

arrow

vol. 29 no. 1 2023
issn 1394-4444

for change



Justice reproductive : Recalibrer l'agenda DSSR

ressources du centre de partage
des connaissances arrow shrh

44–47

autres ressources

47

définitions

48

fiche d'information

49–51

Comment mesurer la justice ?

équipe de rédaction et de production

52

éditorial

2–9

Santé reproductive, droits reproductifs et
mouvement vers la justice reproductive

projecteur

10–31

Naviguer dans la justice reproductive :
Explorer l'accès à l'avortement sans risque
dans des paysages asiatiques diversifiés

Infertilité, justice reproductive et droits de
l'homme

Repenser l'éducation sexuelle pour les jeunes
handicapés

Repenser la sexualité des adolescents en
Afrique : Passer d'une perspective culturelle et
historique à une approche fondée sur les
droits

Complexité de la prise en compte de la santé et
des droits sexuels et reproductifs des femmes
dalits

L'inaccessibilité des services de santé sexuelle
et reproductive dans les situations d'urgence :
Un obstacle à la réalisation de la justice
reproductive

Décortiquer la justice reproductive à travers
les droits et les cadres juridiques

Mise en œuvre de l'agenda des droits et de
la justice en matière de procréation - Praxis
Pathways

dans leurs propres mots

32–38

Droits des trans, soins de santé et justice
reproductive

Les femmes migrantes et la justice reproductive
en Thaïlande : Rompre l'isolement

Justice reproductive et leadership féministe
dans les pays du Sud

suivi des activités nationales
et régionales

38–43

Fondamentalisme religieux et justice
reproductive : Les Philippines en point
de mire

Le registre des "enfants conçus non nés" au
Paraguay : la "tempête parfaite" pour éroder
davantage l'autonomie en matière de procréation

Le pouvoir des femmes et des filles et
l'organisation contre la violence

SAIGE : Faire progresser la justice reproductive
et l'accès à l'avortement sans risque dans les
pays du Sud

published by

the asian-pacific resource and
research centre for women
(arrow)



published with the funding support of

the David & Lucile
Packard
FOUNDATION

LA SANTÉ REPRODUCTIVE, LES DROITS REPRODUCTIFS ET LE MOUVEMENT EN FAVEUR DE LA JUSTICE REPRODUCTIVE

L'appel à la justice reproductive est une réponse à un monde marqué par des inégalités croissantes, exacerbées par des crises prolongées dues à l'accélération du changement climatique, à la multiplication des conflits et au ralentissement de la reprise économique et sociale après la pandémie de COVID-19.

Historique. La justice reproductive est un cadre qui associe les droits reproductifs à la justice sociale - ce terme a été utilisé pour la première fois par le mouvement de justice reproductive des femmes noires, SisterSong, aux États-Unis. a été utilisé pour la première fois par le mouvement de femmes noires pour la justice reproductive SisterSong aux États-Unis¹. Ces femmes voulaient s'éloigner du langage centré sur l'individu du droit à l'avortement et ont tenté de le redéfinir comme une matrice d'oppression dans le contexte de la stérilisation coercitive. des femmes de couleur, les obstacles à l'accès à l'avortement, le refus d'accès à l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que le droit d'avoir des enfants. Pour les femmes de couleur aux États-Unis, la justice reproductive n'inclut pas seulement le droit d'être parent ou de ne pas l'être, mais aussi le droit d'élever des enfants dans des conditions de sécurité et d'accès aux soins. La justice reproductive centre alors les expériences des groupes marginalisés dans le discours de la politique reproductive et considère les facteurs sociopolitiques qui créent les conditions de l'assujettissement.

La justice reproductive s'attaque à l'oppression reproductive en appliquant simultanément trois cadres principaux aux niveaux local, étatique, national et international. Ces cadres sont les suivants : la santé reproductive

(qui concerne la prestation de services), les droits génésiques (qui concernent les questions juridiques) et la justice reproductive (qui se concentre sur la création de mouvements et la justice sociale)⁽²⁾.

La justice reproductive en Asie ?

Dans quelle mesure ce langage de la justice reproductive est-il pertinent dans le contexte de l'Asie et du Pacifique ? Atteindre cette autonomie sur nos corps signifie que nous devons lutter non seulement contre les choix qui s'offrent à nous, mais aussi contre les forces qui façonnent les choix disponibles, y compris le refus ou les limitations des choix et de la prise de décision. Des inégalités et des injustices profondément ancrées dans les régions, encore exacerbées par de multiples crises, appellent à

Le cadre de la justice reproductive nous permet de nous interroger sur les barrières structurelles et systémiques qui limitent l'autonomie et la prise de décision, entraînant des disparités sociales - en particulier si nous voulons atteindre la santé sexuelle et reproductive pour tous. Le cadre de la justice reproductive renforce encore l'agenda des droits sexuels et reproductifs en l'imprégnant d'intersectionnalité, en décortiquant le discours sur le pouvoir et en l'enracinant dans les mouvements sociaux. La justice reproductive renforce et rend la santé et les droits sexuels et reproductifs plus pertinents et stratégiques, en nous permettant d'articuler pleinement l'ampleur des défis et les changements holistiques nécessaires pour garantir l'autonomie et l'intégrité corporelles. Le cadre de la justice reproductive permet aux activistes et aux défenseurs d'intégrer la décolonisation au sein du

Par Sivananthi Thanenthiran

Directeur exécutif, ARROW

Email: siva@arrow.org.my

mouvement de la santé sexuelle et reproductive et d'introduire une approche intersectionnelle dans notre travail. L'intersectionnalité nous permet de nuancer le langage et le cadre de la justice reproductive et d'interroger plus avant les moteurs multiples et croisés de l'inégalité et de l'iniquité, y compris les relations de pouvoir entre différents groupes, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, avec des conséquences négatives pour les femmes, les filles et les personnes transgenres les plus marginalisées³.

Historiquement, la région Asie a hérité d'une contraception coercitive, en particulier après le "mouvement" de la bombe démographique. Les politiques et programmes démographiques de pays comme la Chine, l'Inde et l'Indonésie ont été régulièrement critiqués. Mytheli Srinivas note que les politiques contraceptives coercitives pèsent indûment sur les femmes pauvres et que les élites reproduisent les perspectives coloniales sur les femmes plus pauvres, moins éduquées, rurales, indigènes et de caste inférieure⁴. Ces pratiques coercitives obligent les femmes à subir une tubectomie et à se faire poser un stérilet dans des camps insalubres, indignes et sans pouvoir. Il ne s'agit pas de l'expérience libératrice d'autonomie et d'action décrite dans la littérature dominante.

La classe, la caste, l'éducation, le statut de minorité, les capacités, l'âge, la situation matrimoniale, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le statut de migrant et la situation géographique continuent d'entraver la réalisation du niveau le plus élevé possible de santé sexuelle et reproductive après trois décennies de mise en œuvre du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) pour tous. Des facteurs historiques et actuels qui influencent les politiques, les systèmes et les institutions expliquent cette stagnation des réalisations en matière de

développement pour les pauvres et les marginalisés de la région.

L'utilisation du langage et du cadre de la justice reproductive est limitée par l'absence d'une méthodologie bien définie et de méthodes rigoureuses d'application du cadre⁵. Afin de réaliser tout le potentiel du cadre de la justice reproductive, nous devrions nous efforcer de théoriser, d'affiner et d'adapter le cadre pour nous rapprocher de ses objectifs radicaux et ne pas le réduire à une "tendance" dans les demandes de financement. Cette AFC est une tentative de construction d'un discours et d'un cadre autour de l'application de la justice reproductive.

Le concept global de justice reproductive en Asie et dans le Pacifique couvre cinq éléments clés⁶:

- Décriminalisation
- Fonds propres
- La violence
- Travail reproductif
- Technologie

Ces cinq éléments contribuent à former les axes qui nous permettent de comprendre et d'interroger le discours, les données, les récits et les progrès réalisés dans le domaine de la santé et des droits sexuels et génésiques. dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, ainsi que d'envisager de nouvelles façons de considérer les relations entre les formes correspondantes de marginalisation et d'oppression. Dans cet éditorial, nous rassemblons les travaux déjà réalisés par des organisations et des chercheurs de premier plan dans la région, en montrant la voie à suivre pour utiliser la justice reproductive parallèlement aux cadres de la santé et des droits reproductifs.

La décriminalisation. L'appel à la justice nous invite également à réexaminer les cadres juridiques qui continuent à perpétuer les préjugés et les hypothèses colonialistes et castéistes, même après l'indépendance, dans différents pays. Les lois coloniales visant à imposer la morale victorienne aux populations locales ont abouti à des lois telles que la loi sur les tribus criminelles de 1871, qui a été abrogée et remplacée par la

loi sur les délinquants habituels. Les tribus nomades et les castes (Vimukt jatis) vilipendées et dénaturées, visées par ces lois, ont souffert énormément. Les femmes de ces groupes ont été particulièrement opprimées par la violence de l'État et des castes ; elles étaient considérées comme "sexuellement immorales" (car elles jouissaient d'une plus grande liberté en matière sexuelle), "déviantes" et sans scrupules.⁽⁷⁾ Les lois sur l'avortement et la sodomie sont souvent mentionnées ; ces lois reposent sur des présupposés concernant la sexualité, l'action, l'autonomie et la vie privée des individus et des couples, ce qui entrave la pleine réalisation des droits sexuels et génésiques.⁽⁸⁾ Lorsque l'avortement a été légalisé, des problèmes d'accès subsistent, en particulier en ce qui concerne les limites de durée de validité.

Ce sont souvent les femmes les plus pauvres et les plus marginalisées qui se présentent plus tard aux services d'interruption de grossesse en raison du coût, de la distance et des obstacles au transport. La place centrale de l'avortement dans le cadre de la justice reproductive doit être renforcée. Une grossesse non désirée est le résultat de marginalisations, de vulnérabilités et d'échecs croisés : économie, violence, accès aux systèmes et services de santé, information et éducation, accès à des méthodes de contraception appropriées, assurance maladie couvrant les contraceptifs et les services de santé génésique, ainsi que l'autonomie et l'action au sein de la famille.⁽⁹⁾ Les délais imposés par la législation ou par les prestataires, tels que les périodes d'attente, le consentement des parents ou du conjoint, les ordonnances judiciaires ou les évaluations psychiatriques, rendent plus difficile l'accès aux services d'avortement pour les plus pauvres, les plus jeunes, ceux qui vivent dans des zones reculées ou qui appartiennent à des identités sociales marginalisées, telles que les migrants, les handicapés, les indigènes, les castes inférieures et les personnes transgenres. Les récents changements législatifs concernant les mariages précoces et la sexualité des adolescents ont entravé l'accès des adolescents à la santé sexuelle et génésique. Les changements législatifs

et politiques tels que l'augmentation de l'âge du consentement à l'âge minimum du mariage, qui enferme la sexualité dans le cadre marital et hétéronormatif, la déclaration obligatoire de l'activité sexuelle des adolescents, le recours aux décisions de justice en matière d'amour, de romance et de mariage, ont accru le contrôle des parents et de la famille sur la sexualité des adolescents et ont contribué à renforcer les normes sociales régressives. Ces nouvelles lois devraient également être considérées sous l'angle de la justice reproductive.

Afin de réaliser tout le potentiel du cadre de la justice reproductive, nous devrions nous efforcer de théoriser, d'affiner et d'adapter le cadre pour nous rapprocher de ses objectifs radicaux et ne pas le réduire à une "tendance" dans les demandes de financement. Cette AFC est une tentative de construction d'un discours et d'un cadre autour de l'application de la justice reproductive.

La criminalisation, la stigmatisation et souvent la pathologisation de la sexualité et de l'identité de genre, qui découlent des lois coloniales héritées, empêchent les jeunes, les adolescents, les personnes LGBT, les toxicomanes et les travailleurs du sexe d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductivedont ils ont besoin. Les grossesses accidentelles sont les plus nombreuses dans les cohortes d'âge de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, comme c'est le cas au Bangladesh, en Inde, au Laos, au Népal, aux Philippines, à Samoa et au Sri Lanka, pays qui utilisent la méthodologie des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS)⁽¹⁰⁾. En Indonésie, aux Philippines et au Cambodge, l'âge et la situation matrimoniale jouent un rôle déterminant dans l'accès à la contraception en raison des tabous sociaux sur l'activité sexuelle avant le mariage⁽¹¹⁾. Dans le Pacifique, les tabous entourant la sexualité avant le mariage, la honte et la "peur des ragots, de la honte publique et de l'embarras" maintiennent les activités sexuelles secrètes et cachées, ce qui fait que les grossesses non désirées et les IST sont courantes chez les jeunes femmes.⁽¹²⁾

La stigmatisation de l'avortement - liée à la promiscuité sexuelle et à une féminité contre nature - continue d'être un puissant facteur de dissuasion dans les comportements de recherche de santé et la fourniture de services sûrs¹³ en Inde,⁽¹⁴⁾ au Bangladesh,¹⁵ et au Népal¹⁶. Une stigmatisation profondément ancrée empêche également les moindres changements juridiques dans des environnements restrictifs tels que les Philippines,¹⁷ où les groupes conservateurs religieux continuent de s'opposer à l'avortement et à la contraception.

La stigmatisation de la sexualité avant le mariage, des relations sexuelles entre personnes de même sexe et de la vente de services sexuels influe sur les préjugés des prestataires qui fournissent ou refusent des services à ces groupes marginalisés⁽¹⁸⁾.

La stigmatisation de la sexualité prémaritale, des relations sexuelles entre personnes du même sexe et de la vente de services sexuels influence et pousse les prestataires à fournir ou à refuser des services à ces groupes marginalisés.¹⁹ Les travailleurs migrants se voient refuser un permis de travail en raison de leur grossesse et de leur statut VIH dans les pays récepteurs clés d'Asie du Sud-Est et du Moyen-Orient.⁽²¹⁾ La dépénalisation des lois régissant l'avortement, la sexualité des adolescents, la sexualité prémaritale, les relations sexuelles entre personnes du même sexe, l'identité de genre, la discrimination fondée sur la grossesse et le statut VIH contribue à améliorer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive pour les groupes les plus marginalisés de notre société.

L'équité. L'équité en matière de santé sexuelle et reproductive découle de sa définition de la santé comme l'absence de disparités systématiques entre des groupes ayant différents niveaux de pouvoir sous-jacents basés sur l'avantage/le désavantage social.²² Cela reste un rêve lointain. Le coût, le transport et les installations de soins de santé limités et différentes continuent d'entraver l'accès à la santé sexuelle et reproductive pour les pauvres et les marginalisés. Les femmes appartenant aux quintiles de richesse, sociaux et d'éducation les plus bas, celles qui vivent dans des zones rurales et difficiles d'accès, les minorités ethniques/religieuses, les castes et les

populations indigènes continuent d'avoir moins accès aux services de santé sexuelle et reproductive, qu'il s'agisse de contraception, de soins prénataux, d'accouchement, d'avortement sans risque, de services de dépistage du VIH et des MST ou de services de soutien en cas de violence fondée sur le sexe. Il en résulte des taux plus faibles de besoins satisfaits en matière de contraception et des taux plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles, parmi d'autres résultats défavorables en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'équité en matière de santé sexuelle et reproductive découle de ses définitions dans le domaine de la santé comme l'absence de disparités systématiques entre des groupes ayant des niveaux de pouvoir sous-jacents différents, sur la base d'avantages ou de désavantages sociaux. Cela reste un rêve lointain.

Le premier élément de ce facteur d'équité dans la justice reproductive nous invite à interroger **l'écosystème global de la santé** qui contribue à de moins bons résultats en matière de santé sexuelle et reproductive dans les groupes marginalisés. Cette question est particulièrement pertinente à l'heure où les systèmes de santé manquent de ressources et sont fragmentés, et où des politiques d'austérité sont à l'œuvre au niveau national. Une étude des communautés tribales du Kerala (l'État le plus performant en termes d'indicateurs de santé en Inde) montre que la mortalité maternelle parmi les femmes tribales reste élevée en raison de facteurs tels que l'éloignement, le mauvais état des routes et des moyens de transport, la pauvreté générationnelle et la malnutrition, mais aussi de systèmes de santé dysfonctionnels qui ne favorisent pas les personnes marginalisées et malades, ce qui contribue aux décès maternels⁽²³⁾.²³ En l'absence d'un système de santé et d'un système d'orientation solides et résistants, l'accès des plus marginalisés restera l'épée de Damoclès qui pèse sur les progrès réalisés en matière de santé sexuelle et génésique. Avec l'évolution vers la santé numérique, l'autosoin et les systèmes de santé décentralisés, nous

devons veiller à ce que ces systèmes continuent de fournir des informations et des services de qualité, en particulier aux groupes marginalisés. Par exemple, malgré l'acceptation généralisée du MRM (régulation menstruelle à l'aide de médicaments) au Bangladesh, l'information sur son utilisation pose encore des problèmes considérables, en particulier pour les travailleuses du sexe²⁴.

Nous pouvons également analyser la mainmise des élites sur la manière dont les systèmes de santé sont structurés, financés, conçus et privatisés, ainsi que le type de services de santé, le lieu où ces services sont disponibles et les personnes qui en bénéficient²⁵. La disparition croissante des systèmes publics de soins de santé universels au profit d'installations privées de meilleure qualité et à la pointe de la technologie rendra la santé inaccessible aux classes moyennes inférieures et aux communautés pauvres marginalisées, comme c'est le cas aux États-Unis. Un cadre de justice reproductive en Asie et dans le Pacifique devrait envisager les moyens de construire et de réorienter les systèmes de santé afin de servir les plus marginalisés.

