

60^e CONSEIL DIRECTEUR

75^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2023

Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

CD60/INF/4
25 juillet 2023
Original : espagnol

SITUATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Introduction

1. Lors de la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine, les États Membres ont demandé au Bureau sanitaire panaméricain de faire rapport sur la situation actuelle en matière d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans la Région des Amériques. Le présent document donne une analyse de la situation, indique les actions sanitaires et les obstacles à l'accès qui existent, et met en avant des mesures fondées sur des données probantes aux fins d'améliorer la situation.

Antécédents

2. On entend par santé sexuelle et reproductive un état de bien-être total, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies. Cela inclut le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante, sans qu'il y ait de coercition, de discrimination, ni de violence, ainsi que la liberté de prendre des décisions en matière de reproduction (1).

3. Les services de santé sexuelle et reproductive doivent avant tout assurer : a) l'accès à l'information, b) la disponibilité de méthodes contraceptives sûres, efficaces et abordables, c) des soins de santé qui réduisent autant que possible les risques liés à la grossesse et à l'accouchement et qui facilitent l'accès à l'avortement sécurisé lorsque la loi le permet, d) les soins de l'appareil sexuel et reproductif et le traitement de ses maladies, e) la santé menstruelle et f) les transitions de genre et l'intégrité physique des personnes intersexes.

4. Les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont pris des engagements en faveur des cibles 3.7 et 5.6 du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, toutes deux liées à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (2), qui reconnaît que toutes les personnes et les communautés doivent avoir accès, sans

discrimination d'aucune sorte, à des services et des fournitures de santé globaux, appropriés, opportuns et de qualité. Ce rapport s'inscrit dans la lignée du *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (3), dont il reprend les indicateurs et les cibles comme références. Les pays et territoires se sont également engagés à lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT),¹ dans le plein respect de la dignité et des droits humains, en tenant compte de la diversité des expressions et de l'identité de genre, et sans discrimination (4).

5. Le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 intègre des indicateurs destinés à suivre les progrès en matière d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive liés aux objectifs de développement durable 3 et 5, ainsi qu'à la cible 1.4 du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. À leur tour, les États Membres de l'OPS ont adopté des stratégies et des plans d'action relatifs à la santé sexuelle et reproductive, en accordant une attention particulière aux groupes de population en situation de vulnérabilité. Aux fins de la rédaction du présent rapport, un examen a été mené et les données, plans et initiatives existants ont été analysés, tout comme les articles scientifiques et les publications des organismes des Nations Unies en lien avec la santé en matière sexuelle et reproductive.

Analyse de la situation

6. La plupart des pays et territoires de la Région des Amériques ont amélioré la couverture de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, en s'attachant plus particulièrement aux soins de santé primaires. En 2021, la couverture des services essentiels de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant était de 81,3 % dans la Région, soit 7,3 points de plus que la moyenne mondiale qui s'établit à 74,0 %. Ces indicateurs varient d'un pays à l'autre dans la Région et les résultats sont moins bons pour les populations marginalisées et en situation de vulnérabilité. La même année, l'indice composite de couverture de ces services s'établissait entre 37,9 % et 84,5 % pour les 20 % de la population ayant les revenus les plus faibles, et entre 65,3 % et 89,6 % pour les 20 % ayant les revenus les plus élevés (5-7).

7. Comme la grande majorité des différentes facettes qui composent la santé publique, la santé sexuelle et reproductive a subi les répercussions de la pandémie de COVID-19 dans des proportions et sous des formes qu'il convient d'évaluer de toute urgence afin de mettre en œuvre des actions spécifiques. L'urgence sanitaire a touché les conditions de vie de la population et ses comportements en matière de prévention et de soins et a également affaibli la capacité de réaction des services de santé. Les institutions publiques ont aussi vu se réduire leur capacité de collecter et d'analyser des données ventilées. À l'heure actuelle,

¹ L'OPS utilise le sigle « LGBT » conformément à la résolution CD52.R6 (2013) intitulée *Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans*. Il est important de noter que le sigle a évolué au fil des ans de manière à inclure d'autres orientations sexuelles et identités de genre. Par exemple, l'Organisation des Nations Unies utilise le sigle « LGBTQI+ » pour lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, *queers*, intersexes et (+). Le symbole (+) visant à englober un éventail plus large d'orientations sexuelles et d'identités de genre (personnes asexuelles ou pansexuelles, entre autres).

et malgré les efforts déployés, la plupart des pays n'ont pas encore retrouvé les niveaux de couverture sanitaire d'avant la pandémie et se heurtent à une crise sanitaire qui s'inscrit dans la durée. Dans le rapport intérimaire du quatrième cycle de l'enquête rapide sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 de mai 2023, 22 pays de la Région ont fait état d'interruptions dans les services essentiels de santé sexuelle et reproductive et de santé maternelle et infantile (8). Toutefois, parallèlement à cela, la transformation numérique du secteur de la santé depuis le début de la pandémie a conduit à une intégration sûre, légale et pérenne des services de télésanté, ce qui contrebalance partiellement les obstacles à l'accès et renforce les principes de la *Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans les Amériques* (9).

Contraception

8. L'accès universel à la contraception est prévu dans les engagements mondiaux et régionaux pris depuis la tenue de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, qui reconnaissent le droit des personnes à planifier leur avenir reproductif et conviennent que l'accès à la contraception prévient les grossesses non désirées et les avortements à risque.

