existe depuis longtemps, tels que le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande, les partenaires féminines des hommes à haut risque d'exposition au VIH commencent à constituer un large groupe de personnes vivant avec le VIH<sup>19</sup>.

34. Les femmes vivant avec le VIH et les populations féminines clé sont souvent victimes de discriminations et affichent des taux excessivement élevés de grossesse non désirée. La prestation de services spécialisés dans le VIH est un moyen important de répondre aux besoins des femmes en matière de VIH et de santé sexuelle et procréative de manière générale. Il existe également une importante corrélation entre les violences sexistes et le VIH. Ce type de violence est à la fois une cause et une conséquence du VIH ; il accroît le risque d'infection à VIH et il découle de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et des discriminations à leur encontre.

35. En 2015, 207 millions de nouveaux cas d'infection sexuellement transmissible curable ont été enregistrés dans le Pacifique occidental et en Asie du Sud-Est, soit près de 60 % des nouvelles infections sexuellement transmissibles à l'échelle mondiale<sup>20</sup>. L'insuffisance des données relatives à ce type d'infection et le manque de régularité des déclarations compromettent l'efficacité des mesures prises en la matière. En l'absence de traitement, les infections sexuellement transmissibles augmentent le risque de transmission du VIH et entraînent des complications telles que l'infertilité, des grossesses extra-utérines, des avortements spontanés, des décès intra-utérins et des infections congénitales. Il a été prouvé que l'infection à papillomavirus humain est une cause de développement du cancer du col de l'utérus. Malgré les progrès accomplis, la syphilis maternelle continue d'avoir un grand nombre de conséquences graves, même chez les femmes bénéficiant de soins prénatals. La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles s'appuient en grande partie sur les mesures de lutte contre le VIH. Étant donné les taux élevés d'infection sexuellement transmissible dans la région, en particulier dans le Pacifique, il est essentiel d'apporter une attention particulière à ce type d'infection pour la population générale.

<sup>18</sup> ONUSIDA, *Snapshots: HIV Epidemic in Asia and the Pacific* (Bangkok, 2016).

<sup>19</sup> Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), « Policy and programme guidance : HIV and gender-based violence – preventing and responding to linked epidemics in Asia and the Pacific Region » (Bangkok, 2016).

<sup>20</sup> OMS, *Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2015* (Genève, 2016).

36. L'intégration des services de prévention du VIH, notamment de conseil et de dépistage volontaires, dans les services de soins de santé sexuelle et procréative peut faire augmenter les dépistages volontaires du VIH et mieux faire comprendre les risques de contracter le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles.

#### **D. Santé et droits des jeunes en matière de sexualité et de procréation**

37. La région compte environ 690 millions d'adolescents et de jeunes âgés de 15 à 24 ans. L'accès aux médias, les taux d'urbanisation élevés et la mondialisation contribuent à transformer les valeurs, normes et comportements sexuels des jeunes, souvent à contresens des attitudes socioculturelles traditionnelles en ce qui concerne les relations sexuelles avant le mariage. Une part considérable des jeunes de la région sont sexuellement actifs, et un nombre croissant d'entre eux ont des relations sexuelles avant le mariage. Pourtant, celles-ci continuent de faire l'objet d'importants tabous culturels et normes sexuelles préjudiciables. On attache toujours une très grande importance à la chasteté et à la virginité des femmes jusqu'au mariage, ce qui contribue à rendre honteuses et à stigmatiser les activités sexuelles préconjugales, et à empêcher les jeunes femmes non mariées d'avoir accès aux informations et aux services. Les points de vue traditionnels sur le comportement sexuel des adolescents expliquent la réticence des personnels soignants à fournir des informations ou des services aux jeunes.

38. De nombreux jeunes de la région ne disposent pas des connaissances et de l'expérience nécessaires pour négocier des relations sans risque et consensuelles et surmonter les obstacles à l'accès aux services et aux produits dont ils ont besoin pour éviter les pratiques sexuelles à risque et leurs conséquences. Par conséquent, ils sont exposés à des risques de grossesse précoce et non désirée, d'avortement dans des conditions dangereuses, d'infection sexuellement transmissible et de VIH. Ces risques sont d'autant plus grands pour les jeunes issus de familles pauvres et qui sont marginalisés en raison de leur appartenance ethnique, de leur handicap, de leur statut migratoire, de leur sexualité ou de leur identité sexuelle, entre autres facteurs.