La qualité des services auxquels on a accès est un autre aspect essentiel. Le genre, et son intersection avec d'autres inégalités sociales, se traduit par des inégalités en matière de santé⁽²⁶⁾. Dans le cadre des services de contraception, les femmes rurales les plus pauvres et les moins éduquées ne reçoivent pas les trois types d'informations nécessaires pour donner un consentement éclairé, selon les enquêtes démographiques sur la santé²⁷. Au Cambodge, le faible niveau de connaissance de la disponibilité des services d'avortement, ainsi que les problèmes de coût, de distance, de temps et de qualité des soins restent des obstacles importants à surmonter pour que les femmes réalisent leur droit à un avortement sûr⁽²⁸⁾.²⁸ Une étude réalisée à Koppal montre que lorsque des femmes marginalisées se rendent dans des établissements pour accoucher, elles continuent d'être victimes de discrimination, de mauvais traitements et de retards, ce qui entraîne une mortalité et une morbidité éventuelles.²⁹ En Asie du Sud-Est, les personnes LGBT sont confrontées à d'innombrables obstacles, stigmatisations et discriminations qui les empêchent d'accéder aux services de santé. Les services de santé mentale ne sont pas pris en compte⁽³⁰⁾.

éditorial

Lorsque l'on parle d'équité, certains **groupes sont invisibilisés** dans les paradigmes actuels. Les femmes âgées ont toujours été absentes de l'équation de la santé sexuelle et reproductive, simplement parce que presque tous les ensembles de données sur la santé sexuelle et reproductive n'étudient que les femmes en âge de procréer, c'est-à-dire celles âgées de 15 à 49 ans. Pour l'Asie en particulier, où une personne sur quatre aura plus de 60 ans, avec un total prévu de 1,3 milliard de personnes âgées de plus de 60 ans d'ici 2050⁽³¹⁾, un cadre de justice reproductive devra intégrer les besoins et les désirs sexuels et reproductifs des personnes âgées. L'accès aux technologies de procréation assistée (ART), l'accès au dépistage et au traitement des cancers de la reproduction et les services de santé sexuelle pour les personnes âgées sont quelques-uns des services de santé sexuelle et reproductive qui seront nécessaires³². Les femmes et les filles handicapées constituent un autre groupe invisible en Asie et dans le Pacifique, car la prévalence du handicap est sous-estimée et on estime à 350 millions le nombre de femmes et de filles handicapées³³. Les femmes et les filles handicapées sont 1,5 fois plus susceptibles de survivre à la violence que les personnes non handicapées. Pourtant, malgré les exigences de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), les femmes et les filles handicapées se voient refuser les informations et les services de base en matière de santé sexuelle et reproductive. La sexualité des personnes handicapées continue d'être stigmatisée, ce qui se traduit également par l'incapacité d'être parent. Les violations de leurs droits génésiques ne sont pas prises en compte, les femmes et les filles handicapées subissant des hystérectomies³⁴ et des avortements forcés, ou étant séparées de leurs enfants³⁵ lors de l'accouchement parce qu'elles sont jugées inaptes à être parents.

Quels types de services de santé sexuelle et reproductive devraient être fournis ? Le modèle dominant met l'accent sur l'accès aux services de planification familiale, de soins prénatals et d'accouchement et, dans une certaine mesure, aux services de prise en charge des IST/VIH pour les populations les plus exposées.

Au centre de ce modèle se trouve la femme pauvre, brune, sans éducation mais fertile, dont la fécondité doit être contrôlée. La femme infertile est une anomalie et il n'existe pratiquement pas de services de prévention, de dépistage ou de traitement de l'infertilité. L'infertilité est fréquente chez les femmes issues de milieux défavorisés et s'explique notamment par des infections de l'appareil génital (IAG) et des infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées, ainsi que par des problèmes menstruels⁽³⁶⁾.

Des services complets de santé sexuelle et reproductive, conformes à l'idéal de la CIPD⁽³⁷⁾, ne sont toujours pas fournis à tous les niveaux du système de santé. Certaines identités vulnérables posent des contraintes différentes, par exemple les Baiga au Chhattisgarh, où la diminution de la population signifie que ces femmes se voient refuser l'accès aux services de contraception et d'avortement³⁸. Au lieu d'améliorer les conditions de vie générales, l'accès aux services sociaux et la résilience économique des Baiga, les politiques d'augmentation de la population au sein des minorités ethniques n'ont fait que renforcer le contrôle des femmes Baiga sur les décisions en matière de procréation.

Lorsque l'on parle d'équité, certains groupes sont invisibilisés dans les paradigmes actuels. Les femmes âgées ont toujours été absentes de l'équation de la santé sexuelle et reproductive, simplement parce que presque tous les ensembles de données sur la santé sexuelle et reproductive n'étudient que les femmes en âge de procréer.

Les femmes et les filles handicapées constituent un autre groupe invisible en Asie et dans le Pacifique car la prévalence du handicap est sous-estimée. est sous-estimée. Pourtant, malgré les exigences de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), les femmes et les filles handicapées se voient refuser les informations et les services de base en matière de santé sexuelle et reproductive.

Nous ne pouvons pas parler d'équité sans reconnaître ceux qui vivent dans des **contextes fragiles et leur extrême vulnérabilité** au changement climatique et aux conflits. Les communautés les plus pauvres vivent dans les zones les plus vulnérables au changement climatique et sont confrontées à une augmentation de la fréquence et de l'intensité des cyclones, des inondations et des sécheresses, ce qui les appauvrit encore davantage. Ces pays et ces communautés ne sont pas responsables des externalités du développement et de l'économie de marché, mais ils paient le prix fort et subissent de plein fouet les effets du changement climatique. Le travail d'ARROW dans la région montre que certaines des communautés les plus pauvres manquent de services essentiels de santé sexuelle et reproductive, y compris de services de planification familiale et de services d'information sur les droits de l'homme, qui proviennent d'approvisionnements en eau contaminée.³⁹ En cas de catastrophe climatique, les femmes de ces communautés peuvent perdre leur famille et leurs enfants. Une étude menée au Tamil Nadu après le tsunami a montré que les femmes qui avaient perdu leurs enfants dans les inondations devaient avoir accès à l'inversion de la ligature des trompes⁴⁰. Ce qui apparaît clairement, c'est la nécessité de veiller à ce qu'en cas de crise - qu'il s'agisse d'une pandémie sanitaire ou d'une catastrophe climatique - les groupes marginalisés puissent avoir accès à la protection sociale et aux services de santé, en particulier aux services de santé sexuelle et reproductive. La dépendance des nations, des donateurs et des agences des Nations unies à l'égard du "capital social" des réseaux de femmes et de jeunes⁴¹ et des communautés pour déployer des réponses humanitaires en matière de SSR en cas de catastrophe n'est pas reflétée par un investissement égal dans ces mêmes réseaux et communautés dans le cadre des mesures d'adaptation, d'atténuation et de résilience au changement climatique.

L'impact du changement climatique sur les hommes et les femmes doit être reconnu de manière globale, en plus des besoins accrus en matière de santé sexuelle et reproductive lors des catastrophes induites par le changement climatique.

Violence.

La violence. La violence est une réalité malheureuse qui lie des générations de femmes, de jeunes et de communautés marginalisées. Les liens entre la violence et la santé et les droits sexuels et génésiques ont été bien documentés. L'E/MGF, dans ses formes les plus graves, contribue à la mortalité maternelle⁽⁴²⁾. La violence contribue à la mortalité maternelle, augmente la probabilité d'avortement spontané, de travail ou d'accouchement prématuré, et des niveaux plus élevés de dépression pendant ou après la grossesse, entre autres effets.⁽⁴³⁾ "Les survivantes de la violence rapportent plus d'avortements provoqués, d'avortements spontanés, de mortinaissances, de bébés de faible poids à la naissance, et sont plus à risque d'avoir subi des tentatives d'assassinat que les femmes qui ne sont pas en âge de procréer. Elles ont moins de visites de soins prénatals et de suivi de soins postnatals; elles retardent l'entrée dans les soins prénatals; elles ont certaines infections sexuellement transmissibles (IST) et un comportement à risque vis-à-vis du VIH. Les hommes violents envers leurs partenaires sont également plus susceptibles d'avoir des partenaires sexuelles multiples, ce qui peut accroître le risque d'IST et de VIH"⁽⁴⁴⁾.

Les données de l'étude 2004 de l'OMS intitulée *Profiling Domestic Violence : A Multi-Country Study*⁽⁴⁵⁾ énumère les conséquences sanitaires suivantes pour les survivants, qui sont étroitement liées aux intentions et aux résultats en matière de procréation :

- Un nombre moyen de naissances plus élevé dans la plupart des groupes d'âge et des pays.
- Moins susceptibles de déclarer que leur naissance était souhaitée au moment de la conception de l'enfant, dans tous les pays sauf un.
- La probabilité d'avoir une naissance non désirée est systématiquement plus élevée dans tous les pays sauf un.

Sur l'utilisation et les besoins en matière de contraception, les femmes ayant subi des violences :

- étaient plus susceptibles d'avoir essayé la contraception, mais aussi plus susceptibles de l'avoir interrompue.
- Ont tendance à avoir un besoin total de planification familiale plus élevé.
- Les besoins totaux non satisfaits sont plus élevés dans sept pays de l'étude.
- Les besoins non satisfaits en matière de limitation des naissances étaient plus importants dans tous les pays.

Les autres conséquences sur la santé étaient les suivantes

- Plus grande probabilité d'avoir une naissance non vivante (fausse couche, avortement ou mortinaissance).
- La prévalence autodéclarée des IST est au moins deux fois plus élevée que chez les femmes qui n'ont jamais subi de violences.
- L'expérience de la violence est associée à un retard dans l'accès aux soins prénatals.

Les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux femmes doivent être en mesure d'identifier les victimes de violences qui franchissent leurs portes et de veiller à ce qu'elles bénéficient d'une gamme complète de soins et de services, y compris l'accès à un avortement sans risque, la prophylaxie du VIH, le conseil et l'orientation vers des centres d'hébergement et une aide juridique.

Les personnes LGBT sont également confrontées à des niveaux de violence plus élevés, les personnes transgenres étant les plus touchées⁽⁴⁶⁾. Les personnes LGBT sont également confrontées à la violence de l'État sous la forme de lois discriminatoires mises en place dans les pays conservateurs, et ces lois empêchent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Les femmes et les hommes transgenres ont des besoins supplémentaires en matière de santé sexuelle et reproductive et ne sont pas seulement confrontés à la stigmatisation et à la discrimination, mais le système, qui est proprement divisé en fonction du sexe dans les services et les admissions dans les unités de soins, peut même ne pas les prendre en charge.

Rupali Bansode écrit sur la nécessité de nuancer le travail sur la violence fondée sur le genre par une compréhension des structures de caste et de la violence et des violences sexuelles disproportionnées exercées sur les femmes dalits par les hommes des castes supérieures⁽⁴⁷⁾. Une étude menée au Bihar examine également les nouvelles formes de violence qui apparaissent pour les femmes qui résistent aux tâches liées à la caste⁽⁴⁸⁾. L'absence de services de santé sexuelle et reproductive, de services juridiques et de recours à la justice pour les survivants de la violence est un prolongement de la violence structurelle.

Travail reproductif et travail de soins.

Les femmes et les jeunes filles d'Asie et du Pacifique sont celles qui travaillent le plus longtemps au monde, la majeure partie (4,4 heures sur 7,7 heures) étant consacrée au travail reproductif et aux soins non rémunérés⁽⁴⁹⁾. La division sociale du travail parmi les femmes et les jeunes filles d'Asie et du Pacifique doit prendre en compte le travail reproductif et les soins dans le cadre de la justice reproductive. Il s'agit d'activités telles que la maternité et l'éducation des enfants, la cuisine, le nettoyage et la lessive, les soins aux personnes âgées, aux malades et aux handicapés. Le travail reproductif est nécessaire au maintien de la société et les ménages sont engagés dans des activités de travail reproductif aussi bien que dans des activités de "travail productif". Le travail reproductif et le travail de soins impliquent un travail physique dur et un travail mental et émotionnel, et ont un coût en termes de temps et d'énergie. Les femmes et les jeunes filles sont appelées à effectuer des travaux de reproduction et de soins par instinct "naturel" et par altruisme et ne sont pas reconnues ou rémunérées pour cela. Cependant, le travail de reproduction et de soins assigné aux femmes et aux filles découle de la hiérarchie des sexes et des relations de pouvoir entre les sexes en vigueur dans la société et dans la famille.

Il en résulte que la charge des soins est supportée de manière disproportionnée par les femmes et les filles, mais pas exclusivement, et pas toujours par choix. Ainsi, la décision d'être parent affecte de manière disproportionnée le travail reproductif et la charge de soins des femmes. Ce manque d'opportunités et de choix renforce l'assujettissement économique des femmes au niveau microéconomique et la féminisation de la pauvreté au niveau macroéconomique, ainsi que la subordination raciale, ethnique, de caste et économique par le biais de la sous-évaluation persistante du travail reproductif.

Au Sri Lanka, malgré de longues années de programmes d'éducation et de santé gratuits, la participation des femmes au marché du travail est de 34,9 %, soit près de la moitié de celle des hommes (73,4 %).

Sur les quelque 7,7 millions de personnes considérées comme "économiquement inactives", 74,3 % sont des femmes. La dynamique du pouvoir entre les sexes est clairement en jeu, puisque 60,5 % des femmes et 4,9 % des hommes sont "engagés dans les tâches ménagères"⁽⁵⁰⁾. On observe à la fois une division sexuée du travail non rémunéré et des écarts entre les sexes dans le temps consacré au travail non rémunéré. Dans les études sri-lankaises, les obligations sociales et les attentes à l'égard de la famille, les rôles de genre renforcés par les médias et les politiques gouvernementales ont influencé et renforcé le rôle des femmes dans le travail reproductif non rémunéré et les soins⁵¹. La valorisation de la maternité et la valorisation de la maternité et l'assujettissement des femmes à ce modèle d'autosacrifice ont été renforcés par les traditions populaires, culturelles et traditionnelles, et soutenus par des cadres politiques qui vont dans ce sens. Le cadre de Diane Elson⁵² visant à reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soins a été largement adopté par les parties prenantes pour faire avancer l'agenda du travail reproductif et du travail de soins - comme l'augmentation des revenus, du statut et des avantages des travailleurs de soins, la fourniture de services publics pour les soins aux enfants et aux personnes âgées, la garantie de la protection sociale, les politiques visant à redistribuer le travail de soins aux hommes par le biais du congé de paternité, du congé de soins paternels, des semaines de travail plus courtes pour les deux sexes et l'augmentation des salaires pour les professions à prédominance féminine.⁵³

En réalité, la capacité à réduire la charge des soins signifie souvent une redistribution du travail reproductif et de la charge des soins vers le Sud, le développement de "chaînes de soins mondiales" telles que décrites par Arlie Russell Hoschschild, ainsi qu'une féminisation et une sous-évaluation bien ancrées du travail reproductif. Toutes les femmes ne peuvent pas se permettre de réduire et de redistribuer leur travail reproductif et leur charge de soins, et celles qui sont les plus défavorisées se retrouvent à fournir du travail reproductif à d'autres⁵⁴.

La santé numérique doit également être envisagée dans une optique intersectionnelle et prendre en compte les risques accrus en matière de sécurité pour les femmes, les jeunes filles et les personnes marginalisées. La question des "gatekeepers", des personnes qui contrôlent l'accès aux appareils utilisés dans le cadre de la santé numérique, doit être prise en compte.

La possibilité de suivre l'utilisation d'applications relatives à la violence, à la contraception, aux services d'avortement ou de placer des applications de surveillance dans ces appareils est un sujet de préoccupation, en particulier en ce qui concerne les questions de santé sexuelle et reproductive.

Technologie. La pandémie de COVID-19 a accéléré l'utilisation de la technologie et de la santé numérique. 87 % des pays ont déclaré qu'ils investissaient dans la santé numérique pour le rétablissement à long terme du système de santé et la résilience et la préparation des services de santé.⁵⁵ Dans le domaine des SDRS, les interventions de santé numérique ont été utilisées pour l'avortement médicamenteux, la contraception, le dépistage des IST, le soutien à la contraception post-avortement, l'amélioration des connaissances et de l'utilisation de la contraception, l'amélioration des comportements et pratiques sexuels sans risque, ainsi que pour la sensibilisation des groupes à haut risque tels que les travailleurs du sexe et les groupes marginalisés tels que les adolescents et les jeunes.⁵⁶ La technologie et la santé numérique façonnent le paysage des SDRS à un rythme rapide, en particulier après la pandémie de grippe aviaire de type COVID-19. Des pays de l'hémisphère nord comme la Belgique, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni ont commencé à mettre en œuvre des interventions de santé numérique pour la fourniture de services d'avortement. Ces interventions ont également été poussées vers le Sud, où les populations plus marginalisées ont besoin non seulement d'interventions de santé numérique, mais aussi d'un plus grand soutien pour accéder à l'avortement médicamenteux et l'utiliser, comme des lignes d'assistance téléphonique, des formations pour les prestataires de santé et les pharmaciens, et la fourniture d'informations complètes, entre autres⁽⁵⁷⁾. Crawford et Serhal soulignent dans leur Digital Health Equity Framework⁵⁸ que les déterminants de la santé numérique

tels que l'accès, l'alphabétisation, les valeurs et les normes interagissent et réitèrent d'autres inégalités sociales existantes. L'accès, la littératie, les valeurs et les normes interagissent et réitèrent d'autres inégalités sociales existantes. La santé numérique doit également être envisagée sous un angle intersectionnel et prendre en compte les risques de sécurité accrus pour les femmes, les filles et les personnes marginalisées⁵⁹. La question des gardiens, des personnes sous contrôle (parents, conjoints, agresseurs) ayant accès aux appareils et capables de suivre l'utilisation des applications relatives à la violence, à la contraception, aux services d'avortement ou de placer des applications de surveillance dans ces appareils est préoccupante, en particulier en ce qui concerne les questions de santé sexuelle et reproductive. Lorsque la loi est considérée comme grise, cela soulève également des questions sur la sécurité, la vie privée et la propriété des données partagées avec ces plateformes, au cas où les autorités demanderaient des données aux propriétaires des plateformes. La capacité de ceux qui ont du pouvoir et des ressources à surveiller ceux qui n'en ont pas est grandement renforcée par les technologies numériques et contribue à marginaliser encore plus ceux qui le sont déjà. Les biais dans la conception des applications et des plateformes numériques, qui privilégient les modèles blancs et masculins, entraînent des algorithmes biaisés qui posent des diagnostics erronés et sous-estiment les problèmes de santé parmi les groupes marginalisés⁽⁶⁰⁾.