9. Avant la pandémie de COVID-19, on observait des progrès dans les niveaux de recours à des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer (taux de prévalence de méthodes contraceptives modernes), ainsi que des réductions du taux global de fécondité. Les besoins non satisfaits en matière de contraception diminuaient également régulièrement, même si cette tendance était plus marquée chez les personnes mariées que chez celles en âge de procréer en général (10). L'indicateur 3.1.2 du plan d'action (3) évalue le nombre de pays qui mesurent le pourcentage de femmes en âge de procréer dont les besoins de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes. Seuls 10 des 23 pays d'Amérique latine et des Caraïbes répondaient à plus de 80 % de la demande de contraception par des méthodes modernes à action prolongée et on relevait de profondes inégalités entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Le recours à des méthodes contraceptives modernes était ainsi de 26 % en Haïti, 36 % en Bolivie, 63 % en Argentine ou 68 % au Brésil. Au sein des pays, les écarts étaient liés à l'origine ethnique (personnes autochtones et personnes d'ascendance africaine), à l'âge et au statut socioéconomique (11). Les données démographiques concernant l'utilisation du préservatif chez les jeunes sont limitées. Elles sont recueillies dans le cadre d'enquêtes telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et le programme d'enquêtes démographiques et sanitaires, et, dans la plupart des cas, exclusivement chez les femmes. Il ressort des données disponibles recueillies de 2012 à 2019 dans quatre pays d'Amérique latine et des Caraïbes que le pourcentage de personnes ayant utilisé un préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avant le mariage parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans allait de 51 % à 63 % chez les femmes et de 64 % et 88 % chez les hommes. De même, le pourcentage de jeunes de cette tranche d'âge qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel ou dans une relation extraconjugale dans neuf pays d'Amérique latine et des Caraïbes allait de 41 % à 79 % chez les femmes et de 68 % à 88 % chez les hommes (12).

10. Une étude de 2019 a révélé que le recours à une contraception réversible à longue durée d'action était faible en Amérique latine et dans les Caraïbes : dans 17 des 23 pays, l'utilisation de dispositifs intra-utérins (DIU) et d'implants sous-cutanés était inférieure à 10 %. Le recours à ce type de contraception était encore moindre pour les jeunes femmes âgées de 15 à 17 ans, les femmes autochtones et d'ascendance africaine, les personnes les moins riches, celles qui vivent dans les zones rurales et celles qui n'ont pas reçu d'éducation (11). Selon une analyse d'enquêtes nationales menées dans 10 pays d'Amérique latine et des Caraïbes réalisée en 2022, l'écart absolu entre les personnes d'ascendance africaine et les autres en ce qui concerne la demande de contraception satisfaite par des méthodes modernes allait de 0,7 % en Équateur à 20,1 % au Suriname (13).

11. La pandémie de COVID-19 a eu une incidence marquée sur l'accès aux contraceptifs. On estime ainsi qu'entre 12,9 et 20,1 millions de femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes ont été contraintes d'arrêter le recours à des méthodes contraceptives pendant la pandémie (14). Cette interruption était due à des perturbations de l'offre publique et aux difficultés que rencontrait la population pour faire face au coût des méthodes contraceptives (8, 14).

12. Les pays et territoires de la Région mettent en œuvre des politiques nationales de santé sexuelle et reproductive qui prévoient la mise à disposition de méthodes contraceptives modernes aux femmes en âge de procréer disposant d'une assurance publique ou privée. Il s'agit de paniers de base proposant un large éventail de méthodes que divers professionnels – variables selon les pays – sont habilités à leur fournir (à l'exception des méthodes à action prolongée et non réversibles) (15, 16). En 2022, la cible de l'indicateur 3.1.8 du plan d'action (nombre de pays disposant de politiques pour promouvoir l'accès informé, volontaire et non coercitif des femmes à la méthode de planification familiale de leur choix) a été atteinte (17).

13. Malgré ces mesures programmatiques, la couverture des programmes publics d'accès à la contraception est très faible. Si l'on s'en tient à la couverture effective (niveaux de couverture corrigés du taux d'efficacité clinique de chaque méthode et de l'observance constatée par année), les niveaux de protection sont encore plus bas, puisqu'ils vont de 2 % à 41 % (18). Environ la moitié des femmes qui ont recours à des méthodes contraceptives modernes les achètent en pharmacie et les prennent à leur charge, même s'il y a des écarts significatifs d'un pays à l'autre. La proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives qui les reçoivent gratuitement (programmes publics ou régimes d'assurance maladie) varie de 32,2 % en Argentine à 68,6 % au Mexique (16).

14. De multiples obstacles entravent l'accès à la contraception, notamment : a) des cadres réglementaires et juridiques restrictifs (en particulier ceux qui privent d'autonomie les filles et les adolescentes), b) l'absence de financement pour les méthodes ou les services associés à leur utilisation, c) la complexité des procédures administratives pour la fourniture et des instructions médicales formulées dans un langage peu clair, d) des fournitures indisponibles, e) le manque de personnel dans les services de santé, ainsi que l'absence de garantie quant à la pérennité des ressources publiques destinées à l'achat et à la fourniture de méthodes modernes, f) le manque de confidentialité et le non-respect de la vie privée, g) les obstacles

à la mobilisation, *h*) des valeurs sociales qui entravent l'accès à l'éducation sexuelle et *i*) l'attitude hostile des équipes de santé. À ces éléments viennent s'ajouter la faiblesse des cadres juridiques et réglementaires lorsqu'il s'agit d'assurer l'évaluation des programmes (notamment en ce qui concerne le suivi public et l'inégalité en matière de normes de genre) et le manque d'autonomisation des femmes vulnérables (19, 20).

15. On ne relève aucun progrès notable en ce qui concerne les systèmes d'information nationaux destinés à mesurer les besoins de contraception satisfaits par des méthodes modernes (en 2022, seuls 7 pays ont déclaré mesurer cet indicateur, alors que l'objectif était de 12 pays pour cette année-là). Dans la mesure où cette information est obtenue au moyen d'enquêtes auprès de la population, les restrictions imputables à la pandémie peuvent expliquer que ces données aient pris du retard. En 2017, selon l'enquête de référence menée par l'OPS, aucun des pays ne disposait de données pour cet indicateur ventilées par âge et autres déterminants sociaux (17).