39. Une part importante des adolescentes et des jeunes femmes déclarent avoir été victimes de violences physiques et sexuelles, notamment de rapports sexuels forcés, ce qui accroît le risque de conséquences néfastes telles qu'une grossesse précoce et non désirée, un avortement dans des conditions dangereuses, une infection sexuellement transmissible ou le VIH<sup>21</sup>. Les adolescentes qui sont victimes de rapports sexuels forcés sont moins susceptibles d'utiliser des préservatifs ou d'autres formes de contraception lors de futurs rapports sexuels.

##### **1. Grossesses précoces**

40. Malgré une baisse de 40 % du nombre de grossesses chez les adolescentes en Asie du Sud, ce qui témoigne d'une réduction du nombre de mariages d'enfants, le taux de grossesse précoce dans la région n'a globalement que peu diminué au cours des 20 dernières années. De fait, plusieurs pays de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique enregistrent une hausse du taux de grossesse précoce, contrairement à la tendance mondiale<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> FNUAP, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et OMS, *Sexual and Reproductive Health of Young People in Asia and the Pacific: A Review of Issues, Policies and Programmes* (Bangkok, FNUAP, 2015).

<sup>22</sup> FNUAP, *Universal Access to Reproductive Health*.

41. En 2015, dans l'ensemble de la région Asie-Pacifique, 5,2 millions d'enfants sont nés de mères adolescentes, dont la plupart n'étaient pas mariées. Le taux de natalité chez les adolescentes dans la région est de 30,6 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes. Les taux de grossesse précoce les plus élevés sont actuellement enregistrés en Asie du Sud-Est, où ils atteignent 47 naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans<sup>23</sup>. Sur l'ensemble des grossesses précoces dans la région, 43 % sont non désirées<sup>24</sup>, ce qui contribue à un nombre très élevé d'avortements dans des conditions dangereuses, souvent sous-déclarés.

42. À l'âge de 18 ans, une fille sur sept a donné naissance à un enfant et plus d'un tiers des filles sont mariées dans la région. Si la majorité des grossesses précoces continuent de concerner les adolescentes mariées, jusqu'à 25 % des premiers enfants dont les mères avaient moins de 20 ans en Asie avaient été conçus avant le mariage, ce qui semble indiquer que les grossesses préconjugales contribuent aux mariages et aux unions précoces de nombreuses adolescentes.

43. Les grossesses précoces ont non seulement d'importantes conséquences sur la santé, mais aggravent également les inégalités entre les sexes, car elles poussent souvent les filles à abandonner l'école, ce qui réduit leurs perspectives de revenus et les enferme dans un engrenage de pauvreté. Il peut être utile de lutter contre la stigmatisation et les normes sociales discriminatoires relatives à la sexualité adolescente, surtout pour les filles, ainsi que d'établir un environnement juridique et politique permettant aux adolescents sexuellement actifs d'accéder aux informations et aux services nécessaires pour préserver leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation, afin de réduire les taux de grossesse précoce et de s'assurer que les jeunes femmes ont accès à l'éducation et à l'emploi.

## 2. Accès à la contraception

44. On estime que 6,3 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont un besoin de contraception non satisfait en Asie et dans le Pacifique. Le taux de prévalence de la contraception chez les filles mariées est de 22 % ; 16 % d'entre elles seulement utilisent des moyens contraceptifs modernes ; et 24 % ont un besoin de contraception non satisfait. Si l'utilisation des contraceptifs est plus élevée chez les adolescentes sexuellement actives non mariées (41 %), seules 21 % d'entre elles ont recours à des moyens modernes et 6 % seulement utilisent des méthodes efficaces. Les pays de l'Asie du Sud et les îles du Pacifique enregistrent des taux de prévalence de la contraception particulièrement faibles, surtout chez les filles âgées de 15 à 19 ans, et d'importants besoins de contraception non satisfaits par rapport à l'Asie de l'Est et du Sud-Est. En Asie et dans le Pacifique, on estime que 50 % des filles sexuellement actives non mariées (de 15 à 19 ans) n'ont pas accès à un moyen de contraception<sup>25</sup>.