L'accès aux techniques de reproduction a été évoqué dans le contexte de l'infertilité des personnes âgées et des personnes LGBTI, ce qui soulève la question de la maternité de substitution. Dans une perspective nordique, l'accès aux services de maternité de substitution pour les couples riches et infertiles par des femmes pauvres du Sud est considéré comme une question de justice reproductive. Nadimpally nous demande d'interroger cette pensée avec une compréhension de la classe, du travail et de l'économie de marché avant de répondre à la question : La justice reproductive pour qui ?⁶¹ Le cadre de la justice reproductive nous invite à nous interroger au-delà de l'inclusion pour considérer les différences de pouvoir entre les différents groupes de la société.

Droits et justice. L'utilisation d'un cadre de justice reproductive signifie-t-elle que nous abandonnons les cadres de droits ? Cette question nous a été posée par nos partenaires d'ARROW. Comme nous l'avons déjà répété, nous considérons que la justice reproductive applique simultanément les cadres de la santé reproductive, des droits reproductifs et de la justice reproductive. Nous reconnaissons que la responsabilité des États à l'égard des normes internationales, telles qu'elles sont convenues dans les conventions et les documents de politique générale, ne peut être maintenue que par le biais des cadres de droits actuellement en place. Nous constatons que les gouvernements de la région ont des approches différentes en matière de santé et de droits sexuels et génésiques, et qu'ils en sont à des stades différents en ce qui concerne l'intégration des conventions relatives aux droits de l'homme au niveau national. Nous reconnaissons ainsi que les organisations, les militants et les avocats qui travaillent en première ligne utilisent les cadres et le langage qui reflètent leur vision politique et leur travail pour faire avancer l'agenda. Tout cela contribue à l'idéal de réalisation de l'autonomie sexuelle et reproductive. Le cadre de la justice reproductive est conçu comme une contribution à l'enracinement de l'agenda SDSR, en l'associant aux nombreuses nouvelles préoccupations émanant de la base et des groupes communautaires, et en contribuant à la construction du mouvement.

L'arc de la justice reproductive en Asie et dans le Pacifique nous invite à considérer les droits reproductifs en même temps que les droits interconnectés. Ceux-ci comprennent, comme dans le mouvement américain pour la justice reproductive, le droit d'être parent, le droit de ne pas être parent et le droit d'être parent dans un environnement sûr. Le droit aux soins fait partie intégrante du droit d'être parent. Le droit à la santé émerge dans le contexte de systèmes de santé fragmentés et manquant de ressources, parce que la santé sexuelle et reproductive ne peut pas être prise en charge en tant que services cloisonnés pour les groupes marginalisés et, dans ce contexte, le droit à des services complets de santé sexuelle et reproductive tout au long du cycle de vie, comme le préconise la CIPD. Le droit à la santé existe lorsque les systèmes de santé sont solides, résistants et entièrement financés.

Seule une approche de la santé à l'échelle de la société tout entière, visant à garantir le niveau de santé le plus élevé possible, sera en mesure d'assurer une plus grande inclusion. Le droit à une vie sans violence ni discrimination s'applique non seulement aux femmes, mais aussi à de nombreux groupes marginalisés. Le droit à la sexualité est également fondamental dans la mesure où la sexualité maritale hétéronormative devient le lieu de la discrimination et de l'exclusion. Le droit à la protection sociale à l'heure des politiques d'austérité économique. Le droit à la confidentialité des données, à la propriété de nos données et à la liberté de surveillance sexuelle et reproductive dans un monde numérique.

La justice reproductive peut nous aider à faire pression en faveur du changement de système que nous, les féministes, exigeons du monde en général. À une époque de montée de l'ethno-nationalisme et des forces idéologiques anti-genre et anti-migrants qui en découlent, l'utilisation du cadre de la justice pourrait bien empêcher une répétition de l'histoire et la réapparition de mesures coercitives et forcées en matière de santé reproductive pour les femmes, les jeunes et les personnes marginalisées. La justice reproductive nous aide à réimaginer des lois et des politiques, des systèmes et des institutions plus inclusifs, à reconstruire un mouvement SDSR plus nuancé et renforcé, et à recréer notre politique pour interroger en permanence les privilèges et le pouvoir.

Cet éditorial est le résultat de conversations et de présentations dans des forums tels que l'IAFFE, la Convention SAIGE et les réunions régionales de la CIPD+30.

Je suis redevable à un ensemble de réviseurs extraordinaires, dont Suneeta Dhar, Junice Melgar, Shakira Choonara, Jeevika Shiv, TK Sundari Ravindran, et le personnel d'ARROW - Menka Goundan, Sai Jyothirmay Racherla, Smruti Sudha Behera, et Harshani Bathwanage.

Notes et références

- 1 Loretta J. Ross (2017) Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism, *Souls*, 19:3, 286-314. DOI: 10.1080/10999949.2017.1389634.
- 2 Loretta J. Ross (2006) Understanding RJ, for Sister Song Women of Color Reproductive Justice Collective. https://www.sistersong.net/publications_and_articles/Understanding_RJ.pdf.
- 3 Venkatachalam, Deepa et al. 'Marginalizing' health: employing an equity and intersectionality frame. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, n. spe1 [Accessed 4 July 2023], pp. 109-119. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S109>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S109>.
- 4 Sreenivas, Mytheli. Reproductive politics and the making of modern India. University of Washington Press, 2021.
- 5 Tracy Morison, 'Using reproductive justice as a theoretical lens in qualitative research in psychology,' (2022), <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14780887.2022.2121236>.
- 6 Sivananthi Thanenthiran (2022), Intersections of Global Reproductive and Economic Justice in Research and Activism, for the International Association for Feminist Economics. 30 November 2022. <https://www.youtube.com/watch?v=CkBA-eTDp7U>. The first four aspects were discussed in this keynote address, whilst the fifth-technology—was brought out, during the review process, as a separate bucket bridging in the newer challenges to reproductive autonomy.
- 7 Srujana Bej, Nikita Sonavane, Ameya Bokil. Construction(s) of Female Criminality: Gender, Caste and State Violence. 2021. *Economic & Political Weekly* Vol 56 Issue No 36 4 September 2021. <https://www.epw.in/engage/article/constructions-female-criminality-gender-caste-and>.
- 8 Jain, Dipika. Criminalisation of Abortion. 2023, ARROW.
- 9 Thanenthiran, S. Reclaiming & Redefining Rights ICPD+25 Access to Safe Abortion in Asia and the Pacific Region. ARROW, 2019. <https://arrow.org.my/publication/access-to-safe-abortion-in-asia-and-the-pacific-region/>.
- 10 Thanenthiran, S. (2019) Reclaiming & Redefining Rights ICPD+25: The Status of Adolescent SRHR in Asia and the Pacific Region. ARROW. <https://arrow.org.my/publication/icpd25-the-status-of-adolescents-srhr-in-asia-and-the-pacific-region/>.
- 11 Thanenthiran, S. (2019) Reclaiming & Redefining Rights ICPD+25: Access to Contraception & Family Planning in Asia and the Pacific Region. ARROW. <https://arrow.org.my/publication/icpd25-access-to-contraception-and-family-planning-in-asia-and-the-pacific-region/>.
- 12 Baigry, M. I., Ray, R., Lindsay, D., Kelly-Hanku, A., and Redman-MacLaren, M. (2023). Barriers and enablers to young people accessing sexual and reproductive health services in Pacific Island Countries and Territories: A scoping review. *Plos one*, 18(1), e0280667.
- 13 Thanenthiran, S. (2019) Reclaiming & Redefining Rights ICPD+25: Access to Safe Abortion in Asia and the Pacific Region (ARROW). <https://arrow.org.my/publication/access-to-safe-abortion-in-asia-and-the-pacific-region/>.
- 14 Ravindran TKS, Balasubramaniam P, Deosthali, P (2019) Availability of Safe Abortion Services and Perspectives of Actors on the Right to Safe Abortion in the states of Bihar and Tamil Nadu, India – A Rapid Assessment. *Commonhealth*. <https://arrow.org.my/publication/availability-of-safe-abortion-services-and-the-perspectives-of-actors-on-the-right-to-safe-abortion-in-the-states-of-bihar-and-tamil-naduindia-a-rapid-assessment-national-baseline-research/>.
- 15 Azim, T., Afrin, S., Uddin, MN., Hossain, A., Chowdhury JH. (2019) Determining the quality of MRM services in South and Central Bangladesh. <https://arrow.org.my/publication/determining-the-quality-of-mrm-services-in-southern-and-central-bangladesh-national-baseline-research/>.

- 16 Beyond Beijing Committee (2019), Abortion Stigmatisation Attitudes and Beliefs and its effect on accessing Safe Abortion Services. <https://arrow.org.my/publication/nepal-baseline-research-report-claiming-the-right-to-safe-abortion/>.
- 17 Women's Global Network on Reproductive Rights (2019) Exploring Medical, Nursing and Midwifery students' knowledge and attitudes towards abortion in the Philippines. <https://arrow.org.my/publication/philippines-baseline-research-report-claiming-the-right-to-safe-abortion/>.
- 18 Melgar, J.L.D., Melgar, A.R., Festin, M.P.R. et al. Assessment of country policies affecting reproductive health for adolescents in the Philippines. *Reprod Health* 15, 205 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0638-9>.
- 19 Scott Geibel, Sharif M.I. Hossain, Julie Pulerwitz, Nargis Sultana, Tarik Hossain, Shongkour Roy, Brady Burnett-Zieman, Lucy Stackpool-Moore, Barbara A. Friedland, Reena Yasmin, Najmus Sadiq, Eileen Yam, Stigma Reduction Training Improves Healthcare Provider Attitudes Toward, and Experiences of, Young Marginalized People in Bangladesh. *Journal of Adolescent Health*, Volume 60, Issue 2, Supplement 2, 2017, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.026>.
- 20 Fair Labor 2018 Triple Discrimination: Women, Pregnant and Migrant Preventing Pregnancy Discrimination Against Temporary Migrant Workers – Lessons from Malaysia, Taiwan and Thailand. https://www.fairlabor.org/wp-content/uploads/2022/01/triple_discrimination_woman_pregnant_and_migrant_march_2018.pdf.
- 21 Ahmed A, Dujaili J, Sandhu AK, Hashmi FK. Concerns of HIV-positive migrant workers in COVID-19 pandemic: A call for action. *J Glob Health*. 2020 Dec;10(2):020342. doi: 10.7189/jogh.10.020342. PMID: 33110542; PMCID: PMC7566657.
- 22 P Braveman, S Gruskin Defining Equity in Health J. *Epidemiol Community Health* 2003, <https://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf>.
- 23 Veetilakath Jithesh, T.K. Sundari Ravindran, Social and health system factors contributing to maternal deaths in a less developed district of Kerala, India, *Journal of Reproductive Health and Medicine*, Volume 2, Issue 1, 2016, <https://doi.org/10.1016/j.jrhm.2015.12.003>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214420X15000479>).
- 24 Azim, T., Afrin, S., Uddin, MN., Hossain, A., Chowdhury JH. (2019) Determining the quality of MRM services in South and Central Bangladesh. <https://arrow.org.my/publication/determining-the-quality-of-mrm-services-in-southern-and-central-bangladesh-national-baseline-research/>.
- 25 Sameen A. Mohsin Ali & Rasul Bakhsh Rais (2021) Pakistan's Health-Care System: A Case of Elite Capture, *South Asia: Journal of South Asian Studies*, 44:6, 1206-1228, DOI: 10.1080/00856401.2021.1980840.
- 26 Sen, Gita, et al.(2007) "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it." <https://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2012/02/Unequal-Unfair-Ineffective-and-Inefficient-Gender-Inequity-in-Health.pdf>.
- 27 Thanenthiran, S. (2019) Reclaiming & Redefining Rights ICPD+25: Access to Contraception & Family Planning in Asia and the Pacific Region. ARROW. <https://arrow.org.my/publication/icpd25-access-to-contraception-and-family-planning-in-asia-and-the-pacific-region/>.
- 28 Reproductive Health Association of Cambodia (2019) Abortion related Stigma and Discrimination in Cambodia. RHAC. <https://arrow.org.my/publication/abortion-related-stigma-and-discrimination-in-cambodia-national-baseline-research/>.
- 29 Asha George, Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed Service Delivery Constraints, *Reproductive Health Matters*, Volume 15, Issue 30, 2007, [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)30318-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)30318-2).
- 30 Peter A. Newman, Shirley Mark Prabhu, Pakorn Akkakanjanasupar and Suchon Tejjan (2022) HIV and mental health among young people in low-resource contexts in Southeast Asia: A qualitative investigation, *Global Public Health*, 17:7, 1200-1214, DOI: 10.1080/17441692.2021.1924822.
- 31 Asian Development Bank (2022). <https://www.adb.org/what-we-do/topics/social-development/aging-asia>.
- 32 Racherla, SJ (2019) Reclaiming & Redefining Rights ICPD+25: Older Women's Health and Well-being in Asia and the Pacific Region. ARROW. <https://arrow.org.my/publication/older-womens-health-and-well-being-in-asia-and-the-pacific-region/>.
- 33 UNESCAP, Disability: The Facts (2022). <https://www.adb.org/what-we-do/topics/social-development/aging-asia>.
- 34 Addlakha, R. (2008). Disability, Gender and Society. *Indian Journal of Gender Studies*, 15(2), 191-207. <https://doi.org/10.1177/097152150801500201>.
- 35 UNFPA Women and young people with disabilities in the Pacific need better access to sexual and reproductive health services. A new pilot project is tackling the issue. (2022). <https://pacific.unfpa.org/en/news/women-and-young-people-disabilities-pacific-need-better-access-sexual-and-reproductive-health-1>.
- 36 Patra, Shraboni & Unisa, Sayeed. (2017). Female infertility in India: Causes, treatment and impairment of fertility in selected districts with high prevalence. *Global Journal Of Medicine And Public Health*. 6. 1-11.
- 37 The ICPD PoA defines the components of reproductive health to include family-planning counselling, information, education, communication and services; education and services for pre-natal care, safe delivery and post-natal care; prevention and appropriate treatment of infertility; abortion as specified in paragraph 8.25, including prevention of abortion and the management of the consequences of abortion; treatment of reproductive tract infections; sexually transmitted diseases and other reproductive health conditions; and information, education and counselling, as appropriate, on human sexuality,[i] reproductive health and responsible parenthood; referral for family-planning services; and further diagnosis and treatment for complications of pregnancy, delivery and abortion, infertility, reproductive tract infections, breast cancer and cancers of the reproductive system, sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS which should always be available, as required; and active discouragement of harmful practices, such as female genital mutilation. The ICPD PoA, urges the governments "to prevent, reduce the incidence of, and provide treatment for, sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS, and the complications of sexually transmitted diseases such as infertility, with special attention to girls and women."
- 38 Sulakshana Nandi, Deepika Joshi, Preeti Gurung, Chandrakant Yadav & Ganapathy Murugan (2018) Denying access of Particularly Vulnerable Tribal Groups to contraceptive services: a case study among the Baiga community in Chhattisgarh, India, *Reproductive Health Matters*, 26:54, 84-97, DOI: 10.1080/09688080.2018.1542912.
- 39 ARROW. (2021) Accelerating Gender-Responsive Climate Action Through Empowered CSOs – Capacity Needs Assessment in Bangladesh, Cambodia and Vietnam. <https://arrow.org.my/publication/accelerating-gender-responsive-climate-action-through-empowered-csos-capacity-needs-assessment-in-bangladesh-cambodia-and-vietnam/>.
- 40 Pyari T.T., Sundari Ravindran T.K., Sex differentials in the risk factors of post-traumatic stress disorder among tsunami survivors in Tamil Nadu, India, *Asian Journal of Psychiatry*, Volume 23, 2016, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.006>.
- 41 Murphy, N., Azzopardi, P., Bowen, K., Quinn, P., Rarama, T., Dawainavesi, A., and Bohren, M. A. (2023). Using social capital to address youth sexual and reproductive health and rights in disaster preparedness and response: A qualitative study highlighting the strengths of Pacific community organisations and networks. *PLOS Global Public Health*, 3(5), e0001624.
- 42 Alves, Mécia Maria Rodrigues, et al. "External causes and maternal mortality: proposal for classification." *Revista de Saude Publica* 47 (2013): 283-291.
- 43 Karen M Devries, Sunita Kishor, Holly Johnson, Heidi Stöckl, Loraine J Bacchus, Claudia Garcia-Moreno & Charlotte Watts (2010) Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries, *Reproductive Health Matters*, 18:36, 158-170, DOI: 10.1016/S0968-8080(10)36533-5.
- 44 Thanenthiran, S. (2010) Understanding the critical linkages between gender-based violence and SRHR: Fulfilling commitments towards MDG+15. ARROW.
- 45 Kishor, Sunita, and Kiersten Johnson. "Profiling domestic violence: a multi-country study." *Studies in Family Planning* 36.3 (2005): 259-261.
- 46 Braga, Francesca. "Access to Justice for LGBT People Who were Victims of Sexual and Gender-based Violence in Southeast Asia, Europe and North America. A Comparative Research." *Papers of the 7th International Conference on Gender & Women Studies* 2020.
- 47 Bansode, R. (2020). The missing Dalit women in testimonies of #MeToo sexual violence: Learnings for social movements. *Contributions to Indian Sociology*, 54(1), 76-82.
- 48 Datta, A., & Satija, S. (2020). Women, development, caste, and violence in rural Bihar, India. *Asian Journal of Women's Studies*, 26(2), 223-244.
- 49 ESCAP (2019) Unpaid Work in Asia and the Pacific, Social Development Policy Papers 2019/02. <https://www.unescap.org/resources/unpaid-work-asia-and-pacific>.
- 50 Kottegoda, S. "Unpaid Care Work: Why Does It Matter Whose Work It Is?"
- 51 Kottegoda S & Peiris (2023) (Eds), Working Hours: Exploring Gender Dimensions in Unpaid Care Work in Sri Lanka. Women & Media Collective.
- 52 Elson, D. Gender Dimensions of Economic Inequality.
- 53 Elson, D. Gender Dimensions of Economic Inequality.
- 54 Hochschild, A. R., & Ehrenreich, B. (2002). Love and gold.
- 55 WHO, 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.
- 56 Chattu, V.K., Lopes, C.A., Javed, S. et al. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. *Reprod Health* 18, 112 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01168-x>.
- 57 SAIGE. Technical Guidance Paper on Self-Managed Abortions. 2020. https://arrow.org.my/wp-content/uploads/2020/06/SelfManagedAbortions_SAIGE.pdf.
- 58 Crawford A, Serhal E. Digital health equity and COVID-19: the innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *J Med Internet Res*. 2020;22(6):e19361. <https://doi.org/10.2196/19361>.
- 59 Figueroa, Caroline A., et al. "The need for feminist intersectionality in digital health." *The Lancet Digital Health* 3.8 (2021): e526-e533.
- 60 Figueroa, Caroline A., et al. "The need for feminist intersectionality in digital health." *The Lancet Digital Health* 3.8 (2021): e526-e533.
- 61 Sarojini Nadimpally, Veronika Siegl & Christa Wichterich, Reproductive labour in fertility markets: a new precariousness column. global-labour-university.org | Number 323, October 2019. https://global-labour-university.org/wp-content/uploads/fileadmin/GLU_Column/papers/No_323_Sarjoni_et_al_surrogacy.pdf.