Grossesse à l'adolescence

16. La grossesse à l'adolescence découle d'une atteinte au droit à l'éducation, à l'éducation sexuelle, à l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, à l'accès à des méthodes contraceptives efficaces, à une vie à l'abri de la violence de toutes sortes et à la liberté de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa vie sexuelle et sa reproduction. La maternité précoce a des répercussions négatives sur le parcours de vie des femmes, car elle a pour corollaire l'abandon scolaire, les difficultés pour entrer sur le marché du travail et pour accéder à des emplois de qualité, de sorte que leur niveau de revenu reste moindre tout au long de leur vie, ce qui a un impact sur la productivité globale des pays. La grossesse à l'adolescence entraîne également des problèmes de santé : risque accru de morbidité et de mortalité maternelles, complications et mortalité périnatales, prématurité, faible poids à la naissance, moins bon état nutritionnel des enfants et impact sur la santé mentale des mères adolescentes. Cela explique qu'elle contribue à perpétuer d'une génération à l'autre les cycles de pauvreté et de mauvaise santé (17).

17. Les déterminants de la grossesse à l'adolescence sont multiples et systémiques et doivent donc être abordés dans leur globalité et de façon intersectorielle. Il s'agit notamment : *a*) de l'acceptation en droit ou par la société du mariage des enfants, *b*) de l'initiation sexuelle précoce, *c*) des abus sexuels commis sur des enfants, de la violence fondée sur le genre et d'autres formes de violence, *d*) du fait d'être sans-abri, *e*) de l'absence de politiques d'éducation sexuelle complète, *f*) de règles juridiques ou administratives restrictives en matière d'accès aux méthodes contraceptives et à l'avortement, *g*) des obstacles géographiques, financiers ou comportementaux qui entravent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et *h*) d'inégalités en ce qui concerne les normes de genre, les rôles attribués à chaque genre et les rapports entre eux.

18. Certains groupes de population, tels que les filles et les adolescentes les plus pauvres, celles qui sont les moins instruites, celles qui vivent dans les zones rurales, les autochtones et les personnes d'ascendance africaine, ont des taux de fécondité trois à cinq fois plus élevés que les moyennes nationales. Elles subissent également les conséquences plus

néfastes pour la santé d'autres facteurs de risque : abus sexuels, harcèlement scolaire et autres formes de violence, fait d'être sans-abri ou consommation de drogues (21).

19. L'indicateur *a* de l'objectif 6 du plan d'action (3) mesure le taux de fécondité spécifique à l'âge chez les filles et les adolescentes âgées de 15 à 19 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes. Ce taux est passé de 66,5 % (2010-2015) à 60,7 % (2015-2020), soit une baisse de 7,47 % en une décennie, avec des écarts importants entre les sous-régions et les pays, mais également à l'intérieur des pays. Bien que toutes les grossesses à l'adolescence ne soient pas des grossesses non désirées, celles-ci représentent un phénomène de grande ampleur et sont un marqueur de l'inégalité de genre et des atteintes aux droits. On estime chaque année à 21 millions le nombre de grossesses chez des adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dont près de la moitié (10 millions) ne sont pas planifiées. Plus d'un quart de ces 21 millions de grossesses, soit environ 5,7 millions, aboutissent à un avortement, le plus souvent dans des conditions dangereuses (21, 22). Il ne fait aucun doute que le grand nombre de grossesses à l'adolescence prouve que la fécondité des adolescentes n'est pas imputable à des préférences en matière de reproduction, mais bien à des facteurs de risque liés à des situations de vulnérabilité et à des obstacles qui entravent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et plus particulièrement à la contraception (23, 24).

20. Un consensus existe quant aux mesures à prendre pour réduire le nombre de grossesses non désirées à l'adolescence : *a*) recueillir, analyser et utiliser des données sanitaires exactes et à jour sur l'utilisation de contraceptifs et ses déterminants, ainsi que sur l'exécution des programmes et sur la sexualité et la fécondité des adolescentes afin d'éclairer les lois et les politiques, *b*) établir des lois et des politiques ou les revoir afin de réduire les obstacles à l'accès à des services complets de santé sexuelle et reproductive et à l'éducation sexuelle complète, et les assortir de mécanismes d'évaluation, *c*) mettre en œuvre des stratégies intersectorielles et communautaires avec la participation des adolescents, *d*) élaborer des stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive à l'intention des adolescents, qui comprennent des interventions fondées sur des données factuelles et adaptées au contexte, dotées de budgets et d'indicateurs adéquats ventilés par âge et par situation socioéconomique aux fins de suivre les progrès accomplis, *e*) assurer le suivi des stratégies avec la contribution des parties concernées (fonctionnaires, organisations non gouvernementales, institutions du système des Nations Unies, organisations et réseaux de jeunes, donateurs, parents, enseignants et membres de la communauté) et *f*) procéder à des examens périodiques des programmes et du respect des cadres juridiques et réglementaires (25, 26).

21. Bien que les politiques et les programmes de prévention des grossesses à l'adolescence aient gagné en importance dans les programmes nationaux de santé et de développement ces dix dernières années (27), il reste des difficultés à surmonter pour institutionnaliser et étendre les initiatives. Des interventions axées sur le milieu scolaire, les familles et la population adolescente ont été mises en œuvre, mais ne se sont pas poursuivies comme il aurait fallu ou n'ont pas été étendues. Dans certains cas, les politiques et programmes d'éducation sexuelle complète n'ont pas été systématiquement mis en

œuvre ou l'accès à des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action n'a pas été entièrement garanti. L'éducation sexuelle complète permet à chacun de prendre des décisions libres et éclairées au sujet de son corps, de sa vie et de son avenir ; elle réduit les infections sexuellement transmissibles, dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et les grossesses non désirées ; enfin, elle améliore les indicateurs relatifs à la santé sexuelle et reproductive (28, 29).