45. Les facteurs qui déterminent l'accès des jeunes à la contraception varient d'une sous-région à l'autre, et en fonction de l'état civil. Par exemple, la faiblesse du taux de prévalence de la contraception chez les jeunes femmes mariées en Asie du Sud est liée à la prévalence du mariage d'enfants, à la pression sociale en faveur d'une grossesse tôt après le mariage et au fait que

<sup>23</sup> Population Reference Bureau, « 2017 world population data sheet with a special focus on youth » (Washington, D.C., 2017).

<sup>24</sup> Jacqueline E. Darroch et al., « Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents – report », Institut Guttmacher, mai 2017.

<sup>25</sup> FNUAP, *Universal Access to Reproductive Health*.

les jeunes filles mariées ne disposent pas des informations, du pouvoir et des moyens nécessaires pour prendre des décisions éclairées en matière de procréation.

### **3. Accès aux services et aux informations concernant la santé sexuelle et procréative**

46. La plupart des pays de la région ont adopté des lois et des politiques nationales qui portent sur la santé sexuelle et procréative des jeunes, notamment par l'établissement de programmes nationaux de santé sexuelle et procréative axés sur les droits fondamentaux. Certains pays ont également adopté une législation qui reconnaît explicitement la capacité croissante des jeunes à prendre des décisions de manière indépendante concernant leur propre santé. Toutefois, il existe des cas de lois et de politiques qui empêchent l'accès aux services – par exemple, pour les personnes non mariées – ou qui exigent le consentement des parents pour les moins de 18 ans.

47. L'âge légal minimum à partir duquel les jeunes peuvent avoir des relations sexuelles, se marier et avoir accès à un traitement médical varie considérablement d'un pays à l'autre, et n'est pas le même pour les jeunes hommes et les jeunes femmes. Si les législations concernant l'âge du consentement aux relations sexuelles sont importantes pour protéger les jeunes de l'exploitation et des violences sexuelles, elles doivent être rédigées de manière à ne pas dissuader ceux qui ont des relations sexuelles consensuelles d'égal à égal d'avoir recours aux services pertinents. Par exemple, dans certains pays, les relations sexuelles entre adolescents du même âge ne sont pas un délit, conformément aux recommandations du Comité des droits de l'enfant dans son observation générale n° 20 (2016) sur la mise en application des droits de l'enfant pendant l'adolescence.

48. Presque tous les pays ont adopté des politiques nationales qui proposent des services de santé adaptés aux besoins des adolescents, offrant des soins de qualité accessibles, adéquats et acceptables pour les jeunes, et la plupart ont établi ou sont en train d'établir des normes nationales relatives à la prestation de services de santé pensés pour les jeunes. À ce jour, cependant, ces services sont peu développés et la couverture est faible en raison de divers facteurs tels que l'insuffisance des budgets, la médiocrité des infrastructures matérielles et le manque d'intimité, l'inadéquation de la formation des personnels soignants et le manque de supervision favorable, et la connaissance limitée de l'existence de ces services chez les jeunes. Ces derniers disposent rarement d'espèces pour payer les dépenses à la charge du patient et sont assez peu libres d'accéder à ces services sans la présence de leurs parents.

49. Il a été démontré qu'une éducation sexuelle complète – fondée sur une méthode d'enseignement adaptée à l'âge, pertinente culturellement qui fournisse des informations scientifiquement prouvées, réalistes et impartiales sur la sexualité et les relations – accroît les connaissances et renforce l'estime de soi, transforme les attitudes et les comportements, et favorise l'établissement de relations plus équitables entre les sexes. Les programmes qui tiennent compte de la problématique femmes-hommes et du rapport de force entre les sexes sont cinq fois plus efficaces que les autres. Les jeunes qui reçoivent une éducation sexuelle complète de qualité ont plus de chances de retarder leur premier rapport sexuel, d'utiliser des préservatifs et des moyens de contraception et ont des taux plus faibles d'infection à maladies sexuellement transmissibles et à VIH, ainsi que de grossesse non désirée, et ont moins de risques d'être victimes de violences familiales.

50. Étant donné que les jeunes qui sont victimes de discriminations et de maltraitements ont de plus grands risques d'être défavorisés en matière de santé sexuelle et procréative, il faut veiller plus particulièrement à ce que l'éducation sexuelle complète s'attaque aux normes sociales et sexuelles discriminatoires, et qu'elle tienne compte des droits de tous les jeunes et de leur réalité quotidienne.