NAVIGATION DE LA JUSTICE REPRODUCTIVE : *Exploration de l'accès à l'avortement sans risque dans divers pays asiatiques*

Par Garima Shrivastava

Gestionnaire de programme, ARROW

Email: garima@arrow.org.my

Introduction. La justice reproductive, en tant que cadre, souligne l'importance cruciale de reconnaître la nature multidimensionnelle des droits reproductifs et de l'accès aux soins de santé. La justice reproductive, inventée par des femmes noires en 1994, est le droit humain à l'autonomie corporelle, englobant le choix d'avoir ou non des enfants et d'être parent dans des communautés sûres¹. Elle va au-delà de la simple légalité et reconnaît les intersections de la race, du genre, du statut socio-économique et de la géographie, qui façonnent les expériences des individus dans la recherche et l'accès aux services de soins de santé reproductive. Dans le paysage diversifié de l'Asie, le droit à des services d'avortement sûrs représente une tapisserie complexe tissée de fils juridiques, culturels et sociaux.

En 2019, l'Asie a connu environ 42 millions d'avortements, ce qui représente un aspect fondamental des choix en matière de santé reproductive dans la région². Cependant, ce nombre stupéfiant présente un contraste frappant : une proportion significative de ces avortements a été pratiquée dans des conditions dangereuses, ce qui a entraîné des dommages potentiels et même la mort d'innombrables personnes⁽³⁾.³ La disparité de l'accès à l'avortement médicalisé en Asie n'est pas seulement une question de cadre juridique, mais plutôt le reflet d'un réseau complexe de normes culturelles, de stigmates sociaux et d'inégalités systémiques qui peuvent soit faciliter, soit entraver l'autonomie en matière de procréation.

Cet article se penche sur le paysage de la justice reproductive dans plusieurs pays d'Asie, notamment l'Inde, le Népal, le Bangladesh, le Sri Lanka, le Vietnam, le Laos, le Cambodge, le Pakistan, les Philippines, l'Indonésie et les Maldives. En examinant les différents cadres juridiques, les politiques et les données

pertinentes, nous souhaitons faire la lumière sur la situation actuelle en matière d'accès à l'avortement sans risque dans la région. Cette analyse entend contribuer au plaidoyer en cours pour des droits reproductifs complets, en reconnaissant que ces droits englobent non seulement l'autorisation légale de l'avortement, mais aussi les contextes plus larges de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, l'accès aux contraceptifs et l'éradication de la stigmatisation et de la désinformation. Dans la quête d'une justice reproductive pour tous, il est impératif de comprendre les complexités et les défis auxquels chacun de ces pays est confronté. Cet article vise à fournir une perspective holistique, enracinée dans les principes de la justice reproductive, pour plaider en faveur d'un avenir où les individus de toute l'Asie pourront exercer leurs droits reproductifs sans contraintes légales, stigmatisation ou pratiques dangereuses.

Bangladesh : Les lois restrictives du Bangladesh en matière d'avortement entraînent des taux élevés d'avortements à risque. L'avortement provoqué est illégal, sauf pour sauver la vie d'une femme. La régulation menstruelle (RM) est autorisée jusqu'à 10-12 semaines, et la régulation médicamenteuse (RMM) jusqu'à 9 semaines. Malgré l'existence de services de régulation menstruelle, de nombreuses femmes ont recours à des avortements dangereux. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont un problème urgent au Bangladesh, où l'on estime à 647 000 le nombre d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

En 2010, 1,2 million d'avortements provoqués ont été classés comme dangereux⁽⁴⁾. Ces procédures dangereuses contribuent de manière significative à la morbidité et à la mortalité maternelles, environ 13 % de tous les décès maternels au Bangladesh étant attribués à des avortements dangereux⁽⁵⁾.⁵ Des lois restrictives et une pénurie de

prestataires de soins de santé qualifiés limitent l'accès à des services d'avortement sûrs, ce qui conduit de nombreuses femmes à recourir à des méthodes dangereuses, y compris des pratiques traditionnelles et des médicaments dangereux.⁶ Des amendements en 2018 ont élargi les bases légales de l'avortement, mais il reste des défis à relever pour garantir l'accès à des services sûrs, protéger les droits reproductifs et réduire la mortalité maternelle.⁷

Inde : L'Inde a fait des progrès notables dans l'amélioration de l'accès à des avortements sûrs avec la promulgation de la loi sur l'interruption médicale de grossesse (amendement), 2021. Malgré ces avancées, il reste des défis importants à relever pour mettre en œuvre efficacement les nouvelles dispositions et lutter contre la stigmatisation associée à l'avortement. Des données récentes datant de 2020 révèlent qu'environ 15,6 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses ont eu lieu en Inde, contribuant de manière significative aux taux de mortalité maternelle⁽⁸⁾. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont désormais la troisième cause de mortalité maternelle en Inde, et environ huit femmes perdent la vie chaque jour en raison de complications liées à ces procédures⁽⁹⁾.⁹ Une étude portant sur la période 2007-2011 a révélé qu'un pourcentage alarmant de 67 % de tous les avortements pratiqués en Inde n'étaient pas sécurisés, ce qui constitue une menace importante pour les droits fondamentaux des femmes, notamment leur droit à la vie, à la santé et à la dignité⁽¹⁰⁾.¹⁰

Indonésie : L'Indonésie dispose d'un cadre juridique complexe en matière d'avortement, qui ne l'autorise qu'en cas de viol, de mise en danger de la mère ou d'anomalie du fœtus. L'accès limité à des services d'avortement sûrs et légaux est influencé par des attitudes conservatrices, des croyances religieuses, la stigmatisation et une faible sensibilisation aux droits génésiques.

Un code pénal révisé maintient des restrictions sur l'avortement, pénalisant ceux qui recherchent ou fournissent des services en dehors des exceptions. Rien qu'à Java, on estime à 1,7 million le nombre d'avortements pratiqués chaque année, dont 73 % sont autogérés¹¹. L'Indonésie est également confrontée à des taux de mortalité maternelle élevés, dont environ 30 % sont attribués à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses⁽¹²⁾.

Le Pakistan : Les lois très restrictives du Pakistan en matière d'avortement entraînent une prévalence de procédures dangereuses. Les avortements ne sont légaux que pour sauver la vie d'une femme ou comme "traitement nécessaire". On estime à 2,2 millions le nombre d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses chaque année, le Pakistan affichant l'un des taux d'avortement les plus élevés au monde. La prévalence de la contraception est faible et les taux de mortalité maternelle et infantile sont élevés. Le code pénal criminalise l'avortement et prévoit des sanctions pour les prestataires et les femmes. L'accès limité à des soins d'avortement sûrs et légaux conduit les femmes à recourir à des méthodes dangereuses. La stigmatisation des prestataires et le manque de clarté des lois sur l'avortement sans risque entravent encore davantage l'accès^(13, 14, 15).

Sri Lanka : Le Sri Lanka n'autorise l'avortement que dans des circonstances limitées, par exemple lorsque la vie de la mère est en danger ou en cas d'anomalie du fœtus. Le code pénal criminalise l'avortement et prévoit des sanctions pour le prestataire et la femme. Des problèmes persistent en matière de sensibilisation, de stigmatisation sociale et d'accès équitable à des soins de santé reproductive complets. Environ 72 % des grossesses non désirées se terminent par un avortement, avec un taux annuel estimé à 28 pour 1 000 femmes. Le Sri Lanka a un taux de prévalence contraceptive relativement élevé et une faible mortalité maternelle. Il existe peu de données sur les complications liées aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses^(16, 17).

Le Népal : Le Népal a des lois relativement libérales en matière d'avortement, l'autorisant pour diverses raisons,

notamment des facteurs socio-économiques, le viol, l'inceste, des anomalies fœtales et des risques pour la santé de la mère. La loi de 2018 autorise l'avortement jusqu'à 12 semaines, et jusqu'à 28 semaines dans certains cas. Les taux de mortalité maternelle ont diminué grâce à l'extension des services d'avortement sécurisé. Toutefois, les stigmates sociaux persistent et entravent l'accès à ces services. L'avortement reste une infraction pénale et l'accès limité à l'avortement du deuxième trimestre entraîne des procédures dangereuses^(18, 19, 20).



RDP Lao : L'avortement est très limité au Laos et n'est autorisé que pour sauver la vie d'une femme. L'accès limité à des services d'avortement sûrs contribue à une proportion importante des décès maternels. En juillet 2021, le ministère de la santé a élargi les indications légales pour l'avortement, mais des restrictions subsistent. Environ 35 % des grossesses ne sont pas désirées et 68 % d'entre elles se terminent par un avortement. Prévalence de la contraception Le taux d'utilisation des méthodes modernes est de 49%, avec un accès limité pour les personnes non mariées. La mortalité maternelle reste élevée^(21, 22).

Maldives : L'accès à un avortement sûr aux Maldives est très limité, l'avortement n'étant autorisé que pour sauver la vie d'une femme ou en cas de viol ou d'inceste. Le code pénal criminalise l'avortement dans toutes les autres

circonstances, ce qui entraîne des procédures dangereuses et des risques importants pour la santé maternelle. Environ 13 % des décès maternels aux Maldives sont dus à des complications liées à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. La stigmatisation qui entoure l'avortement entrave encore davantage l'accès des femmes aux soins de santé génésique⁽²³⁾.

Cambodge : Le Cambodge dispose de lois relativement permissives en matière d'avortement, mais l'accès à des services sûrs reste difficile, en particulier dans les zones rurales. La loi autorise l'avortement pour des raisons socio-économiques, le viol, l'inceste et la malformation du fœtus. Les grossesses non désirées ont diminué de 21 %, tandis que le taux d'avortement a augmenté de 40 %. Malgré la légalisation, les femmes sont stigmatisées et peu informées sur les services d'avortement sûrs en raison de facteurs culturels et religieux. Le manque d'informations, les stigmates sociaux et l'insuffisance des infrastructures de soins de santé créent des obstacles à l'accès à ces services^(24, 25).

Le Vietnam : Le Viêt Nam dispose de lois relativement permissives en matière d'avortement, ce qui permet un accès sûr et légal aux services. Toutefois, la mise en œuvre et l'application des politiques font défaut, ce qui entraîne des disparités dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Environ 59 % des grossesses ne sont pas désirées et 75 % d'entre elles se terminent par un avortement. Le Vietnam a un taux d'avortement élevé, en particulier chez les adolescentes et les jeunes célibataires. Les obstacles aux soins comprennent les barrières institutionnelles, la stigmatisation des prestataires, les tabous culturels, les politiques de sélection du sexe et le coût. L'accès aux procédures du deuxième et du troisième trimestre est limité, en particulier dans les zones rurales^(26, 27).

Philippines : L'accès à l'avortement médicalisé est très limité aux Philippines en raison de lois restrictives. L'avortement est totalement illégal, sans exception, ce qui entraîne une forte prévalence de procédures dangereuses. Des sanctions pénales s'appliquent à ceux qui pratiquent ou subissent des avortements. Le contexte sociopolitique, influencé par des croyances conservatrices et religieuses, entrave les progrès. Les avortements dangereux contribuent à un taux élevé de mortalité maternelle^(28, 29).

Discussion : L'accès à des services d'avortement sûrs et légaux en Asie est entravé par des lois restrictives, des stigmates sociaux, des infrastructures de santé limitées et des barrières culturelles. De nombreux pays, dont le Bangladesh, les Maldives, le Pakistan et les Philippines, ont des lois très restrictives sur l'avortement qui limitent l'accès des femmes à des services sûrs. Ces lois portent atteinte aux droits génésiques et à l'autonomie des femmes, en les privant de la possibilité de prendre des décisions concernant leur propre corps et leur santé génésique.

L'un des principaux obstacles est constitué par les restrictions légales qui entourent l'avortement. Par exemple, les Philippines sont l'un des rares pays où l'avortement est totalement illégal, même en cas de viol, d'inceste ou lorsque la vie de la femme est en danger. Cela oblige les femmes à recourir à des procédures dangereuses et clandestines, ce qui entraîne des risques pour la santé et des décès maternels. De même, des pays comme le Bangladesh, les Maldives et le Pakistan restreignent l'avortement, sauf lorsque la vie de la femme est en danger, ce qui limite encore l'accès à des services sûrs.

La stigmatisation et les barrières sociales contribuent également aux difficultés rencontrées par les femmes qui recherchent des services d'avortement dans de nombreux pays asiatiques. Les attitudes de la société à l'égard de l'avortement se traduisent souvent par le jugement, la discrimination et l'isolement social des femmes qui avortent. Cette stigmatisation leur rend difficile l'accès à des soins de santé sûrs et efficaces, ce qui entraîne des retards ou le recours à des méthodes dangereuses.

L'accès limité à des services d'avortement sûrs dans les zones reculées exacerbe les inégalités auxquelles sont confrontées les communautés marginalisées. Des pays comme le Bhoutan, la Mongolie et le Vietnam ont du mal à fournir des services adéquats dans les zones rurales et mal desservies. Ce manque d'accès affecte de manière disproportionnée les femmes à faibles revenus, les minorités ethniques et les femmes vivant dans des zones reculées.

L'amélioration des infrastructures de soins de santé et la garantie d'un accès équitable aux services de santé reproductives sont des étapes cruciales pour remédier à ces disparités.

La généralisation des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses dans les pays où les lois sur l'avortement sont strictes constitue une grave menace pour la santé et le bien-être général des femmes et à leur bien-être général. Même dans les pays dotés de cadres juridiques plus permissifs, comme l'Inde et le Népal, de formidables obstacles tels que la stigmatisation sociale, une sensibilisation limitée et des infrastructures de soins de santé insuffisantes () entravent l'accès à des services d'avortement sûrs. Ces difficultés sont encore plus grandes pour les jeunes femmes et les personnes ayant des identités sexuelles différentes.

Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont l'un des principaux facteurs de mortalité et de morbidité maternelles dans des pays comme le Bangladesh, le Pakistan et les Maldives. Des mesures urgentes sont impératives dans ces pays, nécessitant des réformes juridiques globales et un meilleur accès à des services d'avortement sûrs. Ces réformes sont non seulement essentielles pour préserver la santé et la vie des femmes, mais aussi pour faire progresser la justice en matière de procréation et l'égalité des sexes à plus grande échelle.

Recommandations : Plusieurs recommandations peuvent être formulées pour lever ces obstacles et promouvoir la justice en matière de procréation. Les gouvernements devraient revoir et abroger les lois très restrictives sur l'avortement, en alignant les cadres juridiques sur les normes internationales en matière de droits de l'homme. Il est essentiel de promulguer des lois globales qui garantissent le droit des femmes et des personnes de sexe différent d'accéder à des services d'avortement sûrs et légaux, sans discrimination ni stigmatisation. Des efforts devraient être déployés pour élargir l'accès à des services d'avortement sûrs, en particulier dans les zones reculées, en formant les prestataires de soins de santé et en garantissant des installations et des fournitures adéquates.

Il est également essentiel de promouvoir des soins de santé reproductive complets, notamment l'accès à la contraception, au planning familial, à l'éducation à la santé sexuelle et aux soins post-avortement. Les gouvernements devraient investir dans des campagnes de sensibilisation et des programmes éducatifs pour lutter contre les stigmates sociaux et promouvoir des informations précises sur la santé génésique, en veillant à ce que ces initiatives s'adressent à tous les sexes. La protection de la confidentialité et de la vie privée des personnes qui ont recours à des services d'avortement, ainsi que la promotion de la collaboration avec les organisations de la société civile et les agences internationales, sont des étapes importantes pour garantir l'accès à un avortement sûr et légal.

En outre, il est essentiel de s'appuyer sur le cadre des droits de l'homme pour renforcer l'accès à des services d'avortement sûrs dans une optique de justice reproductive. Cette approche souligne que les droits génésiques sont des droits de l'homme, applicables à tous les individus, quelle que soit leur identité sexuelle. Des mécanismes de suivi et d'évaluation réguliers devraient être mis en place pour évaluer l'impact des politiques et des interventions visant à améliorer l'accès à des services d'avortement sûrs. La collecte et l'analyse des données sont essentielles pour identifier les lacunes, relever les défis et prendre des décisions fondées sur des données probantes.