Avortement non sécurisé

22. Eu égard à sa forte prévalence, l'avortement non sécurisé est un problème de santé publique. Dans les faits, il apparaît non seulement que les politiques restrictives ne parviennent pas à réduire le nombre d'avortements, mais également qu'elles empêchent qu'ils soient pratiqués en toute sécurité. Selon une étude mondiale, 87,4 % des avortements dans 57 pays où ils sont autorisés à la demande étaient des avortements sécurisés, contre 25,2 % dans 62 pays où l'avortement est totalement interdit ou n'est autorisé qu'en cas de danger mortel ou de risque pour la santé physique. Il existe également des obstacles géographiques, économiques, administratifs et comportementaux pour y avoir accès (30, 31).

23. Les modèles réglementaires sont très variés dans la Région, depuis ceux qui autorisent l'avortement à la demande dans le cadre de modèles mixtes associant des conditions aux différents stades de la grossesse, jusqu'aux réglementations très restrictives qui criminalisent l'avortement dans tous les cas. La plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes n'autorisent l'avortement que dans des conditions spécifiques : danger pour la vie, risque pour la santé, fœtus non viable, viol, inceste et problème de santé mentale. Le Honduras, le Nicaragua, la République dominicaine et le Suriname sont les seuls pays où l'avortement est totalement interdit. L'Argentine, la Colombie et l'Uruguay l'autorisent à la demande de quiconque jusqu'à la 14^e, 24^e et 12^e semaine de grossesse respectivement. Cuba est le seul pays à avoir totalement dépénalisé cette pratique. Enfin, dans six des États du Mexique, l'avortement à la demande est autorisé à différents stades de la grossesse, même si, d'une façon générale, le pays conserve un modèle restrictif d'autorisation sous certaines conditions. La législation sur l'avortement varie d'un État à l'autre aux États-Unis et le Canada n'impose aucune restriction légale à l'accès à l'avortement (32).

24. Le droit d'accéder à des services complets de santé reproductive, y compris l'avortement, est ancré dans le droit international relatif aux droits humains. Dans son Observation générale n° 36 sur le droit à la vie, le Comité des droits de l'homme indique que la protection du droit à la vie des femmes et des autres personnes en capacité de procréer suppose la protection de leur droit à avoir accès à un avortement sans risque (33). Les soins complets liés à l'avortement sécurisé comptent parmi les interventions incluses dans les orientations relatives au maintien des services de santé essentiels publiées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2020 (34).

25. Ces dernières années, suivant la tendance mondiale, l'Amérique latine et les Caraïbes ont enregistré une baisse de 28 % du taux de grossesses non désirées et une hausse de 26 % de celles qui se sont terminées par un avortement, un taux qui varie de 9 % à 45 % selon les pays (35). Au cours de la période 2010-2014, quelque 6,5 millions d'avortements ont

été pratiqués chaque année en Amérique latine et dans les Caraïbes, contre 4,4 millions au cours de la période 1990-1994. Sur ce total, 4 897 000 étaient des avortements non sécurisés (387 000 dans les Caraïbes, 1 070 000 en Amérique centrale et 3 440 000 en Amérique du Sud) (36). En 2015, on estimait que les complications associées à l'avortement non sécurisé représentaient 9,9 % de l'ensemble des décès maternels en Amérique latine et dans les Caraïbes. Par ailleurs, certains pays ont enregistré une progression systématique des causes indirectes de mortalité maternelle imputable à la faible couverture et à la piètre qualité des soins prénatals, ainsi qu'au manque d'accès à la contraception et à l'avortement sécurisé (37).

26. L'accès à l'avortement sécurisé varie d'un pays à l'autre dans la Région. Ainsi, les filles victimes de violences sexuelles, les adolescentes, les femmes en situation de pauvreté, les personnes handicapées, les femmes vivant dans des zones éloignées des grandes villes et les femmes migrantes sont celles qui éprouvent les plus grandes difficultés à accéder à des services d'avortement de qualité en temps voulu là où la loi ne l'interdit pas. Ces inégalités résultent de divers obstacles à l'accès : *a)* d'ordre personnel et interpersonnel : manque d'information sur le droit à l'avortement et sur les modalités d'accès aux services, reconnaissance tardive de la grossesse, manque de soutien de l'entourage ou du partenaire, *b)* d'ordre logistique : distance, mobilité, difficultés à interrompre les tâches ménagères ou le travail, *c)* d'ordre social : stigmatisation et pression sociale et *d)* liés au système de santé : disponibilité des services, mécanismes d'orientation, options cliniques limitées, qualité du traitement, recours abusif à la clause d'objection de conscience. On relève également des obstacles liés aux normes juridiques et sanitaires, comme le temps d'attente, le coût de l'intervention ou du transfert et l'absence de couverture sanitaire. Au cours des 15 dernières années, la mortalité et la morbidité maternelles dues à l'avortement et aux avortements non sécurisés ont reculé dans les pays qui ont limité les restrictions juridiques et mis en œuvre des politiques d'accès, et la plupart des avortements ont eu lieu dans les 12 premières semaines de grossesse (30-32).

27. Au regard de l'expérience acquise en Amérique latine et dans les Caraïbes, il faut mettre en œuvre des politiques bénéficiant d'un soutien juridique pour : *a)* améliorer l'accès universel et gratuit à la contraception afin de prévenir les grossesses non désirées, *b)* fournir des services post-avortement de qualité afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'avortement non sécurisé et d'assurer la contraception après un avortement, *c)* améliorer les politiques d'accès à l'avortement sécurisé en proposant des solutions cliniques et autogérées (y compris l'avortement médicamenteux), *d)* élargir la base de l'avortement légal de manière à réduire le nombre d'avortements non sécurisés et *e)* adapter les protocoles de soins aux recommandations de l'OMS en la matière (35-39).