51. En matière d'éducation sexuelle complète, il existe encore un décalage considérable entre les politiques adoptées et leur mise en œuvre. D'après un examen mené dans 11 pays asiatiques, les stratégies de communication à l'intention des adolescents et des jeunes déscolarisés continuent de constituer un défi majeur<sup>26</sup>. Il est essentiel d'accroître l'investissement dans la mise en œuvre d'une éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge qui permette de transformer les rapports entre les sexes et qui soit fondée sur des compétences pratiques, à l'école et en dehors, pour promouvoir la santé et les droits des jeunes en matière de sexualité et de procréation ainsi que l'égalité des sexes et les relations non violentes et respectueuses.

## **E. Violences sexistes et pratiques préjudiciables**

### **1. Violences sexistes**

52. Les violences faites aux femmes et aux filles sont profondément ancrées dans les inégalités entre les sexes et constituent une violation grave de leurs droits fondamentaux. Les femmes ont beaucoup plus de risques d'être victimes de violences au sein du couple que d'autres types de violence<sup>27</sup>. En 2014, la prévalence des violences au sein du couple était de 43 % en Asie du Sud et de 30 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique<sup>28</sup>. Selon les pays, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple qui ont déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles commises par leur partenaire au cours de leur vie va de 15 à 68 %. Le Pacifique enregistre des taux de violence au sein du couple particulièrement élevés.

53. Bien que la grande majorité des violences sexistes soient infligées aux femmes et aux filles, les hommes et les garçons en sont également victimes, en particulier dans l'enfance. Les hommes ayant subi des violences dans leur enfance sont plus susceptibles d'être violents avec des femmes plus tard dans leur vie. Les personnes qui ne se conforment pas aux normes sociales s'appliquant à l'orientation et à l'identité sexuelles sont souvent victimes de violences et nombre d'entre elles font l'objet de poursuites judiciaires. Dans les situations d'urgence, de conflit ou de catastrophe naturelle, le risque de violence, d'exploitation et de maltraitance est accru, en particulier pour les femmes et les filles.

54. La violence a d'importantes conséquences sur la santé et les droits des femmes et des adolescentes en matière de sexualité et de procréation. Les femmes victimes de violences sont moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé, y compris aux soins de santé maternelle, et ont moins de chances de pouvoir négocier leurs relations sexuelles, notamment pour se protéger du VIH et des maladies sexuellement transmissibles et utiliser des contraceptifs. La violence au sein du couple commence souvent dès le début de la relation et se poursuit pendant la grossesse, ce qui a de graves conséquences sur la santé et le bien-être de la mère aussi bien que de l'enfant.

<sup>26</sup> Centre Asie-Pacifique de documentation et de recherche pour les femmes, *Comprehensive Sexuality Education (CSE) in Asia: A Regional Brief* (Kuala Lumpur, 2018).

<sup>27</sup> FNUAP, « Violence against women: regional snapshot (2017) – kNOWVAWdata violence against women prevalence map in Asia-Pacific » (Bangkok, 2017).

<sup>28</sup> Jeni Klugman, « Gender based violence and the law: World Development Report background paper » (Washington, D.C., Banque mondiale, 2017).

En outre, le cycle de la violence débute dans l'enfance – et même pendant la grossesse – et a des répercussions sur toute la durée de la vie. Il est essentiel de favoriser l'égalité des sexes et de lutter contre les violences sexistes et les pratiques préjudiciables pour promouvoir la santé et les droits des femmes en matière de sexualité et de procréation.

55. La majorité des pays de la région ont adopté des lois pour réprimer les violences faites aux femmes, notamment les violences sexuelles. Si la plupart des pays de la région interdisent les violences familiales, nombre d'entre eux ne protègent pas les femmes de la violence au sein des couples non mariés ou ne tiennent pas compte de certaines formes de violence telles que le harcèlement sexuel et le viol conjugal. Cinq pays de l'Asie du Sud ont mis en place des législations contre les violences physiques, sexuelles et psychologiques, et quatre d'entre eux luttent également contre la violence économique. Dans 17 pays de l'Asie de l'Est et du Pacifique, 74 % des femmes ne sont pas protégées des violences sexuelles et 76 % de la violence économique. Des réformes sont nécessaires pour s'assurer que la législation interdise toutes les formes de violence et offre une protection contre la violence au sein des couples non mariés.