En mettant en œuvre ces recommandations, les gouvernements d'Asie peuvent donner aux femmes, aux personnes de sexe différent et aux femmes enceintes les moyens de faire des choix éclairés en matière de santé génésique. Cette approche vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelles tout en créant une société qui respecte et protège les droits de l'homme de tous ses membres. En accordant la priorité à des réformes globales, soutenues par des politiques fondées sur des données probantes, on comblera le fossé de l'accès à des services d'avortement sûrs et on promouvra la justice en matière de procréation dans la région.

Notes et références

- Ross, L., & Solinger, R. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. University of California Press.
- Singh, S., Maddow-Zimet, I., & Gebreselassie, H. (2018). Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(3), 113-121.
- Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., ... & Temmerman, M. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381.
- ibid.
- Government of India. (2011). *District Level Household and Facility Survey (DLHS-3)*, 2007-08: India.
- Guttacher Institute. (2021). *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*. Retrieved from <https://www.guttacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide-global-incidence-and-trends>.
- Center for Reproductive Rights. (2021). *The World's Abortion Laws 2021*. Retrieved from <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
- ibid.
- World Health Organization. (2019). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2015*. Geneva: World Health Organization.
- ibid.
- Guttacher Institute. (2021). *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*. Retrieved from <https://www.guttacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide-global-incidence-and-trends>.
- ibid.
- Center for Reproductive Rights. (2021). *The World's Abortion Laws 2021*. Retrieved from <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
- ibid.
- World Health Organization. (2019). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2015*. Geneva: World Health Organization.
- Guttacher Institute. (2021). *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*. Retrieved from <https://www.guttacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide-global-incidence-and-trends>.
- Center for Reproductive Rights. (2021). *The World's Abortion Laws 2021*. Retrieved from <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
- Guttacher Institute. (2021). *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*. Retrieved from <https://www.guttacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide-global-incidence-and-trends>.
- ibid.
- Center for Reproductive Rights. (2021). *The World's Abortion Laws 2021*. Retrieved from <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., Sedgh, G., ... & Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., ... & Gerdts, C. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161.

INFERTILITÉ, JUSTICE REPRODUCTIVE ET DROITS DE L'HOMME

Introduction. Le mouvement pour la justice reproductive, fondé par des militantes noires aux États-Unis, a longtemps plaidé pour la reconnaissance de l'oppression reproductive - le déni de l'autonomie reproductive à des fins de contrôle et d'assujettissement. Si l'oppression reproductive peut se manifester de multiples façons, notamment en imposant la grossesse, l'accouchement et l'éducation des enfants dans des conditions dangereuses, elle peut également se produire lorsque les gouvernements ne parviennent pas à prévenir l'infertilité chez certains individus et certaines communautés. Les défenseurs de la justice reproductive ont souligné l'importance d'aborder la question de l'infertilité - à la fois lorsqu'elle est le résultat intentionnel de mesures visant à prévenir les naissances et lorsqu'elle résulte de la négligence de l'État en matière de fertilité - comme un aspect crucial de la garantie de l'autonomie reproductive et de la prévention

de conséquences graves pour la survie et le bien-être des individus et des communautés.

Malgré des décennies d'engagements mondiaux en faveur de la lutte contre l'infertilité, notamment lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et de la Conférence mondiale sur les femmes de 1995¹, l'infertilité persiste et touche encore au moins un individu sur six². Cet article présente plusieurs défis qui ont entravé une réponse mondiale efficace à l'infertilité et à son traitement, puis met en lumière un important rapport à venir du Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH)³ qui peut être utilisé par les défenseurs pour recadrer le plaidoyer en faveur de réformes de l'État sur ces questions. En fin de compte, cet article appelle à des analyses plus larges et plus nuancées de l'infertilité et de sa prévention, en

**Par Jaime M. Gher et
Payal K. Shah**

*Chargées de recherche, Université de Toronto,
Programme de droit international de la santé
sexuelle et reproductive, Faculté de droit*

Email: jaygher@gmail.com

Email: payal.k.shah@gmail.com

Défis persistants dans la lutte contre l'infertilité évitable et ses conséquences.

Les efforts déployés pour lutter contre l'infertilité tendent à être entravés par trois défis majeurs. Premièrement, historiquement, les programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) se sont concentrés sur la prévention des naissances, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire⁴. En raison de la priorité accordée au contrôle de la population, les programmes de SSR ont souvent donné la priorité à la stérilisation et à la contraception. Pourtant, l'infertilité est souvent causée par une série de facteurs évitables, notamment le manque d'accès aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, la violence sexuelle et sexiste, l'exposition aux toxines présentes dans

l'environnement et sur le lieu de travail, les effets du changement climatique, ainsi que la discrimination individuelle, intersectionnelle et structurelle. Deuxièmement, bien que l'on parle de plus en plus de l'infertilité depuis quelques années, l'accent est généralement mis sur le traitement plutôt que sur la prévention. Bien que cruciale, cette approche ne tient pas compte des souffrances, des interventions médicales et des coûts qui pourraient être épargnés si la préservation de la fertilité était considérée comme une priorité dès le départ. En outre, lorsque l'infertilité évitable n'est pas prise en compte, les gouvernements se trouvent dans une position plus forte pour déterminer qui se reproduit, en partie en contrôlant qui a accès aux techniques de procréation assistée (PMA).

Un troisième défi majeur est que l'infertilité de nombreux groupes continue d'être négligée en raison de définitions étroites et biomédicales de l'infertilité. Par exemple, les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'infertilité sont insuffisantes car elles reposent sur une définition étroite de l'infertilité - "une maladie de l'appareil reproducteur définie par l'impossibilité d'obtenir une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés"⁵ - qui est largement basée sur l'expérience de personnes cisgenres, hétérosexuelles et valides (principalement des femmes) ayant des relations sexuelles et qui ne tient compte que des facteurs biomédicaux de l'infertilité. Cette définition ne tient pas compte des expériences des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués (LGBTI), des personnes handicapées et des célibataires⁶ qui peuvent avoir besoin d'accéder aux traitements antirétroviraux pour avoir des enfants même si leur infertilité n'a pas été cliniquement diagnostiquée.

Le cadre des droits de l'homme. Afin de mieux faire connaître ces questions cruciales, le prochain rapport du HCDH sur l'infertilité évitable place carrément l'infertilité dans le cadre des droits de l'homme et souligne les obligations des gouvernements de s'attaquer aux causes et aux conséquences évitables de l'infertilité en matière de droits de l'homme.⁷ Voici un aperçu de l'analyse clé de ce rapport et des obligations des

gouvernements en matière de prévention de l'infertilité.

a. Causes et conséquences de l'infertilité du point de vue des droits de l'homme. L'infertilité peut résulter d'une série de facteurs évitables, dont beaucoup constituent des violations des droits des individus à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination, à la vie privée et à l'absence de torture et de traitements cruels, inhumains et dégradants. Les violations des droits de l'homme peuvent non seulement entraîner une infertilité biomédicale (troubles des organes reproducteurs d'un individu), mais aussi une infertilité sociale (contraintes légales, sociales ou réglementaires sur la capacité des individus à se reproduire, par exemple pour les personnes ayant des relations homosexuelles ou les personnes contraintes ou forcées à être stérilisées).

Le prochain rapport du HCDH reconnaît explicitement que l'infertilité évitable est souvent le résultat de l'incapacité des gouvernements à garantir l'égalité d'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive et à une éducation sexuelle complète, à prévenir la discrimination fondée sur le sexe, la race, l'âge et d'autres formes de discrimination, à réduire la pauvreté et à lutter contre la violence liée au sexe et l'exposition aux toxines présentes dans l'environnement et sur le lieu de travail, entre autres.⁸ Le rapport souligne également l'action ciblée de l'État pour prévenir les naissances au sein de certains groupes particuliers (par ex, par la stérilisation des personnes handicapées), tout en favorisant la reproduction d'autres groupes "désirés" par des politiques pronatalistes visant à promouvoir la force nationale, la croissance économique et la protection contre les agressions extérieures, ainsi qu'à préserver une "identité nationale" (c'est-à-dire des individus à hauts revenus issus de certaines origines raciales)⁹.

En outre, le rapport du HCDH souligne que si toutes les stérilités ne peuvent pas être traitées par un traitement, les obstacles au traitement antirétroviral peuvent entraver la fertilité dans les cas où la grossesse est encore possible grâce à la médecine, aux services ou à la technologie. Le rapport note qu'étant donné les

coûts élevés et la myriade de réglementations restrictives entourant le traitement antirétroviral - y compris les restrictions explicites sur l'accès au traitement antirétroviral pour certaines populations dans de nombreux pays - l'accès à ces services de traitement reste limité. Compte tenu de ces deux réalités et d'un manque général de volonté politique pour lutter contre l'infertilité, les États sont en position de force pour contrôler et limiter l'accès à des individus et à des groupes particuliers.

Le rapport du HCDH note également que des violations des droits de l'homme peuvent survenir lorsque les gouvernements ne préviennent pas et ne réparent pas les conséquences néfastes de l'infertilité, notamment les effets sur la santé mentale (c'est-à-dire la culpabilité, l'auto-accusation, l'impuissance et la dépression), les tensions et la dissolution familiales et conjugales, la violence entre partenaires intimes, la violence familiale et/ou la violence fondée sur le sexe, et même la mort¹⁰. violence familiale et/ou la violence liée au sexe, l'aliénation sociale et les abus, et même la mort¹⁰. Bien que l'accès au traitement de l'infertilité, y compris le traitement antirétroviral, ne suffise pas à lui seul à remédier à l'infertilité, il s'agit d'une composante essentielle des interventions nécessaires de l'État.

b. Les obligations des gouvernements en matière de lutte contre l'infertilité.

Le rapport du HCDH souligne que le droit international des droits de l'homme exige des gouvernements qu'ils préviennent, diagnostiquent et traitent l'infertilité, et qu'ils préviennent et réparent les préjudices liés à l'infertilité. Par exemple, les gouvernements doivent garantir l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, y compris les soins nécessaires pour prévenir ou traiter les complications liées à la grossesse (y compris les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses) et les infections sexuellement transmissibles (IST) qui conduisent souvent à la stérilité. De même, les gouvernements doivent garantir les déterminants sous-jacents de la santé, notamment l'accès à un environnement et à des conditions de travail sains, l'accès à l'éducation et à l'information en matière de santé, et la protection contre la violence et la discrimination¹¹. Les gouvernements doivent également garantir l'autonomie et l'intégrité corporelles, notamment en interdisant la stérilisation forcée ou sous la contrainte¹².



Il est essentiel que les gouvernements aient également l'obligation de lutter contre les stéréotypes et les normes sexistes et autres qui conduisent à la discrimination et à l'inégalité, y compris dans la jouissance d'autres droits de l'homme. La discrimination fondée sur le sexe, la race, l'âge, le handicap, ainsi que les formes structurelles et intersectionnelles de discrimination entravent la capacité des individus à exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive et sont des facteurs clés de l'infertilité, mettant ainsi en jeu le droit à l'égalité et à la non-discrimination. Les stéréotypes sexistes, raciaux et autres stéréotypes discriminatoires autour de la "maternité" peuvent conduire à privilégier la reproduction de certaines personnes tout en empêchant ou en décourageant la reproduction d'autres personnes. Les schémas d'infertilité évitable peuvent refléter la vision qu'ont les gouvernements ou les sociétés de ce qui constitue la "famille idéale" et de qui est digne de fonder une famille.

Par exemple, les stéréotypes et les tabous liés à la sexualité des adolescents - en particulier des adolescentes - conduisent à refuser une éducation sexuelle complète qui pourrait fournir des informations cruciales sur la préservation de la fertilité et à des lois et des politiques prohibitives qui conditionnent l'accès des adolescents aux soins de santé sexuelle et reproductive au consentement des parents ou des tuteurs.

Les stéréotypes raciaux et sexistes selon lesquels certaines femmes sont "hyper fertiles" conduisent au refus d'informations et de soins essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive pour prévenir la stérilité, ainsi qu'au refus de diagnostics et de traitements de la stérilité¹³. Les personnes confrontées à une discrimination intersectionnelle, notamment en raison de leur race ou de leur appartenance ethnique, de leur caste, de leur identité autochtone, de leur statut sérologique, de leur handicap, de leur sexe ou de leur orientation sexuelle, sont également plus exposées au risque d'interventions forcées ou contraignantes telles que la stérilisation⁽¹⁴⁾¹⁴. En outre, ces groupes peuvent également être confrontés à des attitudes discriminatoires s'ils cherchent à tomber enceintes, ce qui limite l'autonomie en matière de procréation et l'accès à des traitements de qualité contre la stérilité et à des soins de santé maternelle.

Le rapport du HCDH souligne que les préjugés et les violations des droits de l'homme liés à l'incapacité d'une personne à avoir des enfants punissent souvent les individus - principalement les femmes et les filles - pour ne pas avoir rempli et/ou transgressé leur rôle de genre. Les États ont l'obligation de s'attaquer aux stéréotypes discriminatoires qui conduisent à ces conséquences néfastes de l'infertilité. Ces droits, ainsi que d'autres, donnent lieu à de solides obligations gouvernementales pour assurer la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité et pour prévenir et traiter les normes discriminatoires qui exacerbent les conséquences néfastes de l'infertilité évitable.

Conclusion. Trop souvent, les discussions mondiales sur l'infertilité se concentrent uniquement sur le traitement, sans tenir compte du fait qu'une grande partie de l'infertilité peut être évitée. Cela place les individus dans une position où ils ne peuvent avoir d'enfants que si et quand les lois et les réalités pratiques leur permettent d'accéder à la procréation assistée, à la maternité de substitution et/ou à l'adoption. Il est essentiel de défendre la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité du TAR, car il y aura toujours un besoin de traitement pour l'infertilité biomédicale et sociale qui n'a pu être évitée. Cependant, il est tout aussi important de reconnaître que l'infertilité est souvent évitable et que les gouvernements

ont l'obligation, en matière de droits de l'homme, de prévenir l'infertilité et de créer des conditions permettant à tous d'avoir des enfants et de fonder une famille. La publication prochaine du rapport du HCDH offre une occasion cruciale de mettre en lumière l'incapacité des gouvernements à remédier à la stérilité évitable, qui est souvent enracinée dans la discrimination et les stéréotypes et peut donner lieu à une oppression en matière de procréation, et d'appeler les gouvernements, les donateurs et les autres acteurs clés à aborder la prévention de la stérilité en même temps que l'égalité d'accès au traitement.

Notes et références

- 1 See, e.g., "[I]nfertility affect growing numbers of women and may be preventable, or curable, if detected early." The Fourth World Conference on Women; Beijing Declaration and Platform of Action, Beijing, 4-15 September 1995, p.37.
- 2 See WHO, Infertility Prevalence Estimates, 1990-2021, p. xi, <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>.
- 3 Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 'The Role of Human Rights in Preventing Infertility and Redressing Infertility-related Rights Violations and Harms', 2023. [hereinafter OHCHR 2023 Human Rights and Infertility Report].
- 4 See F. Van Balen, Involuntary childlessness: a neglected problem in poor-resource areas, ESHRE MONOGRAPHS, Vol.2008, Iss. 1, 2008, p. 25-28; see also Arthur Greil, Julia McQuillan, and Kathleen Slauson-Blevins, The Social Construction of Infertility, in SOCIOLOGY COMPASS, 2011.
- 5 Ibid. at p. ix.
- 6 These individuals fall under the category of social infertility which refers to legal, social, or regulatory constraints on one's ability to reproduce. See Lisa Campo-Engelstein, How Should we Define Infertility and Who Counts as Infertile?, BIOETHICS TODAY (Apr. 20, 2015), <https://www.amc.edu/BioethicsBlog/post.cfm/how-should-we-define-infertility-and-who-counts-as-infertile>; Anna Louis Sussman, The Case for Redefining Infertility, NEW YORKER (June 18, 2019), <https://www.newyorker.com/culture/annals-of-inquiry/the-case-for-social-infertility>.
- 7 See OHCHR 2023 Human Rights and Infertility Report, supra note 3.
- 8 See OHCHR 2023 Human Rights and Infertility Report, supra note 3, at p. 2.
- 9 See Working Group on Discrimination against Women and Girls, A/HRC/32/44 (2016), paras. 61-62.
- 10 See Abdallah S. Daar, Zara Merali, Infertility and social suffering: The case of ART in developing countries, in Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17-21 September 2001 (2002); see also WHO, Fact-Sheet: Infertility, 2020.
- 11 See CESCR, General Comment 22 (right to sexual and reproductive health), UN Doc. E/C.12/GC/22, 2016, para. 7.
- 12 See, e.g., ICPD Programme of Action, para. 4.1; Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Arts. 3, 25; CEDAW Committee, General Recommendation 24, para. 31(e).
- 13 Kaara Baptiste, Well-born: Black Women and the Infertility Crisis No One is Talking About, CUNY Academic Works, 2014, https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=gj_etds.
- 14 See OHCHR 2023 Human Rights and Infertility Report, supra note 3, at p. 18-21.

RÉIMAGINER L'ÉDUCATION SEXUELLE POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

Par Srinidhi Raghavan

Co-responsable des programmes, Rising Flame

Email: srinidhi@risingflame.org

Il y a près de 180 à 220 millions de jeunes handicapés dans le monde. Malgré ce nombre, la compréhension de leurs besoins, de leurs désirs et même de leur éducation, notamment en matière de sexualité, est très limitée. Même si des recherches ont montré que l'éducation sexuelle des jeunes handicapés renforcerait leur sentiment d'identité, leur compréhension des limites, du consentement et de leurs désirs², les familles et le système éducatif sont encore peu enclins à leur fournir ces informations cruciales.