Violence fondée sur le genre

28. Selon les estimations les plus récentes réalisées par l'OMS, qui portaient sur l'année 2021, 34 % des femmes et des filles de la Région des Amériques âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles au sein de leur couple ou des violences sexuelles en dehors de celui-ci à un moment donné de leur vie (40). Ces données indiquent que la violence dans le couple est la forme la plus courante de violence à l'égard des

femmes : une femme sur quatre dans la Région a subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au moins une fois dans sa vie, soit environ 53 millions de femmes (41). Très souvent, la violence commence tôt (21 % des femmes ont déjà été victimes de violence de la part d'un partenaire intime quand elles atteignent l'âge de 25 ans) et dure tout au long de la vie (28 % des femmes de plus de 65 ans subissent des violences de la part de leur conjoint). La violence a de graves répercussions sur la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive. Par ailleurs, il convient également d'aborder le problème de la violence obstétricale, car il s'agit d'une atteinte aux droits qui a des conséquences sur la santé physique et mentale des personnes.

29. Il ressort des données disponibles que la violence à l'égard des femmes et des filles peut être évitée et ses conséquences atténuées. Le secteur de la santé joue un rôle essentiel dans ce domaine, car il est en mesure d'aider à détecter rapidement les abus et de fournir aux survivantes des soins de qualité, en collaborant avec d'autres intervenants du secteur public et des partenaires pour faire progresser l'action multisectorielle. La pandémie de COVID-19 a aggravé les obstacles à l'accès et creusé les lacunes dans les services, ce qui a rendu difficile l'offre de soins de qualité et en temps voulu à la suite de violences sexuelles.

30. Les pays de la Région font des progrès en matière de production d'informations sur la violence à l'égard des femmes et des filles, d'inclusion dans les politiques et plans de santé de la prévention, des soins et de la réparation en cas de violence à l'égard des femmes, d'élaboration de protocoles et de lignes directrices destinés à orienter l'action des systèmes de santé, ainsi que de formation des professionnels de la santé et de renforcement de la prestation de services de soin complets après un viol. Dans un rapport que l'OPS vient de publier sur le sujet, il apparaît que 83 % des États Membres ont inclus cette question dans leurs plans ou politiques de santé, que 80 % des pays ont une politique multisectorielle de prévention de la violence à l'égard des femmes ou une politique nationale de genre qui accorde une place importante à ce thème et que 60 % des pays de la Région disposent d'au moins un protocole du secteur de la santé consacré à la prévention de la violence à l'égard des femmes (42). Même si ce grand nombre de politiques constitue une avancée majeure pour la Région, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la qualité des documents qui les recueillent, leur alignement sur les données probantes et leur mise en œuvre. Plus l'orientation est détaillée, plus il est facile pour le personnel de santé de comprendre exactement ce que l'on exige de lui.

Cancer du col de l'utérus

31. L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui lui est liée ont diminué au cours des dernières années dans la Région, mais dans la plupart des pays et territoires, les taux restent supérieurs au seuil d'élimination visé par la stratégie mondiale (4 pour 100 000). Il s'agit du troisième type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué, avec des écarts considérables entre les pays, et il reste le plus fréquent chez les femmes dans 11 des 32 pays et territoires pour lesquels des données sont disponibles (43). En 2020, l'incidence allait de 6,1 pour 100 000 femmes en Amérique du Nord à 13,8 pour 100 000 en Amérique centrale et 15,4 pour 100 000 en Amérique du Sud (44).

32. L'Amérique latine et les Caraïbes ont le deuxième taux de mortalité par cancer du col de l'utérus le plus élevé au monde, les taux étant plus élevés dans les Caraïbes (8,2 pour 100 000), suivis de l'Amérique du Sud (7,8 pour 100 000) et de l'Amérique centrale (6,8 pour 100 000) (44). Certes, certains pays ont mis en place une législation relative au traitement du cancer, mais celle-ci ne s'inscrit pas dans le cadre d'une démarche globale de la prévention, de la détection précoce, de l'accès aux vaccins et aux médicaments, de la gestion globale de l'information et de l'accès au financement pour les frais catastrophiques.

33. Au cours des dix dernières années, 16 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont mis à jour leurs recommandations en vue d'instaurer de nouveaux tests de dépistage ou d'adopter d'autres approches programmatiques. Cependant, l'analyse cytologique reste le principal test de dépistage (45). En ce qui concerne l'indicateur 3.1.7 du plan d'action (3) relatif au nombre de pays et territoires qui ont introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans leur calendrier de vaccination, en 2022, 39 pays et territoires avaient déjà mis en place des programmes de vaccination contre le VPH pour les filles et 12 d'entre eux également pour les garçons (17).

34. L'accès aux médicaments anticancéreux, en particulier ceux dont le prix est élevé, reste difficile et l'utilisation du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique est encore limitée. En outre, alors que les registres du cancer à l'échelle de la population sont fondamentaux pour la planification, le suivi et l'évaluation des actions nationales, plus de la moitié des pays d'Amérique latine et des Caraïbes disposent d'un registre de piètre qualité qui couvre moins de 10 % de la population (45).

35. Selon les données disponibles, le faible niveau de dépistage et le manque de détection précoce parmi les groupes vulnérables s'expliquent par des obstacles : *a*) structurels (statut socioéconomique et niveau d'éducation), *b*) culturels (croyances et attitudes liées au cancer du col de l'utérus, discrimination, services qui manquent de sensibilité, désinformation et préjugés de la part des prestataires de services) et *c*) systémiques liés au système de santé (manque d'accès à la détection et au suivi en raison de lacunes quant aux technologies disponibles, faible capacité d'action et d'organisation des services de santé).