56. La bonne mise en œuvre de la législation est freinée par une connaissance limitée des lois en vigueur ; les obstacles au signalement des violences ; des préjugés, un manque de réactivité ou une faiblesse des capacités des services de police ; et des systèmes juridiques et des tribunaux ne tenant pas compte des besoins des victimes ou des survivants<sup>29</sup>. Il faut s'efforcer d'améliorer la connaissance des lois contre les violences sexistes et de lever les obstacles qui entravent l'accès à la justice.

57. Il faut prendre des mesures globales et multisectorielles pour aider efficacement les survivants de violences, notamment en fournissant des services juridiques, psychosociaux, sanitaires et sociaux. Le secteur de la santé a un rôle unique à jouer pour apporter des solutions multisectorielles efficaces. C'est aux personnels de santé que les femmes qui ont été victimes de violences font le plus confiance pour signaler une maltraitance<sup>30</sup>. La plupart des pays de la région ont adopté des mesures dans le secteur de la santé pour lutter contre les violences sexistes, bien qu'il y ait d'importantes différences dans l'ampleur, le champ d'application, le nombre et la qualité des actions menées, et que le niveau d'intégration atteint par les systèmes de santé nationaux des pays reste inégal. Il est nécessaire de renforcer les capacités des systèmes de santé et des prestataires de soins pour lutter efficacement contre les violences sexistes, notamment en menant des dépistages systématiques et en améliorant l'orientation. Il faut élargir la disponibilité et l'accessibilité d'un ensemble complet de services de soins pour les victimes de viol.

58. La prévalence de la violence varie au sein des communautés, des pays et des régions et entre eux, ce qui montre qu'elle n'est pas inévitable et qu'il est possible de la prévenir. Pour ce faire, il est essentiel de s'attaquer aux causes profondes de la violence, notamment les normes et pratiques sociales et sexuelles préjudiciables qui permettent aux hommes d'exercer leur pouvoir et leur contrôle sur les femmes, et qui tolèrent, justifient ou excusent la violence et les inégalités entre les sexes.

<sup>29</sup> Klugman, « Gender based violence and the law » ; et Eileen Skinnider, Ruth Montgomery et Stephanie Garrett, *The Trial of Rape: Understanding the Criminal Justice System Response to Sexual Violence in Thailand and Viet Nam* (Bangkok, ONU-Femmes, PNUD et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2017).

<sup>30</sup> ONU-Femmes et al., « Module 2: health dans Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence » (New York, 2015).

59. L'intensification des efforts déployés dans le domaine de la prévention des violences sexistes a été lente, en dépit des preuves de plus en plus nombreuses de l'efficacité des programmes. De récentes études sur les méthodes ayant fait leurs preuves en matière de prévention des violences sexistes montrent que les interventions à composantes multiples sont les plus efficaces, y compris les activités de groupe, le dialogue entre couples, parents et enfants, et la combinaison de méthodes telles que les programmes de lutte contre les normes sexuelles préjudiciables, l'enseignement collectif, la sensibilisation des hommes et des garçons, et l'autonomisation économique.

60. Il existe des liens forts entre la violence faite aux femmes et la violence contre les enfants, notamment des facteurs de risque communs, des normes sociales communément acceptées, la reproduction de la violence au sein d'une même famille et le cycle intergénérationnel de la maltraitance. L'adolescence est un âge clé pour lutter contre ces violences. Il est essentiel de concentrer les mesures de prévention sur les adolescents afin de remettre en question les normes sexuelles, de renforcer les capacités des filles, d'aider les jeunes à nouer des relations saines et de permettre aux adolescentes d'attendre l'âge adulte pour avoir leur premier rapport sexuel, se marier, vivre en couple ou avoir des enfants<sup>31</sup>. À cette fin, il faut notamment investir dans une éducation sexuelle complète qui traite des relations et du rapport de force entre les sexes, puisqu'il a été établi que cela peut aider à réduire les risques de relations violentes chez les jeunes.

## 2. Pratiques préjudiciables

61. Les mariages d'enfants forcés et arrangés sont une conséquence et un facteur de l'inégalité entre les sexes. Il s'agit d'une grave violation des droits fondamentaux des filles qui a d'importantes conséquences sur leur santé et leur bien-être, notamment un risque accru de grossesse précoce, de morbidité et de mortalité maternelles et de violence sexiste, ainsi qu'une réduction du niveau de scolarité des filles, de leur accès à l'emploi et de la possibilité de gagner un revenu.