Des recherches menées en Inde et à l'étranger ont montré que le handicap joue un rôle dans l'accès à l'information sur la santé sexuelle et génésique. Par exemple, des études et des recherches menées dans des pays comme le Royaume-Uni³, l'Australie⁽⁴⁾, l'Afrique du Sud⁶ même l'Inde⁶, montrent qu'il y a encore beaucoup d'hésitations à fournir aux jeunes ayant une déficience intellectuelle des informations sur la sexualité. On part du principe qu'ils ne seront pas capables de traiter ces informations "compliquées" et qu'il est donc préférable de ne pas les leur fournir. Dans le document de TARSHI sur la sexualité et le handicap, nous constatons que de nombreux activistes et défenseurs renforcent ces idées. Nidhi Goyal, fondatrice et directrice exécutive de Rising Flame, est citée à propos du protectionnisme et du contrôle que subissent les personnes handicapées. Elle observe que "pour les gens, la seule façon de légitimer le travail sur la sexualité est de recourir à la violence, parce que notre société a toujours une approche basée sur la protection et le contrôle plutôt qu'une approche basée sur les droits à l'égard des personnes handicapées".

On suppose souvent que les jeunes atteints de déficiences intellectuelles ont besoin d'être protégés des expériences sexuelles car ils sont déssexualisés⁸, tandis que l'opinion contraire affirme que les personnes handicapées ressentent les désirs de manière aiguë et ne peuvent pas se "contrôler" ou sont "hypersexuelles". On pense que c'est particulièrement vrai pour les personnes souffrant de handicaps psychosociaux et intellectuels.



En 2022, lors d'une évaluation des besoins pour un projet sur la sexualité et les besoins des jeunes handicapés, nous avons eu de nombreuses discussions avec des parents, des éducateurs et des jeunes handicapés. Ces deux idées d'absence de sexualité et/ou d'hypersexualité ont été répétées par de nombreuses voix. Nos conversations ont mis au jour de nombreux stéréotypes, stigmates et mensonges auxquels les jeunes handicapés sont confrontés et qu'ils subissent au sein de leur écosystème. Les conversations nous ont montré le souci profond des parents et des éducateurs de protéger les adolescents contre les violences sexuelles. Cependant, plusieurs pratiques qui suppriment ou limitent leurs désirs et explorations sexuels sont simultanément en jeu. Dans cette dualité, la voix des jeunes handicapés et leurs besoins individuels étaient totalement absents.

Lors des entretiens avec les éducateurs de jeunes présentant une déficience intellectuelle, certains d'entre eux ont fait part de leurs réponses actuelles aux explorations autour de la sexualité (par exemple, se toucher), qui consistaient notamment à leur faire faire un excès d'exercice physique pour s'assurer qu'ils étaient trop fatigués pour se toucher. Cela démontre le tabou existant entre le handicap et la sexualité.

L'un d'entre eux a même discuté de la manière de modifier les vêtements, comme les pantalons, pour que l'adolescent ne puisse pas les ouvrir et se toucher. Certains éducateurs ont même raconté comment ils réagissaient par la punition, l'isolement ou la séparation lorsqu'un adolescent montrait de l'intérêt pour l'autre sexe ou était surpris en train de se tenir la main. Dans un autre cas, un parent d'un enfant présentant une déficience intellectuelle a raconté comment un médecin avait recommandé de limiter les interactions de l'enfant avec le monde en le gardant à la maison pour l'empêcher de se masturber en public.

Dans la plupart de ces situations, nous constatons qu'il existe des préoccupations et des hypothèses sous-jacentes concernant les comportements acceptables et inacceptables en matière de sexualité, qu'il s'agisse de se défaire de sa braguette en présence d'autres personnes, de se masturber en public ou d'être vulnérable à la violence. Il existe également un sentiment dominant de stigmatisation autour de leur sexualité, particulièrement renforcé par les personnes en position de pouvoir, comme les médecins. Il est également considéré comme tabou de manifester de l'intérêt pour les autres et de rechercher l'intimité.

Cependant, dans la plupart des cas, les éducateurs et les parents d'enfants handicapés n'ont pas reçu d'informations ou de compétences pratiques pour gérer la sexualité des adolescents handicapés.

Au contraire, nous avons constaté que les éducateurs, les parents, les médecins - ceux qui interagissent le plus fréquemment avec les jeunes handicapés - avaient le sentiment de devoir contrôler leur expérience de la sexualité. Nombre d'entre eux pensaient fermement que le mariage et les relations étaient impossibles pour eux en raison des exigences "émotionnelles" des relations qu'ils ne seraient pas en mesure de "gérer". À bien des égards, ces stéréotypes contribuent à déshumaniser et à restreindre leurs expériences, tout en prenant des décisions pour leur bien-être. Cela n'est pas différent de la manière dont de nombreuses personnes souffrant de déficiences intellectuelles sont privées de leur capacité juridique en raison de présomptions concernant ce qui est considéré comme convenable pour elles et leur compréhension.

Il est important de noter que ces expériences ou hypothèses découvertes au cours du travail sur le terrain en Inde n'étaient ni isolées ni rares.

Cette optique protectionniste, voire ce "gatekeeping", a également été constatée dans une étude menée au Royaume-Uni¹⁰ sur les personnes souffrant de déficiences intellectuelles qui utilisent l'internet pour se faire des amis. L'étude cite de multiples expériences de contrôle par les soignants à travers les récits des personnes handicapées. L'un de ces exemples est le suivant : "D'autres participants qui utilisaient des appareils électroniques personnels et des médias sociaux basés sur Internet ont décrit des comportements de surveillance de la part des soignants, tels que le contrôle de leur activité en ligne et sur les médias sociaux. Par exemple, Justin (22 ans) a déclaré que sa mère lui avait dit "Tu ne peux pas regarder des trucs pornographiques". Justin lui a répondu : "Je ne fais pas ce genre de choses". Justin a également déclaré que sa mère vérifiait son téléphone, à la recherche d'images pornographiques, et lui a dit "Ne va pas sur ces choses [sites pornographiques]".

Dans son article sur les éducateurs spécialisés et la sexualité des jeunes atteints de déficience intellectuelle, la chercheuse Shruti Vaidya¹¹ fait le constat suivant : "Il est important de noter que leurs interventions [celles des éducateurs spécialisés] ont des conséquences sur les

types d'opportunités sexuelles et, plus généralement, sur les formes d'identité mises à la disposition des personnes handicapées intellectuelles." En prodiguant des soins, un soutien et une éducation, les éducateurs spécialisés occupent une place unique dans la vie des jeunes handicapés, où ils peuvent agir et agissent souvent à partir d'une position d'influence.

Les hypothèses, les stéréotypes et les opinions démontrent et réitèrent l'importance d'une éducation sexuelle complète pour les jeunes handicapés, en particulier ceux qui présentent une déficience intellectuelle.

Dans une vidéo d'une table ronde organisée à Purple Fest sur le thème du genre, de la sexualité et du handicap⁽¹²⁾, Mme Goyal parle de l'hésitation de nos communautés à aborder le sujet des expériences sexuelles en raison d'une compréhension limitée de ce dont les jeunes handicapés ont besoin. Ses vidéos traitent également de la nécessité de remettre en question ces stéréotypes et d'élaborer un programme permettant aux jeunes handicapés d'apprendre à connaître leur corps et à exercer leur autonomie corporelle.

Les présomptions concernant la sexualité et les désirs des jeunes handicapés continuent d'exister en raison de la croyance persistante de la société selon laquelle les personnes handicapées sont en quelque sorte "inférieures" à leurs pairs non handicapés.

En plaçant la sexualité très bas dans la hiérarchie des sujets sur lesquels les jeunes handicapés ont besoin d'informations, nous avons construit un système qui renforce leur dépendance à l'égard des autres. Nous avons également renforcé l'idée que la sexualité n'est pas faite pour eux. Nous n'avons pas essayé de fournir les informations nécessaires dans des formats accessibles et faciles à comprendre. La décomposition des concepts de vie privée, la compréhension des espaces personnels et publics, l'exploration de ses désirs deviennent des informations et des compétences très importantes dont les jeunes handicapés bénéficieront. Cela permettrait également de créer un environnement moins surveillé pour eux, car à l'heure actuelle, les parents et les éducateurs agissent souvent dans une optique protectionniste.

Ces expériences démontrent également la nécessité d'élaborer un programme d'études et de former les éducateurs et les soignants afin qu'ils mettent à plat leurs préjugés et la stigmatisation qui entoure le handicap, et qu'ils travaillent à l'amélioration et à la concrétisation des droits des jeunes handicapés. Cela nous permettra également de doter les adolescents handicapés des compétences nécessaires pour nouer des amitiés, des relations intimes et participer de manière significative à la vie de la société.

Notes et références

- 1 United Nations Department of Economic and Social Affairs Youth. Youth With Disabilities. <https://www.un.org/development/desa/youth/youth-with-disabilities.html#:~:text=Estimates%20suggest%20that%20there%20are,them%20live%20in%20developing%20countries>.
- 2 Taylor, Shanon S. and Abernathy, Tammy V. Human Sexuality. "Sexual Health Education for Youth with Disabilities: An Unmet Need." InTechOpen. May 5 2022. DOI: 10.5772/intechopen.104420.
- 3 Whittle, Charlotte & Butler, Catherine. Research in Developmental Disabilities. "Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies." ScienceDirect. April 2018. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089142218300350>.
- 4 Darragh, J., Reynolds, L., Ellison, C., & Bellon, M. "Let's talk about sex: How people with intellectual disability in Australia engage with online social media and intimate relationships." Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 11 (1), article 9. 2017. doi:10.5817/CP2017-1-9.
- 5 Kahonde, Callista. "People with intellectual disability have a right to sexuality—but their families have concerns." TheConversation. August 16 2022. <https://theconversation.com/people-with-intellectual-disability-have-a-right-to-sexuality-but-their-families-have-concerns-186856>.
- 6 Chavan BS, Ahmad W, Arun P, et al. "Sexuality Among Adolescents and Young Adults With Intellectual Disability: Knowledge, Attitude, and Practices." Journal of Psychosexual Health. 2021;3(2):140-145. doi:10.1177/26318318211021544.
- 7 Vaidya Shruti. "Interpreting Sexuality: Intellectually Disabled People and "Special" Educators in India." Somatosphere. November 2 2020. <http://somatosphere.net/2020/sexuality-disability-special-educators-india.html/>.
- 8 McCarthy, 1999; Yau, Ng, Lau, Chan, & Chan, 2009.
- 9 In 2022, Rising Flame conducted a review of Project Samarthya, created by Kalinga Institute of Social Sciences and UNFPA Odisha. You can read more about it here: <https://risingflame.org/project/project-samarthya-srhr-for-special-schools-across-odisha/>.
- 10 Darragh, J., Reynolds, L., Ellison, C., & Bellon, M. Let's talk about sex: How people with intellectual disability in Australia engage with online social media and intimate relationships. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 11 (1), article 9. 2017. doi:10.5817/CP2017-1-9.
- 11 Vaidya Shruti. "Interpreting Sexuality: Intellectually Disabled People and "Special" Educators in India." Somatosphere. November 2 2020. <http://somatosphere.net/2020/sexuality-disability-special-educators-india.html/>.
- 12 Goyal, Nidhi, & Raghavan, Srinidhi. "Autonomy, agency, choice: Yes these are for us." TARSHI. February 16 2023. <https://www.tarshi.net/inplainspeak/disability-advocacy/>.

REPENSER LA SEXUALITE DES ADOLESCENTS EN AFRIQUE : *passer des perspectives culturelles et historiques à une approche fondée sur les droits*

Introduction. Dans de nombreux pays africains, les approches de la sexualité des adolescents tournent principalement

autour de la punition plutôt que de s'attaquer aux facteurs structurels sous-jacents qui entraînent des conséquences négatives liées à une activité sexuelle non informée et non qualifiée chez les adolescents. Cette situation peut être attribuée à un système de réglementation qui combine des normes culturelles générées avec certaines lois héritées de l'histoire régissant la conduite sexuelle des jeunes en Afrique.

La région doit adopter de nouvelles perspectives sur les adolescents et la sexualité. Les lois et les politiques relatives à la sexualité des adolescents doivent être conformes aux principes des droits de l'enfant si l'Afrique veut récolter les fruits de sa jeune population et réaliser "l'Afrique que nous voulons".

Perspective culturelle et historique de la réglementation du comportement sexuel en Afrique. La réglementation des comportements sexuels entre ou avec des enfants a toujours existé en Afrique, mais l'âge du consentement dans les lois pénales est historiquement d'origine coloniale et a influencé négativement les attitudes de l'Afrique à l'égard de la sexualité des adolescents. Le concept d'adolescence en tant que période intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte, définie par une tranche d'âge spécifique, était inexistant dans la vision du monde des cultures africaines jusqu'à l'introduction des notions occidentales de l'enfance.

Traditionnellement, la fin de l'enfance était marquée par la puberté, accompagnée de rites de passage, plutôt que par l'atteinte d'un âge spécifique¹. Les jeunes enfants sont toutefois considérés comme asexués. Bien que, dans certaines cultures, des formes circonscrites d'activité sexuelle soient acceptables entre filles et garçons non mariés, les rapports sexuels étaient réservés aux adultes engagés dans une union stable². Par exemple, chez les Kikuyu du Kenya, les filles et les garçons pouvaient se livrer à une activité sexuelle non pénétrative appelée ngwiko ou ngweko³, mais celle-ci était réservée aux garçons et aux filles initiés. Une pratique similaire, appelée Ukumetsha, existait chez les Xhosa en Afrique australe⁴. Chez les Luo du Kenya, une activité sexuelle limitée était autorisée pour les jeunes initiés⁵. Chez les Maasai, les garçons circoncis étaient libres d'avoir des relations sexuelles avec des filles non circoncises ou des jeunes filles mariées, pour autant qu'elles appartiennent à leur propre groupe d'âge et non aux pairs de leur mère ou de leur père⁶.

L'impact du colonialisme en Afrique a entraîné l'introduction de normes culturelles étrangères, notamment de diverses lois régissant l'activité sexuelle. Ces lois ont imposé aux communautés africaines un environnement normatif pluraliste, où de multiples cadres réglementaires coexistent et se font souvent concurrence. Cet environnement se compose de lois formelles dérivées de l'Occident, de normes traditionnelles africaines et de normes religieuses abrahamiques. L'interaction entre ces différents cadres a créé un paysage complexe et dynamique en termes de

Par Nondo Ejano

Directeur régional pour l'Afrique, WGNRR Africa

Email: nondo@wgnrrafrica.org

réglementation du comportement sexuel dans les sociétés africaines⁷. La plupart des codes pénaux coloniaux contenaient des dispositions relatives à l'âge du consentement qui étaient intrinsèquement patriarcales et basées sur les classes sociales dans leurs pays d'origine, et qui ont influé sur les stéréotypes de genre en matière de sexualité.^{8,9}

L'intérêt des gouvernements coloniaux à introduire des lois sur l'âge du consentement n'était pas de protéger les adolescents africains, mais de promouvoir les intérêts impériaux des gouvernements coloniaux. L'adoption de lois coloniales sur l'âge du consentement en Afrique a eu des conséquences importantes sur la criminalisation des relations sexuelles consensuelles entre adolescents. Ces lois ont établi des interdictions strictes sur les comportements sexuels fondés sur l'âge, et ces interdictions étaient absolues par nature. Les filles étaient considérées comme non autonomes et sexuellement passives, et les lois sur l'âge du consentement ont été promulguées pour freiner le désir sexuel masculin, considéré comme agressif et dangereux. La loi sur l'âge du consentement a donc délégué le contrôle de l'accès sexuel aux filles à leurs tuteurs légaux, qui étaient généralement des hommes adultes. Ces tuteurs légaux, tels que les pères ou d'autres membres masculins de la famille, se voyaient accorder le pouvoir de décider des questions liées à la conduite sexuelle de leurs adolescentes pupilles. Ce système limitait effectivement l'action et l'autonomie des filles, puisque leurs décisions et choix sexuels étaient soumis au contrôle et à l'approbation de figures masculines adultes. Cette dynamique de pouvoir a renforcé les rôles traditionnels des hommes et des femmes et a marginalisé davantage les voix et les droits des jeunes filles sur les questions relatives à leur propre sexualité¹⁰.

Bien que les systèmes culturels du colonisateur et du colonisé diffèrent de la manière dont ils considèrent le début de la sexualité adolescente (fin de l'enfance marquée par un âge spécifique contre fin de l'enfance marquée par la puberté accompagnée de rites de passage), ils présentent également plusieurs similitudes. Tout d'abord, elles étaient toutes deux genrées et patriarcales par nature, ce qui conférait aux hommes le pouvoir de réglementer la conduite sexuelle des adolescents, en particulier des filles. Ils valorisaient également la chasteté et la virginité féminines, de sorte que la fille était soumise à une surveillance et à un contrôle plus stricts que le garçon. Une fille ayant eu des relations sexuelles avant le mariage était considérée comme moins pure et moins désirable pour un bon mariage, tandis que les garçons étaient excusés s'ils s'adonnaient à des activités sexuelles. Dans les deux systèmes culturels, la responsabilité de rester "chaste et pure" incombait à la fille plutôt qu'au garçon.

Des normes pluralistes aux normes relatives aux droits de l'homme. De nos jours, les lois formelles dérivées de l'Occident, les normes traditionnelles africaines ainsi que les normes religieuses abrahamiques continuent d'influencer les approches de la plupart des États africains en ce qui concerne la sexualité des adolescents. Dans ces cadres réglementaires multiples, la question la plus importante est de savoir si ces cadres sont alignés sur les droits des adolescents. La réponse est absolument non, car ces deux cadres sont discriminatoires envers les adolescentes, n'encouragent pas un comportement équitable entre les sexes et ne favorisent pas des relations harmonieuses au sein du groupe hétérogène des adolescents dès leur plus jeune âge. La nature patriarcale de la loi coloniale et sa résonance avec des pratiques culturelles également patriarcales pourraient expliquer pourquoi certains pays conservent encore les lois coloniales, bien qu'elles aient été initialement introduites comme l'un des outils de domination et d'oppression des Africains. Il est intéressant de noter que même dans les pays qui ont abandonné la législation coloniale et qui ont transformé leurs lois pour les aligner sur les normes en matière de droits de l'homme, comme le Kenya, la formulation des nouvelles lois ou leur application reflètent toujours les stéréotypes de genre en matière de sexualité.