36. Pendant la pandémie de COVID-19, les services de dépistage du cancer ont été interrompus, 17 % des pays d'Amérique latine et des Caraïbes signalant qu'au moins 50 % des services l'avaient été en raison d'une diminution de la demande de soins, d'une réorientation des ressources de santé ou d'autres raisons. Les effets de ces restrictions n'ont pas encore été pleinement évalués (46).

Personnes handicapées

37. Les personnes handicapées se heurtent à de profondes inégalités en matière de santé. Globalement, on estime que près de 12 % de la population d'Amérique latine et des Caraïbes présente au moins un handicap, ce qui représente un total d'environ 66 millions de personnes (47). La santé sexuelle et reproductive des personnes handicapées est, depuis longtemps, marquée au sceau de l'invisibilité, de l'ignorance et de la discrimination, du fait du préjugé erroné selon lequel ces personnes n'auraient pas de sexualité ni l'autonomie

voulue pour prendre les décisions en ce qui concerne leur corps, leur santé et leur vie sexuelle et reproductive.

38. Les personnes handicapées se heurtent à des obstacles supplémentaires pour accéder aux services, à l'éducation et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, et sont plus exposées à la violence de genre et à d'autres formes de violence et d'abus. Parmi les obstacles auxquels elles sont confrontées figurent l'inaccessibilité de nombreux espaces de santé, les difficultés de communication, le manque de formation spécifique des professionnels de santé et les contraintes financières. La Convention relative aux droits des personnes handicapées reconnaît à ces personnes la qualité de sujets de droit, ce qui suppose leur pleine reconnaissance en tant que sujets sexués présentant une diversité fonctionnelle, des façons différentes de vivre la sexualité de manière proactive et la capacité de prendre leurs propres décisions.

39. Selon le rapport final du *Plan d'action de l'OPS sur les incapacités et la réadaptation (48)*, la Région a fait des progrès en matière de concrétisation des objectifs qui y sont analysés. Le nombre de pays dotés d'une législation et de plans nationaux relatifs au handicap a augmenté, même si nombre de ces plans n'ont pas été pleinement mis en œuvre et que les personnes handicapées se heurtent toujours à des obstacles importants lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de soins de santé dans de nombreux pays (49).

Population LGBT

40. Bien que les données relatives à la morbidité, à la mortalité et à l'accès aux services de santé en ce qui concerne la population LGBT soient limitées, la recherche et les informations épidémiologiques montrent que cette population a de moins bons résultats en matière de santé que la population hétérosexuelle. En outre, elle se heurte à des obstacles pour accéder à des soins de santé centrés sur le patient et, quand elle y arrive, elle ne parvient pas à avoir recours aux services de santé suffisamment tôt ou en temps opportun. On constate que les personnes LGBT qui vivent avec le VIH et ressentent une forte stigmatisation sont 2,4 fois plus susceptibles de solliciter plus tardivement des soins médicaux, et qu'elles ont des problèmes de santé mentale plus importants. D'autre part, ces groupes de population sont confrontés à des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, notamment la difficulté à fonder une famille, l'absence de dépistage du cancer, une faible visibilité dans l'éducation sexuelle complète ou un risque accru d'être victimes de violence (y compris d'abus sexuels commis sur des enfants) (50).

41. Les obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels est confrontée la population LGBT sont dus à la stigmatisation et à la discrimination au sein de la société, y compris dans les systèmes de santé, qui se traduisent par une mauvaise compréhension des problèmes qui lui sont spécifiques, par un refus de soins, par des soins inadaptés ou inférieurs à la moyenne et par des préjugés concernant les causes de leurs maladies. Les membres de cette population, quant à eux, envisagent avec crainte à l'absence de garantie en ce qui concerne la confidentialité et la vie privée. D'autres obstacles viennent également entraver l'accès aux services de santé, notamment l'absence de lois et de politiques pour lutter contre la discrimination dont ce groupe de population est la cible, le

manque de services sensibles à leurs besoins, la maigre formation spécifique des prestataires de santé, l'absence de protocoles et de normes pour la prise en charge de chaque groupe au sein de la population LGBT et le fait qu'une grande partie de cette population ne dispose que d'une capacité financière et de ressources limitées (51).

Santé des hommes

42. À la lumière d'une analyse menée en fonction du genre, on observe une mortalité prématurée plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Les rôles liés au genre masculin et les pratiques imposées par la société ont des répercussions sur de multiples aspects de la santé, ce qui favorise des conduites à risque (modes de vie et comportements) faisant que les hommes ont davantage recours aux services de santé en cas d'urgence pour des affections chroniques non stabilisées ou en raison de causes externes, et qu'ils font peu appel aux services de contrôle et de prévention. Le fait que les hommes négligent leur santé physique et mentale a des conséquences négatives sur la vie de beaucoup d'entre eux.

43. Les écarts entre les besoins des hommes en matière de santé et leurs comportements sociaux devraient être pris en considération dans les politiques au moyen d'approches globales et intégrées, sensibles à leurs spécificités et qui encouragent une responsabilité conjointe sur les questions de genre. Le système de santé envisage de manière fragmentée les conséquences de la présence hégémonique des hommes dans la société. Plus précisément, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, dans la mesure où prévaut une culture de genre qui conçoit la reproduction comme un phénomène exclusivement féminin, les hommes ne sont pas appelés à assumer une part de la responsabilité globale dans les soins prénatals, l'accouchement, l'allaitement maternel, les soins aux enfants et les activités domestiques. S'il est vrai que la société civile et les milieux universitaires permettent d'entrevoir des solutions à ces problèmes, il n'existe pas de réponses programmatiques organisées qui soient suffisantes, globales et en lien avec d'autres secteurs de la politique publique.