62. À l'échelle mondiale, la majorité des femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées avant l'âge de 18 ans vivent en Asie du Sud. Parmi les femmes de l'Asie du Sud âgées de 20 à 24 ans, 30 % ont été mariées avant l'âge de 18 ans, et 8 % avant 15 ans<sup>32</sup>. La prévalence du mariage d'enfants est en diminution, mais du fait de la croissance démographique, le nombre total d'enfants mariées continue d'augmenter. Au cours de la dernière décennie, le risque qu'une fille soit mariée dans son enfance s'est réduit de plus d'un tiers en Asie du Sud, bien que cette sous-région affiche toujours un taux deux fois supérieur aux autres en la matière<sup>33</sup>. En Asie du Sud, 19 % des filles âgées de 15 à 19 ans sont mariées ou en couple, contre 6 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique. Les projections montrent que les progrès actuels doivent être multipliés par quatre pour parvenir à éliminer le mariage d'enfants d'ici à 2030<sup>34</sup>.

<sup>31</sup> Emma Fulu, Sarah McCook et Kathryn Falb, « What Works evidence review: intersections of violence against women and violence against children », What Works to Prevent Violence, septembre 2017.

<sup>32</sup> Base de données de l'UNICEF. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org> (consultée en mai 2018).

<sup>33</sup> FNUAP, UNESCO et OMS, *Sexual and Reproductive Health of Young People in Asia and the Pacific*.

<sup>34</sup> Nicolai et al., « Projecting progress ».

63. De nombreux pays ont fixé à 18 ans l'âge minimum légal pour le mariage des filles, mais de nombreux pays autorisent également des filles plus jeunes à se marier avec le consentement de leurs parents ou d'un tribunal<sup>35</sup>. Une récente analyse des législations relatives au mariage d'enfants a montré que près de 60 millions de filles âgées de 10 à 17 ans ne bénéficiaient d'aucune protection légale contre le mariage d'enfants dans la région en 2017<sup>36</sup>. Même lorsque des législations sont en vigueur, elles ne suffisent pas à mettre fin à cette pratique, car de nombreuses filles sont mariées illégalement. Par exemple, en 2017, 77 % de tous les mariages d'enfants en Asie du Sud étaient illégaux.

64. On observe différentes situations en matière de mariage précoce et de mariage d'enfants dans la région. Les mariages d'enfants arrangés et forcés sont prévalents en Asie du Sud, tandis que les relations consensuelles entre adolescents – ou mariages dits « d'amour » – et les unions informelles sont plus courantes en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique. Jusqu'à 25 % des mariages d'enfants en Asie sont précédés par une grossesse. Il est essentiel de prendre des mesures pour promouvoir les relations sexuelles protégées et consensuelles, prévenir les grossesses chez les adolescentes et donner à celles-ci les moyens de faire leurs propres choix en matière de sexualité et de procréation afin de réduire à la fois les mariages d'enfants et les grossesses précoces.

65. L'éducation est un facteur de protection important contre le mariage des enfants, et les politiques qui encouragent les filles à achever leurs études secondaires peuvent contribuer à réduire les mariages précoces. Il a été démontré que les méthodes fondées sur l'autonomisation des filles, qui leur permettent d'accéder aux informations, aux compétences et aux structures d'appui nécessaires pour favoriser l'amélioration de leur propre statut et de leur bien-être sont plus efficaces que les méthodes économiques qui consistent à offrir des incitations ou des perspectives économiques aux familles pour compenser le coût de l'éducation des filles et les dissuader de marier leurs filles. Une éducation sexuelle complète et l'accès aux services de santé sexuelle et procréative font partie des mesures clés permettant de prévenir les grossesses précoces, qui sont l'une des causes du mariage des enfants.

66. Les mutilations génitales féminines constituent une violation des droits de l'homme et une forme extrême de discrimination envers les femmes. Elles sont associées à un certain nombre de complications, notamment des hémorragies, des infections, et des complications lors de l'accouchement. Si ce type de mutilations n'est pas courant dans la région, des éléments semblent indiquer qu'elles deviennent plus fréquentes, en raison à la fois de leur médicalisation et d'une hausse du conservatisme et de l'extrémisme. L'Indonésie et la Malaisie enregistrent de forts taux de prévalence des mutilations génitales féminines. On les observe également en Inde et à Sri Lanka, chez certains groupes démographiques particuliers. En Indonésie, près de 50 % des filles de moins de 12 ans ont été victimes d'une forme de mutilation génitale, et environ trois filles sur quatre ont subi une telle intervention avant l'âge de six mois<sup>37</sup>. Une étude conduite dans une zone rurale du nord de la Malaisie a révélé un taux de prévalence de 93 % des mutilations génitales chez un groupe de femmes musulmanes malaises<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> Quentin Wodon et al., « Ending child marriage: child marriage laws and their limitations » (Londres, Save the Children ; Washington, D.C., Banque mondiale, 2017).