Les garçons continuent d'être considérés comme sexuellement actifs et à l'origine des rapports sexuels, tandis que les filles sont traitées comme sexuellement passives. La sexualité des filles fait l'objet d'un contrôle plus strict car elles sont considérées comme vulnérables et succombent facilement aux désirs sexuels des garçons et des hommes. Sans le vouloir, c'est la raison même pour laquelle plusieurs lois sur l'âge du consentement en Afrique privent les filles de leur autonomie et entretiennent des discours qui sapent l'action des filles¹².

Ces cadres portent atteinte à de nombreux droits des adolescents, en particulier des filles, notamment les droits à la non-discrimination, à la dignité et à la vie privée. Ils stigmatisent la sexualité des adolescents et ne reconnaissent pas les capacités évolutives des adolescents et leur développement normatif en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et génésiques des adolescents. des adolescents et leur développement normatif en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et génésiques des adolescents.

Les normes en matière de droits de l'homme reconnues dans divers traités invitent à une nouvelle réflexion sur les adolescents et la sexualité. Les lois et les politiques régissant le comportement sexuel des adolescents doivent être conformes aux principes des droits de l'enfant énoncés dans la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE) et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (CADBE), tels qu'interprétés et expliqués par les organes de suivi des traités¹³. Le programme d'action de la CIPD de 1992¹⁴ affirme que "un comportement sexuel responsable, la sensibilité et l'équité dans les relations entre les hommes et les femmes",

en particulier lorsqu'ils sont inculqués pendant les années de formation, renforcent et promeuvent des partenariats respectueux et harmonieux entre les hommes et les femmes" (paragraphe 7.34).

Conclusion. Si l'Afrique veut récolter les fruits de sa jeune population et réaliser l'"Afrique que nous voulons", il est donc important que les gouvernements africains passent intentionnellement d'un cadre normatif pluraliste à un cadre normatif plus large, il est donc important que les gouvernements africains passent intentionnellement du cadre normatif pluraliste à un cadre normatif plus large. à un cadre fondé sur le droit des adolescents à être libres et protégés contre les agressions sexuelles non désirées dans la régulation de leur comportement sexuel. Cela ne sera possible que si les gouvernements promeuvent l'égalité des droits et garantissent un statut juridique en ce qui concerne le consentement et l'autonomie des adolescents en matière d'activités sexuelles, éliminent les stéréotypes discriminatoires et reconnaissent que les adolescents sont capables, de manière hétérogène, d'avoir des comportements sexuels respectueux les uns des autres.

Les gouvernements devraient plutôt adopter des perspectives fondées sur les droits en élaborant des lois sur l'âge du consentement qui protègent les adolescents contre les préjugés et respectent leur capacité d'action et leur autonomie. Cette approche nécessite de fournir aux adolescents une éducation sexuelle complète et le soutien nécessaire, dès le début de leur vie, pour leur permettre de développer des attitudes positives et équitables à l'égard des relations entre les sexes et des identités sexuelles.

Notes et références

- 1 Mwangi, P. M. (2005). Children of many worlds: A representation of Agikuyu boys of the 1970s. In J. W. Khamasi & S.N. Maina-Chinkuyu (Eds.), *Sexuality: An African perspective: The politics of self and cultural beliefs* (pp. 37-50). Eldoret, Kenya: Moi University Press.
- 2 Godfrey Dalitso Kangaude and Ann Skelton: (De) Criminalizing Adolescent Sex: A Rights-Based Assessment of Age of Consent Laws in Eastern and Southern Africa.
- 3 Khamasi uses the terms "ngwiko" whereas Kiragu uses "ngweko" to refer to the same sexual practice.
- 4 Erlank, N. (2001). Missionary views on sexuality in Xhosaland in the nineteenth century. *Le Fait Missionnaire*, 11(1), 9-43.
- 5 Nyakwaka, D. (2005). Gender and sexuality among the Luo of Kenya: Continuity and change. In J. W. Khamasi & S. N. Maina-Chinkuyu (Eds.), *Sexuality: An African perspective: The politics of self and cultural beliefs* (pp. 77-94). Eldoret, Kenya: Moi University Press.
- 6 Karei, R. (2005). Sexuality as understood by the Maasai of Kenya. In J. W. Khamasi & S. N. Maina-Chinkuyu (Eds.), *Sexuality: An African perspective: The politics of self and cultural beliefs* (pp. 95-113). Eldoret, Kenya: Moi University Press.
- 7 Tamale, S. (2014). Exploring the contours of African sexualities: Religion, law and power. *African Human Rights Law Journal* 14, 150-177.
- 8 Mead, F., & Bodkin, A. H. (1885). *Criminal Law Amendment Act, 1885: With introduction, notes, and index*. London, England: Shaw & Sons, Fetter Lane and Crane Court.
- 9 Waites, M. (1999). The age of consent and sexual citizenship in the United Kingdom: A history. In P. Bagguley & J. Seymour (Eds.), *Relating Intimacies: Power and Resistance* (pp. 91-117). London, England: Palgrave Macmillan.
- 10 Bannerji, H. (2001). *Inventing subjects: Studies in hegemony, patriarchy and colonialism*. London, England: Anthem Press.
- 11 Muhanguzi, F. K. (2011). Gender and sexual vulnerability of young women in Africa: Experiences of young girls in secondary schools in Uganda. *Culture, Health & Sexuality*, 13, 713-725.
- 12 Allen, L. (2007). Denying the sexual subject: Schools' regulation of student sexuality. *British Educational Research Journal*, 33, 221-234.
- 13 Kangaude, G., & Banda, T. (2014). Sexual health and rights of adolescents: A dialogue with sub-Saharan Africa. In C. Ngwenya & E. Durojaye (Eds.), *Strengthening the protection of sexual and reproductive health and rights in the African Region through human rights* (pp. 251-277). Pretoria, Africa: Pretoria University Law Press.
- 14 United Nations, Program of Action (PoA) adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. Report of the International Conference on Population and Development (ICPD) UN Doc A/CONF.171/13 (1994) para 7.34.

COMPLEXITÉ DE LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES FEMMES DALITS

Par le Dr. Balasubramanian P.

Directeur exécutif, RUWSEC

Email: researchbalu@gmail.com

et Mme Srilakshmi, N.

Consultant,

Email: sri_lucky@yahoo.com

Introduction. Le Rural Women's Social Education Centre (RUWSEC) est une organisation locale de défense des droits

des femmes dalits qui œuvre en faveur des jeunes et de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SRHR) des femmes. Depuis sa création en 1981, RUWSEC a pour objectif d'assurer le bien-être des femmes en leur donnant

les moyens d'agir. L'objectif premier de RUWSEC est de permettre aux femmes

de mieux contrôler leur corps et leur vie et de parvenir au bien-être en promouvant l'égalité des sexes et les droits sexuels et génésiques.

L'approche globale de l'organisation a motivé et éduqué des femmes issues de communautés pauvres et marginalisées à défendre leurs droits et à devenir des agents du changement social. Au fil des ans, le travail de RUWSEC a inclus des femmes, des hommes, des adolescents et des jeunes afin de promouvoir des relations égalitaires entre les sexes et les droits sexuels et reproductifs.

Le RUWSEC organise des ateliers sur le leadership et les droits sexuels et génésiques pour différents groupes cibles, notamment les adolescents et les jeunes, les femmes et les hommes mariés, les travailleurs de santé de première ligne et les dirigeants d'organisations de la société civile. Outre le renforcement des capacités communautaires, RUWSEC fournit des services de soins de santé en matière de santé sexuelle et reproductive aux populations rurales pauvres, avec des conseils axés sur les femmes en matière de santé sexuelle et reproductive et de violence entre partenaires intimes. La production de matériel d'éducation sanitaire populaire, la recherche sur le genre et la santé sexuelle et reproductive, la mise en réseau et le plaidoyer auprès des principales parties prenantes sont les autres activités clés de RUWSEC.

Situation des femmes dalits en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs au Tamil Nadu. Les Dalits constituent la strate la plus basse du système de castes en Inde. Autrefois considérés comme des intouchables, ils sont officiellement appelés "castes répertoriées".

Ils constituent une communauté socialement et économiquement défavorisée en Inde. Les Dalits de l'État sont principalement des ouvriers agricoles sans terre qui vivent dans les zones rurales. Ils représentent 20 % de la population de l'État du Tamil Nadu⁽¹⁾.

La santé et les droits sexuels et génésiques des femmes comprennent l'autonomie corporelle et le pouvoir de décision. Elles ont droit à des relations sûres et saines, dans le cadre desquelles les femmes peuvent exercer leur droit de choisir leur partenaire, leur sexualité, le moment et le nombre de leurs enfants, ainsi que l'utilisation de méthodes contraceptives. Mais cela n'est pas possible pour les femmes dalits en raison de nombreux facteurs interdépendants, de la pauvreté et de la caste, de normes sociales et de genre strictes, du manque de soutien de la part des partenaires et des aînés de la famille, et du manque de ressources et de contraintes financières pour accéder aux services de soins de santé. Principalement, elles sont confrontées à un triple fardeau : en tant que membres de la caste la plus basse de

la hiérarchie, elles sont confrontées à la discrimination de caste ; en tant que femmes, elles sont confrontées à la discrimination de genre ; et en tant que pauvres, elles sont confrontées à la discrimination de classe.

En raison de la pauvreté et de la discrimination sexuelle, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'anémie nutritionnelle sont plus élevés chez les filles et les femmes dalits que chez les femmes d'autres castes^{2, 3}. Les jeunes filles sont mal informées sur la santé sexuelle et génésique. Une étude récente menée auprès de jeunes filles dalits fréquentant l'université dans le Tamil Nadu a révélé que plus de 44 % d'entre elles avaient eu leurs premières règles sans le savoir⁴. Les normes sexuelles et de genre sont encore très fortes et les hommes contrôlent la sexualité et la reproduction des femmes. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est également nettement plus élevé chez les Dalits (29) que chez les autres (18,9). La prévalence de la violence domestique parmi les femmes déjà mariées est nettement plus élevée chez les Dalits (46,6) que dans l'ensemble de l'État (39,6)⁽⁵⁾.

Au cours des deux dernières décennies, le gouvernement de l'État du Tamil Nadu a mis en place quelques programmes

d'aide à l'éducation pour les filles pauvres et marginalisées. Ainsi, de nombreuses filles dalits ont pu terminer leur scolarité et travailler dans des usines en tant qu'ouvrières. Elles aussi peuvent commencer à soutenir financièrement leur famille. Cependant, les hommes de la famille contrôlent strictement la mobilité et la prise de décision des filles une fois qu'elles ont atteint la puberté. Lorsqu'elles quittent la maison, elles peuvent interagir avec des garçons/hommes. Mais la société considère toutes les relations entre les jeunes garçons et les jeunes filles comme de l'amour. Lorsque leurs parents apprennent leur relation, ils arrêtent leurs études ou leur travail et organisent un mariage avec un autre homme. On observe également que les mariages d'amour et les mariages entre castes auraient augmenté au cours de la dernière décennie. Dans de tels cas, les femmes dalits sont victimes de mariages inter-castes - les meurtres et les suicides sont en augmentation.

Dans notre zone de projet, de nombreuses femmes dalits travaillent dans des entreprises en tant qu'ouvrières salariées pour soutenir financièrement leur famille. Avant d'aller travailler, elles pratiquent des avortements parmi les femmes dalits. L'implication des hommes dans la contraception est quasi nulle. Les femmes n'ont pas de droits sexuels et, dans les couples mariés, les rapports sexuels forcés sont plus fréquents.

Lorsque les femmes disent qu'elles sont fatiguées ou qu'elles expriment leurs préoccupations en matière de santé, leurs maris ne les écoutent pas. Au contraire, ils lui reprochent de ne pas satisfaire leurs désirs ou se battent avec elle. de ne pas satisfaire leurs désirs ou se battent avec elle, affirmant qu'elle a une relation extraconjugale sur son lieu de travail. En raison des normes sociales, des restrictions et du manque de contrôle sur leur corps, les femmes n'expriment souvent pas leur état aux autres. En outre, la relation entre un mari et sa femme est confinée entre quatre murs, et ils pensent qu'elle ne devrait pas être rendue publique car elle est profondément ancrée dans leur esprit ; le fardeau et les problèmes auxquels les femmes dalits sont confrontées dans les ménages et sur le lieu de travail ont été multipliés.

Au fil des années de travail avec les femmes dalits, nous avons observé qu'elles étaient également confrontées à la violence domestique et à des problèmes liés à l'alcoolisme de leurs maris. Elles sont également confrontées à des difficultés et à des défis en matière d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. La fourniture d'informations complètes sur la santé sexuelle et reproductive et le consentement n'est pas assurée dans les établissements de santé publique. En ce qui concerne les femmes dalits, elles sont méprisées en raison de leur apparence, et des cas de discrimination, de stigmatisation et de refus de certains services ont été signalés. Les établissements de santé publique sont la principale source de services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes dalits vivant en milieu rural. Lorsqu'elles reçoivent des soins de santé médiocres et qu'elles sont victimes de discrimination, leur santé et leur bien-être s'en trouvent gravement affectés. Les quatre récits suivants sont des exemples d'expériences vécues par des femmes dalits mariées dans des zones rurales (tirés des rapports de réunion et des dossiers de conseil du RUWSEC en 2022). Ils reflètent la manière dont leur justice sexuelle et reproductive est bafouée au niveau du ménage et du système de santé. les tâches ménagères ; après leur travail, elles doivent s'occuper d'eux. Le travail domestique et la reproduction relèvent toujours de la responsabilité des femmes ; la femme est blâmée en cas de problème. Les rapports sexuels non consentis sont l'un des principaux facteurs de grossesses non désirées et de



violences sexuelles et sexistes à l'encontre des femmes au sein des ménages.

Une femme de 45 ans, mère de trois filles, a un mari violent et alcoolique. Un jour, alors qu'elle dormait avec sa fille, il est arrivé au milieu de la nuit et l'a forcée à avoir des relations sexuelles. Ils se sont disputés et ses enfants se sont réveillés, ce qui les a plongés dans une situation délicate. Il a commencé à l'insulter et à la battre violemment. Lorsque ses enfants ont commencé à découvrir le comportement de leur père, ils se sont sentis mal et elle a eu du mal à s'occuper d'eux. Cela a entraîné une baisse de l'estime de soi et un stress mental important pour elle.

Une femme mariée de 47 ans, mère de deux adolescentes, a un mari violent qui boit et la bat, elle et ses filles. Elle va travailler pour subvenir aux besoins de sa famille, mais son mari lui prend de force ses revenus et les dépense en alcool. Elle a décidé de le quitter et s'est rendue dans une ville voisine, où elle a loué une maison. Son mari est venu et lui a créé des problèmes en se tenant devant la maison et en parlant de manière abusive, et il a même cassé la porte. Le propriétaire de la maison s'est mis en colère et leur a demandé de quitter les lieux. N'ayant pas le choix, ils ont dû retourner au village. La femme et sa fille aînée vont travailler dans une camionnette qui vient les chercher au village. Un jour, son mari s'est emparé du chauffeur et l'a battu violemment, et il a dit au chauffeur de ne pas venir la chercher dans la camionnette. Un jour, il a brûlé tous leurs vêtements et certificats pour qu'elles ne puissent pas quitter la maison. Aujourd'hui encore, elles n'ont pas le choix ; si elles sortent, il les suivra et rendra leur vie misérable.

Déni, discrimination et absence de consentement éclairé pour fournir des coupes au niveau du système de santé.

Une femme de 24 ans, mère de deux filles, a avorté de sa troisième grossesse. Elle ne pouvait pas utiliser de dispositif intrautérin en raison d'une infection de l'appareil génital. Elle n'a pas voulu subir d'opération contraceptive car elle était très faible et son taux d'hémoglobine était très bas. Mais son mari ne voulait pas utiliser de contraceptifs. Le prestataire de soins ne lui a pas fourni

d'informations sur d'autres méthodes de contraception et n'a pas non plus incité son mari à utiliser un moyen de contraception. La violence sexuelle était un événement récurrent pour elle. Par conséquent, trois mois après l'avortement, elle est tombée à nouveau enceinte, ce qui a entraîné une fausse couche. Par la suite, elle est tombée enceinte pour la cinquième fois et a accouché d'un garçon ; après l'accouchement, elle a opté pour une opération de tubectomie. Cependant, son taux d'hémoglobine était encore très bas ; les médecins du gouvernement ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas procéder à l'opération. Lorsque son fils a eu sept mois, elle a de nouveau conçu pour la sixième fois. Elle s'est alors rendue à l'hôpital où elle a subi un avortement et une opération de tubectomie accompagnée d'une transfusion sanguine.

Une femme de 23 ans a accouché pour la première fois à l'hôpital public du district ; après l'accouchement, on lui a administré du Copper-T (un dispositif intra-utérin en cuivre) sans son consentement éclairé. Elle pensait que s'ils lui donnaient le Copper-T, ils obtiendraient sa signature ou l'informerait lors de la sortie de l'hôpital, mais cela n'a pas été le cas. Elle a supposé qu'on ne lui avait pas donné de Copper-T, mais au bout de trois mois, elle a ressenti une gêne dans le bas-ventre. Lorsqu'elle en a discuté avec d'autres femmes de son quartier, on lui a dit que le Copper-T était généralement administré sans consentement éclairé à l'hôpital général et elle a demandé à consulter un médecin. Après avoir consulté le médecin, elle a appris l'existence du Copper-T. Lorsqu'elle a demandé au médecin de l'enlever, on lui a répondu qu'il y avait une règle dans les établissements de santé publique qui interdisait de l'enlever avant deux ans. Comme elle n'arrivait pas à gérer la douleur, elle a consulté un praticien privé et l'a retiré en payant 2 000 roupies.