Mesures nécessaires pour améliorer la situation

44. Afin d'élargir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, de réduire les inégalités, de garantir les droits humains et de contribuer à la couverture universelle, les mesures suivantes sont soumises à l'examen des États Membres :

- a) Promouvoir et mettre en œuvre des cadres normatifs, des politiques et des règlements globaux qui garantissent l'exercice des droits en matière de sexualité et de reproduction et l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, sans discrimination d'aucune sorte, afin de réduire les inégalités, d'améliorer les possibilités de développement des individus et des familles et de progresser vers la réalisation effective des engagements pris dans ce domaine.
- b) Élargir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive en adoptant une démarche axée sur les soins de santé primaires qui tienne compte des éléments suivants :

- i. La capacité et l'efficacité du premier niveau de soins dans les réseaux de santé intégrés, en assurant des services complets de santé sexuelle et reproductive dans le cadre d'une approche inclusive de la santé, de la sexualité et de la reproduction.
 - ii. La participation communautaire et la collaboration intersectorielle pour atteindre les groupes vulnérables.
 - iii. La formation des équipes de santé aux questions liées à l'équité, au genre et aux droits aux fins de garantir des soins de santé sexuelle et reproductive complets.
 - iv. Le relèvement des services essentiels de santé sexuelle et reproductive qui ont été touchés pendant la pandémie de COVID-19.
 - v. Le modèle de soins dans lequel les tâches sont partagées pour accroître la disponibilité et l'accessibilité des services et l'application des innovations liés à la santé numérique.
- c) Accroître les investissements dans les politiques et programmes de santé sexuelle et reproductive, ce qui a des avantages économiques importants pour les pouvoirs publics, les sociétés et les individus. Garantir un financement suffisant et durable pour la mise en œuvre d'interventions efficaces au regard des coûts et fondées sur des données probantes, l'organisation et la prestation de services complets de santé sexuelle et reproductive, ainsi que l'accès à des médicaments universel et gratuit pour la santé sexuelle et reproductive.
- d) Renforcer la collaboration, le travail intersectoriel et les protocoles de soins entre les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, de la sécurité et de la justice de manière à mettre en œuvre des politiques et des programmes complets qui permettent d'intervenir sur les déterminants de la santé sexuelle et reproductive et de répondre aux atteintes aux droits en matière de sexualité et de reproduction, en mettant particulièrement l'accent sur l'éducation sexuelle complète.
- e) Renforcer les systèmes de recherche et d'information aux fins de recueillir et d'analyser les indicateurs de santé sexuelle et reproductive ventilés par âge, genre (y compris la diversité LGBT), appartenance ethnique et raciale et lieu de résidence de façon à déterminer les écarts en ce qui concerne l'équité et à éclairer le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de santé sexuelle et reproductive et des données locales nécessaires pour contextualiser les mesures, dans un cadre juridique qui favorise l'intégration des données et leur protection sur le plan légal.
- f) Renforcer l'engagement politique visant à améliorer la couverture et l'efficacité des politiques et des programmes de santé sexuelle et reproductive, en fixant des objectifs à court et à moyen terme, des mécanismes de responsabilisation et des espaces de participation pour les groupes touchés.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

45. Le Conseil directeur est invité à prendre note de ce rapport et à formuler tout commentaire qu'il juge pertinent.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Developing sexual health programmes: a framework for action. Genève : OMS ; 2010. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [document CD53/5, Rev. 2]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, D.C. : OPS ; 2014. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 [document CD56/8, Rev. 1]. 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans [document CD52/18]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013. Washington, D.C. : OPS ; 2013. Disponible sur : <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R6-f.pdf>.
5. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Observatory. UHC service coverage index (indicator 4834). Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>.
6. Organisation des Nations Unies. Rapport sur les objectifs de développement durable 2020. New York : ONU ; 2020. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_French.pdf.
7. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Revista panamericana de salud pública. 2023;46:e94. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.
8. Organisation mondiale de la Santé. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023: interim report, 1 May 2023. Genève : OMS ; 2023. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367352>.

9. Organisation panaméricaine de la Santé. Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans les Amériques [document CD59/6]. 59^e Conseil directeur de l'OPS, 73^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 20 au 24 septembre 2021. Washington, D.C. : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd59r1-feuille-route-pour-transformation-numerique-du-secteur-sante-dans-les-ameriques>.
10. Fonds des Nations Unies pour la population. Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. New York: UNFPA; 2020. New York : FNUAP ; 2020. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf.
11. Gómez Ponce de León R, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Global Health*. 2019;7(2):e227-235. Disponible sur : [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9).
12. Organisation panaméricaine de la Santé. The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545?locale-attribute=en>.
13. Costa JC, Mujica OJ, Gatica-Domínguez G, Del Pino S, Carvajal-Vélez L, Sanhueza A, et al. Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children in ten Latin American and Caribbean countries. *Lancet Regional Health*. 2022;15:e1-17. Disponible sur : <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4038402>.
14. Fonds des Nations Unies pour la population. Impact of COVID-19 on access to contraceptives in the LAC Region. Technical Report. New York : FNUAP ; 2020. Disponible sur : https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf.
15. Reproductive Health Supplies Coalition, Foro Latinoamericano y del Caribe para el Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva. Hojas informativas sobre indicadores de seguridad anticonceptiva. Bruxelles : RHSC, ForoLAC ; 2021 [consulté le 23 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/groups/forolac/hojas-informativas-sobre-indicadores-de-seguridad-anticonceptiva/>.
16. Garraza LG, Tobar F, Rodríguez Bernate I. Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28(2):e332-341. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1833429>.

17. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 : rapport d'avancement [document CSP30/INF/12]. 30^e Conférence sanitaire panaméricaine, 74^e session du Comité de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016. Washington, D.C. : OPS ; 2022. Disponible sur :
https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-inf-12-b-f-pda-femme-enfant-adolescent-sante_0.pdf.
18. Fonds des Nations Unies pour la population. Regional Evaluation of UNFPA's contribution to Family Planning and Commodity Security in Latin America and the Caribbean. New York : FNUAP ; 2021. Disponible sur :
https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/englishcase_studies_eng_completo.pdf.
19. Tobar F. The Middle Income Trap: A growth crisis for the Reproductive Health Supply Security financing in Latin American and Caribbean. FNUAP, Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes ; 2014. Disponible sur :
https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Reproductive%20Health%20Supply%20financing%20in%20LAC%20countries_20013.pdf.
20. Organisation mondiale de la Santé. Contraception. Genève : OMS ; [date non connue] [consulté le 13 juin 2023]. Disponible sur :
https://www.who.int/fr/health-topics/contraception#tab=tab_1.
21. Organisation panaméricaine de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population. Technical Brief : Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean. New York : OPS, FNUAP ; 2020. Disponible sur :
https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_dec_10_approved_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf.
22. Darroch JE, Woog V, Bankola A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York : Guttmacher Institute ; 2016. Disponible sur :
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf.
23. Woog V, Kågesten A. The sexual and reproductive health needs of very young adolescents aged 10–14 in developing countries: what does the evidence show? New York : Guttmacher Institute ; 2017. Disponible sur :
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/srh-needs-very-young-adolescents-report_0.pdf.

24. Rodríguez Vignoli J. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Santiago : CEPAL, FNUAP ; 2017. (Serie Población y Desarrollo; No. 119). Disponible sur : <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1230/fecundidad%20no%20de%20seada.pdf>.
25. Organisation mondiale de la Santé. Family planning evidence brief: reducing early and unintended pregnancies among adolescents. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255862>.
26. Population Reference Bureau. Youth contraceptive use: effective interventions. A reference guide. Washington, D.C. : PRB ; 2017. Disponible sur : <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/12/PRB20Youth20Policies20Reference20Guide.pdf>.
27. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Health equity report 2016: analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking. Panama : UNICEF; 2016. Disponible sur : <https://www.unicef.org/lac/media/386/file/Publication.pdf>.
28. Fonds des Nations Unies pour la population, Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Estado del arte de la educación integral de la sexualidad en América Latina 2021. FNUAP, Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes ; 2021. Disponible sur : https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado_del_arte_de_la_esis_final_para_difundir.pdf.
29. Caffé S, Plesons N, Camacho AV, Brumana L, Abdool SN, Huaynoca S et al. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reproductive Health* ; 14 juillet 2017 ; 14(1):83. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0345-y>.
30. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-2381. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
31. Organisation mondiale de la Santé. Global Abortion Policies Database. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : <https://abortion-policies.srhr.org/>.
32. Center for Reproductive Rights. Mapping Abortion Rights Worldwide. Washington, D.C. : CRR ; 2019. Disponible sur : <https://reproductiverights.org/mapping-abortion-rights-worldwide/>.

33. Comité des droits de l'homme. Observation générale n° 36 sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, concernant le droit à la vie [document CCPR/C/GC/R.36/Rev.7]. Genève : HCDH ; 2017. Disponible sur : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_FR.pdf.
34. Organisation mondiale de la Santé. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Orientations provisoires, 1^{er} juin 2020. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2.
35. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Global Health*. 2020;8(9):e1152-1161. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
36. Guttmacher Institute. Abortion in Latin America and the Caribbean. New York : Guttmacher Institute ; 2018. Disponible sur : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-latin-america.pdf.
37. Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population, Groupe de la Banque mondiale, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Genève : OMS ; 2015. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf.
38. Ramos S, Ábalos E, Gerds C, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, et al. Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. Ville autonome de Buenos Aires : CEDES, Ibis Reproductive Health ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>.
39. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365337>.
40. Organisation mondiale de la Santé. Violence à l'égard des femmes, estimations pour 2018. Estimations mondiales, régionales et nationales de la prévalence de la violence à l'égard des femmes exercée par un partenaire intime et estimations de la prévalence mondiale et régionale de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240026681>.

41. Organisation panaméricaine de la Santé. Nota descriptiva sobre la Región de las Américas de la OMS: prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres, 2018. Washington, D.C. : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55197>.
42. Organisation panaméricaine de la Santé. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington, D.C. : OPS ; 2023. Disponible sur : <https://doi.org/10.37774/9789275326381>.
43. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan of Action for Cervical Cancer Prevention and Control 2018–2030. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38574>.
44. Centre international de recherche sur le cancer. Cancer Today: Data Visualization Tools for Exploring the Global Cancer Burden in 2020. Lyon : CIRC ; 2020 [consulté le 2 février 2022]. Disponible sur : <https://gco.iarc.fr/today>.
45. Pilleron S, Cabasag CJ, Ferlay J, Bray F, Luciani S, Almonte M, et al. Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: where are we? International Journal of Cancer. 2020;147(6):1638-1648. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/ijc.32956>.
46. Villain P, Carvalho AL, Lucas E, Mosquera I, Zhang L, Muwonge R, et al. Cross-sectional survey of the impact of the COVID-19 pandemic on cancer screening programs in selected low- and middle-income countries: study from the IARC COVID-19 impact study group. International Journal of Cancer. 2021;149(1):97-107. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/ijc.33500>.
47. Organisation panaméricaine de la Santé. Disability. Washington, D.C. : OPS ; [date non connue] [consulté le 13 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/topics/disability>.
48. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : rapport final [document CD58/INF/7]. 58^e Conseil directeur de l'OPS, 72^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020. Session virtuelle : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58inf7-plan-daction-sur-les-incapacites-et-readaptation-rapport-final>.
49. Kuper H, Heydt P. The missing billion: access to health services for 1 billion people with disabilities. Londres : London School of Hygiene and Tropical Medicine ; 2019. Disponible sur : <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/international-centre-evidence-disability/missing-billion>.

50. Jaffray B. Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018. Ottawa : Statistique Canada ; 2020. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-fra.htm>.
51. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans [document CD56/INF/11]. 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49649/CD56-INF-11-f.pdf>.

- - -