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> UNICEF, « Statistical profile on female genital mutilation/cutting: Indonesia », février 2016.

<sup>38</sup> Abdul Khan Rashid, Sapna P. Patil et Anita S. Valimalar, « The practice of female genital mutilation among the rural Malays in north Malaysia », *Internet Journal of Third World Medicine*, vol. 9, n° 1 (2009).

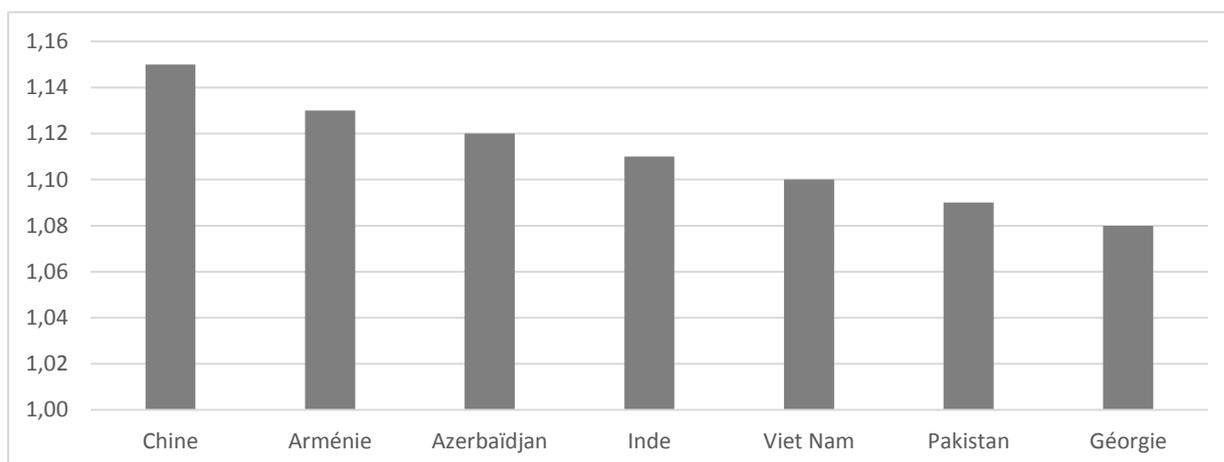
67. On constate qu'un nombre croissant de pays de la région pratique la sélection fondée sur le sexe, puisque le ratio garçons-filles à la naissance y est supérieur au ratio naturel de 1,07 garçon pour une fille, ce qui traduit une inégalité entre les sexes et une préférence pour les fils.

68. Les données récentes montrent un ratio garçons-filles en faveur des garçons de 1,15 en Chine, de 1,13 en Arménie, de 1,12 en Azerbaïdjan, de 1,11 en Inde et de 1,1 au Viet Nam (figure IV). Lorsque la sélection fondée sur le sexe est pratiquée, elle a tendance à être concentrée dans une même zone géographique. On observe de très importants déséquilibres dans le ratio garçons-filles dans certaines régions et provinces. Bien que la prévalence de ce type de sélection ait diminué à l'échelle nationale dans des pays tels que la Chine, l'Inde et le Viet Nam, il semble que cette pratique s'étende à certaines zones de ces pays où elle n'était pas encore constatée<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Christophe Z. Guilmoto, « The masculinization of births: overview and current knowledge », *Population*, vol. 70, n° 2 (2015).

Figure IV  
**Pays de l'Asie-Pacifique dont le ratio garçons-filles est supérieur à 1,07  
 (2015-2020)**



Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Prospects: 2017 Revision*. Disponible à l'adresse suivante : <https://population.un.org/wpp/>.

69. Le déséquilibre entre les sexes qui en résulte a d'importantes répercussions sociétales. Il manque environ 117 millions de femmes dans 13 pays où le ratio garçons-filles est très en faveur des garçons, dont 90 % en Chine et en Inde. Ce type de déséquilibre encourage la violence, la traite des êtres humains et l'émigration pour se marier.

70. Plusieurs pays de la région ont adopté des lois visant à limiter l'emploi des technologies pour la sélection fondée sur le sexe et les avortements sélectifs en fonction du sexe du fœtus. Cependant, ces lois n'ont qu'un impact limité en l'absence de mesures plus générales visant à lutter contre les inégalités sociales et entre les sexes qui sont plus profondément ancrées. Parmi les stratégies clés à mettre en œuvre, on peut citer une meilleure compréhension des causes profondes de la préférence pour les fils, des mesures destinées à améliorer l'égalité entre les sexes notamment en favorisant l'autonomie et l'émancipation économique des femmes ainsi que leur contrôle et leur pouvoir de décision concernant les biens et la propriété et les droits de succession, et des campagnes de promotion des filles.

## IV. Conclusion

71. Il est de l'intérêt de la société tout entière de lutter contre les inégalités entre les sexes. Les objectifs de développement durable offrent un cadre idéal pour accélérer le déploiement d'efforts en faveur de l'égalité femmes-hommes, de l'élimination des pratiques préjudiciables et de la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. Une approche de la santé sexuelle et procréative fondée sur les droits demande que les gouvernements s'emploient activement à faire respecter les droits procréatifs.

72. La prestation de services de santé sexuelle et procréative sera essentielle si les pays veulent atteindre la cible 3.7 des objectifs de développement durable relative à l'accès universel à ces services. Il est nécessaire d'investir davantage dans des mesures intégrées, sur la base des données relatives à la couverture et à la qualité des soins, pour lutter efficacement contre les inégalités et les disparités, en s'appuyant sur des stratégies de financement visant à améliorer l'accès à une couverture sanitaire

universelle qui offre un ensemble complet de services de santé sexuelle et procréative accessibles et non discriminatoires. On estime que la prestation de services de santé sexuelle et procréative coûte en moyenne 9 dollars par habitant et par an dans les pays en développement, ce qui représente un investissement modeste et abordable pour la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, qui leur apportera des bénéfices considérables<sup>40</sup>.

73. L'accélération des efforts déployés pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, accroître la couverture et la qualité de l'assistance qualifiée à la naissance et des soins prénatals, et garantir l'accès à un ensemble complet de soins obstétricaux essentiels de qualité et accessibles restera un domaine d'action prioritaire. En parallèle, des mesures devraient être prises pour prévenir les avortements dangereux et faciliter l'accès à un avortement sans risque, lorsqu'il est légal, et à des soins complets après un avortement.

74. En outre, il faut s'attaquer aux causes profondes des grossesses non désirées en réduisant les besoins de contraception non satisfaits et en améliorant la qualité et la couverture des services. Il est particulièrement important pour les adolescents et les jeunes femmes de s'assurer de l'accessibilité de l'ensemble des moyens de contraception et de la qualité des services fournis, afin de permettre aux femmes et aux jeunes de faire des choix éclairés en matière de contraception. L'accélération des efforts déployés pour lutter contre les infections à VIH chez les populations clés reste un défi majeur, ainsi que la nécessité de promouvoir la réforme des lois et des politiques qui sont discriminatoires à l'égard de ces populations et réduisent l'efficacité des mesures de lutte contre le VIH.

75. Il est crucial de s'intéresser aux lois, politiques, pratiques et normes sociales qui limitent les droits des jeunes à l'information, aux produits et aux services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. Il faut améliorer l'accès des jeunes aux informations et aux services, et investir dans le renforcement de services pensés pour les jeunes et d'une éducation sexuelle complète adaptée à l'âge qui permette de transformer les relations entre les sexes et soit fondée sur les compétences pratiques, à l'école et en dehors.

76. Il est essentiel de lutter contre les lois, les politiques et les pratiques discriminatoires et de remettre en cause les normes sociales et sexuelles préjudiciables pour réduire les inégalités entre les sexes et équilibrer les rapports de force, ainsi que pour donner les moyens aux femmes et aux jeunes de prendre leurs propres décisions concernant leur vie. Il faut également accélérer les efforts déployés pour mettre en œuvre une prévention fondée sur les faits et des mesures complètes et multisectorielles de lutte contre les violences sexistes et les pratiques préjudiciables.

---

<sup>40</sup> Ann M. Starrs et al., « Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all – report of the Guttmacher-Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 391, n° 10,140 (30 juin 2018).