Ces femmes ont été conseillées et ont reçu le soutien nécessaire de la part des conseillers et des agents de santé du RUWSEC. Sur la base de notre expérience

projecteur

de travail avec les femmes dalits et des récits ci-dessus, nous avons estimé qu'elles ne pouvaient pas exercer leurs droits fondamentaux en matière de santé sexuelle et reproductive sans s'attaquer aux facteurs structurels, aux pratiques discriminatoires et aux normes patriarcales rigoureuses.

Les femmes dalits n'ont pas le contrôle de leur propre corps ; même si elles connaissent leurs droits, elles ne peuvent pas les exercer, car leurs partenaires contrôlent toutes leurs décisions.

Conclusion. Les problèmes de santé sexuelle et reproductive des femmes dalits sont plus complexes et profondément enracinés dans les normes sociales et de genre. Elles sont démunies à différents stades de leur vie, depuis la pauvreté de l'enfance jusqu'à la discrimination de caste et de classe ; le genre joue un rôle important dans leur désresponsabilisation. Ainsi, les intersections de la caste, de la classe et du genre sont visibles, ce qui a un impact important sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dalits. Les femmes dalits n'ont pas le contrôle de leur propre corps ; même si elles connaissent leurs droits, elles ne peuvent pas les exercer, car leurs partenaires contrôlent toutes leurs décisions. En raison de la pauvreté et des normes sociétales, elles sont contraintes de vivre avec leur partenaire malgré un comportement malsain et des formes extrêmes de violence domestique. Elles ne peuvent pas utiliser de méthodes contraceptives pour espacer les naissances ou limiter la taille de la famille. Les hommes pensent que c'est la responsabilité de la femme. Bien que certaines méthodes contraceptives ne leur conviennent pas et entraînent des complications, les femmes sont obligées de les utiliser. Les hommes mariés utilisent rarement des contraceptifs. Les femmes sont obligées de vivre avec des partenaires qui sont des auteurs de violences sexistes.

Les établissements de santé publics sont la seule source de soins de santé pour elles. Cette situation contribue également au mauvais état de santé des femmes dalits, car les services de santé sexuelle et reproductive leur sont refusés et font l'objet de discriminations. Avant tout, une approche fondée sur l'intersectionnalité et la justice est nécessaire pour aborder la question des droits sexuels et génésiques des femmes dalits. Il est donc impératif de supprimer les normes sexospécifiques et patriarcales profondément enracinées dans la société en éduquant les hommes dalits aux relations égalitaires entre les sexes et en les responsabilisant par rapport à la santé des femmes. Deuxièmement, l'autonomisation économique des femmes dalits pauvres est nécessaire pour qu'elles puissent prendre des décisions indépendantes lorsqu'elles sont confrontées à des formes extrêmes de violence domestique. La dignité et la liberté des femmes pauvres doivent être protégées. Troisièmement, les prestataires de soins de santé publics devraient être sensibilisés à la nécessité de fournir des services de santé de meilleure qualité et axés sur les femmes.

Remerciements : Cet article a été élaboré grâce aux idées du personnel de RUWSEC. Nous remercions tout particulièrement Mme D Selvi et Mme G Kalavathi, coordinatrices du RUWSEC, pour avoir partagé les récits des femmes et leurs expériences sur le terrain.

Notes & References

- 1 Registrar General and Census Commissioner of India. District-wise scheduled caste population (Appendix), Tamil Nadu 2011 Available from <https://censusindia.gov.in/nada/index.php/catalog/42911>. Accessed on 5 June 2023.
- 2 Jaiswal, A. and Valarmathi. 2015. "An Anthropological Study on the Profile of Dalit Women in Puducherry." *International Journal of Scientific Footprints* 3(4): 1-14.
- 3 Balasubramanian. P 2019. Reproductive Health Status of Rural Unmarried Girls in Chengalpattu District, Tamil Nadu, HuSS: *International Journal of Research in Humanities and Social Sciences*, Vol 6(2), 66-70, July-December 2019. 2349-4778.
- 4 Ravishankar AK, (2017), Empowering Scheduled Caste college students to meet sexual and reproductive health needs in Tamil Nadu: An intervention study, Doctoral Dissertation, Department of Sociology and Social work, Acharya Nagarjuna University, Andhra Pradesh, India.
- 5 National Family Health Survey (NFHS-5). India Report. 2019-21. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR375/FR375.pdf>.

INACCESSIBILITÉ DES SERVICES SSR DANS LES SITUATIONS D'URGENCE : *Un obstacle à la réalisation de la justice reproductive*

Par Ashna Shaleen

Directeur national des services médicaux pour le Pacifique

Email: country.director@msp.org.fj

La planification familiale, les infections sexuellement transmissibles et les soins post-violence sexuelle devraient faire partie intégrante de l'accès aux soins, mais ils sont trop souvent négligés, en particulier dans les situations d'urgence où des difficultés surviennent.

Medical Services Pacific (MSP) fournit un service de soins intégrés aux victimes d'agressions sexuelles par le biais de protocoles formels avec le gouvernement des Fidji et d'autres parties prenantes afin de fournir des services par l'intermédiaire d'un guichet unique. Grâce à ses 11 années d'expérience dans la prise en charge des victimes de viols et d'agressions sexuelles, MSP est fier d'être le seul établissement de soins post-viol dans le Pacifique à comprendre le besoin d'urgence, de confidentialité et de respect de la vie privée lorsqu'il s'agit de victimes d'agressions sexuelles. Le MSP participe également à l'éducation et à la sensibilisation à la santé génésique, à la violence fondée sur le sexe et à la protection de l'enfance. Il fournit également des conseils sur le planning familial, les maladies non transmissibles et le dépistage du cancer du col de l'utérus au sein des communautés fidjiennes. Le MSP comprend

l'importance de la santé sexuelle et reproductive des femmes, des jeunes et des enfants, comme le souligne l'objectif de développement durable (ODD) n° 3, qui vise à "assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge" d'ici à 2030.

La planification familiale, les infections sexuellement transmissibles et les soins post-violence sexuelle devraient faire partie intégrante de l'accès, mais sont trop souvent négligés, en particulier dans les situations d'urgence où l'accès à la nourriture, à l'eau, à un abri et à d'autres droits de l'homme fondamentaux est difficile. La justice reproductive reconnaît qu'un certain nombre de facteurs croisés, notamment la race, la classe sociale, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le handicap et le statut d'immigrant, ont un impact sur les choix et les résultats en matière de procréation.

Les Fidji sont le centre du Pacifique et sont connues pour leur vulnérabilité aux cyclones, aux inondations soudaines et aux troubles politiques. Le déplacement des populations lors de ces événements a eu un impact négatif significatif sur les conditions sociales et économiques des individus qui doivent faire face à ces circonstances.

Aux Fidji, le statu quo en matière de santé reproductive est généralement relégué au second plan en raison de la situation géographique des femmes de la base, du manque de personnel dans les agences gouvernementales pour fournir des services de soins de santé de base, des tabous traditionnels et culturels

relatifs au fait qu'une femme a le droit exclusif de prendre une décision éclairée sur toutes les questions concernant son corps, et des idées fausses sur le planning familial et son efficacité.

Les Fidji ont ratifié des instruments juridiques internationaux tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles (CEDAW) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC). la loi de 2009 sur la violence domestique (DV), établi la politique nationale de genre (NGP) 2014, mis en œuvre des programmes de protection sociale complets pour protéger les enfants, les femmes âgées, les mères célibataires par le biais d'une assistance financière et un plan d'action national pour l'élimination de la violence à l'égard de toutes les femmes et les filles 2023-2028.

Malgré les progrès réalisés par les Fidji dans des domaines tels que l'éducation et l'emploi, des restrictives continuent d'être répandues et font obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de lois et de politiques visant à lutter contre la violence fondée sur le genre.

Le gouvernement a pris des mesures pour lutter contre les disparités entre les sexes au niveau national par le biais de la politique nationale en matière de genre (2014) et d'autres mesures visant à lutter contre la violence sexiste. Outre la lutte contre la violence à l'égard des femmes, le gouvernement fidjien a pris des mesures concernant la participation économique des femmes, leur leadership et l'impact du changement climatique sur les femmes. Le plan d'action pour les femmes (2021-2026), une initiative du ministère fidjien des femmes, des enfants et de la lutte contre la pauvreté, a défini trois priorités stratégiques : l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles, la promotion de l'autonomisation économique des femmes et la protection, la préparation et la résilience face aux catastrophes.

Le plan d'action national pour la prévention de la violence contre toutes les femmes et les filles (2023-2028) a été lancé en juin 2023 et englobe également la nécessité d'une justice en matière de procréation.

Malgré les progrès réalisés par les Fidji dans des domaines tels que l'éducation et l'emploi (Chattier, 2013), les normes restrictives en matière de genre restent très répandues et font obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de lois et de politiques visant à lutter contre la violence fondée sur le genre. Ces normes sont reconnaissables dans les communautés iTaukei et fidjiennes d'origine indienne et ont été établies par les systèmes coloniaux et perpétuées par les populations locales.

Les Fidji sont classées 103e sur 153 nations dans le classement Global Gender Gap Index 2020, qui évalue les inégalités dans les secteurs de l'économie, de l'éducation, de la politique et de la santé (Forum économique mondial, 2019). Les femmes fidjiennes subissent des disparités économiques, politiques et sociales. Grâce aux titres patrilinéaires, les hommes continuent d'avoir un meilleur accès à la terre et aux ressources et disposent d'un potentiel de revenus bien plus important. Selon le recensement de 2017, les hommes représentaient 76 % de la population active, contre 37,3 % pour les femmes. (Bureau des statistiques de Fidji, 2018).

Il a été établi que les hommes continuent d'occuper des positions de suprématie sur les femmes et sont considérés comme les chefs de famille dans de nombreuses communautés fidjiennes. Ces systèmes patriarcaux sont enracinés dans les populations iTaukei et indienne-fidjienne. La violence dans le mariage est encore tolérée et de nombreuses personnes continuent de penser que les hommes devraient avoir le pouvoir dans le mariage. De ce fait, les femmes sont souvent tenues pour responsables des actes de violence perpétrés à leur encontre, parce qu'elles ne traitent pas leur partenaire avec le respect qu'il mérite ou parce qu'elles ne remplissent pas leurs obligations en tant que femmes et sont tenues d'obéir à leur

mari et au chef de famille, même en ce qui concerne leur propre corps.

Bien que le gouvernement fidjien ait déployé des efforts considérables pour légiférer en faveur de l'intégration et de l'égalité des sexes, il existe encore des lois répressives qui interdisent et créent un environnement dangereux pour les femmes en supprimant leur droit de choisir en vertu de la loi sur les crimes de 2009, qui criminalise l'avortement et l'assortit de lourdes peines.

Idéalement, les conventions internationales stipulent que l'accès à un avortement sûr est un choix fait par chaque individu pour des raisons personnelles profondes et qu'aucun homme ou État ne devrait juger ou interférer. Toutefois, aux îles Fidji et dans de nombreux pays, la question du libre choix de l'avortement reste très controversée et l'accès à ces produits est impossible aux îles Fidji, à moins qu'il ne s'agisse d'un viol, d'un inceste, d'une maladie mentale ou d'une maladie physique.

L'avortement devrait être disponible à la demande de la personne enceinte au lieu d'être limité sur la base de justifications légales. Tout autre motif devrait être créé et traité d'une manière compatible avec le droit international des droits de l'homme. Cela signifie que l'avortement est une option dans les cas où une femme souffrirait considérablement de mener une grossesse à terme, y compris, mais sans s'y limiter, dans les cas où la grossesse n'est pas viable. Les stratégies fondées sur les motifs qui exigent que les déficiences fatales soient effectivement fatales pour que l'avortement soit légal frustreront les prestataires et obligent les femmes à mener leur grossesse à terme. De nombreux droits de l'homme sont violés lorsqu'une femme enceinte est contrainte de poursuivre sa grossesse malgré les souffrances qu'elle engendre. Les lois ou politiques qui imposent des limites à la durée de la grossesse peuvent avoir des conséquences négatives pour les femmes, notamment en les obligeant à recourir à des avortements clandestins et à souffrir d'inégalités sociales.

Il convient d'investir dans un plan d'action national spécifique visant à garantir que les premiers intervenants, ainsi que les États parties, préparent et planifient les services de santé sexuelle et reproductive qui doivent être déployés et mis en œuvre dans les situations d'urgence. Il s'agit également d'aider les populations à se remettre d'une crise en reconstruisant et en renforçant les systèmes de santé locaux afin qu'ils puissent fournir des services complets de santé sexuelle et reproductive dans des circonstances normales, de manière à ce qu'ils aient les moyens de fournir les mêmes services dans les situations d'urgence. Les efforts de préparation en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé publique dans les situations d'urgence par le renforcement des capacités des gouvernements, des partenaires locaux et des autres acteurs humanitaires doivent être accrus. Des efforts de réponse aux situations d'urgence agiles, fondés sur les droits, centrés sur les personnes et sensibles au genre, guidés par les besoins minimums et vitaux en matière de santé sexuelle et génésique, devraient être déployés dès le début d'une situation d'urgence.

Il convient de soutenir les approches communautaires qui améliorent l'accès aux informations essentielles, combattent les rumeurs et la stigmatisation et s'attaquent aux obstacles à l'accès à ces services essentiels, ainsi que la transition vers des services complets de santé sexuelle et reproductive dans les environnements fragiles et touchés par les conflits, en renforçant les systèmes de santé gouvernementaux qui ont été affaiblis par la crise. Il convient de soutenir les efforts déployés au niveau local pour amplifier les voix, renforcer la responsabilité et transférer le pouvoir et les ressources aux dirigeants, en particulier aux femmes et aux adolescentes. L'intégration de la violence fondée sur le sexe, y compris la réponse clinique aux viols et autres délits sexuels, doit également être renforcée. Il est indéniable que les situations d'urgence ont un impact psychologique et émotionnel considérable sur les personnes et les communautés. Dans l'urgence, il est possible que les services de santé mentale - y compris l'aide à la dépression post-partum, les conseils en cas de traumatisme et les



soins psychologiques liés à la santé reproductive - ne soient pas suffisamment prioritaires ou accessibles. Cela peut rendre beaucoup plus difficile l'accès à la justice en matière de procréation.

Une stratégie globale est nécessaire pour remédier à l'inaccessibilité de la justice reproductive en temps de crise. Ce cadre devrait permettre de donner la priorité aux besoins des groupes à risque, de garantir l'accessibilité des services de santé reproductive essentiels, d'améliorer les systèmes de santé, de faire progresser l'égalité des sexes et de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Le maintien et le rétablissement de l'accès aux services de santé reproductive et aux réseaux de soutien en temps de crise devraient également être inclus dans les stratégies de préparation aux situations d'urgence.

Le paradigme de la justice reproductive reconnaît également les réalités historiques et actuelles de l'oppression reproductive auxquelles les communautés ont dû faire face. Il promeut une stratégie globale pour la santé et les droits génésiques qui prend en compte les exigences et les expériences particulières des différentes personnes.

La justice reproductive promeut la liberté des personnes de prendre des décisions concernant leur vie reproductive sans être soumises à la violence, à la coercition ou à d'autres formes de discrimination. La justice reproductive vise à supprimer ces obstacles institutionnels afin que chacun puisse prendre des décisions concernant sa vie reproductive sans être soumis à des pressions, à des préjugés ou à des préjugés.

Le paradigme de la justice reproductive reconnaît également les réalités historiques et actuelles de l'oppression reproductive à laquelle les communautés, notamment les personnes de couleur, les peuples indigènes et les personnes à faible revenu, ont dû faire face. Il promeut une stratégie globale pour la santé et les droits génésiques qui prend en compte les exigences et les expériences particulières de diverses personnes.

Aux Fidji, où la langue, l'accès géographique, les experts en éducation doivent faire face aux blocages de la garde, à la sensibilité culturelle et à la génération patriarcale, l'accent mis sur l'élimination de ces barrières et l'organisation d'une conversation éducative entre les élites sur la justice reproductive et la possibilité pour les femmes de faire les choix relatifs à leur corps est la première étape pour réduire le fossé en matière de justice reproductive.

Note de fin : Patron du MSP - Ancien chef d'État et ancien président de la Chambre, Ratu Epeli Nailatikau | Directeur national pour les Fidji : Ashna Shaleen | Organisme de bienfaisance enregistré n° 877.

DECRIMINALISATION

decriminalisation of laws regulating abortion, adolescent sexuality, premarital sexuality, same-sex sexual relationships, gender identity, discrimination based on pregnancy and HIV status helps improve sexual and reproductive health outcomes for the most marginalised groups in our society



MY BODY
= MY
CHOICE!

QUEER
& PROUD

re-look at legal frameworks which continue to perpetuate colonialist and casteist biases and assumptions



REPRODUCTIVE LABOUR

women and girls in Asia and the Pacific work the longest hours in the world, most of this (4.4 hours out of 7.7 hours) is in unpaid reproductive labour and care work

work assigned to women and girls stems from the gender hierarchy and gendered power relations



gendered division of labour in unpaid work and gender gaps in time spent in unpaid work



recognise,
reduce and
redistribute
care work

burden of care being disproportionately borne by women and girls, but not exclusively, and not always by choice

social obligations and expectations around family, gender roles reinforced by media, government reinforced women's roles in unpaid reproductive labour and care work

reproductive labour
builds on reproductive
and reproductive
addresses power
promotes movement
and is inter



VIOLENCE

maternal mortality, miscarriage, premature labour/delivery, higher levels of depression during or after pregnancy



SRH Services = safe abortion, HIV-prophylaxis, counselling and referral to shelters and legal aid

marginalised groups like women + girls with disabilities, LGBTI persons, Dalit women most at risk

DALIT LIVES MATTER

HELP



EQUITY



Infertility

women and girls with disabilities

some groups are invisibilised in current paradigms - older women have always been missing from the SRH equation



under-resourced and fragmented health systems

comprehensive SRH services as per the ICPD ideal

whilst equity to access of services is one aspect, quality of services accessed is another critical aspect

those who live in fragile contexts and their extreme vulnerability to climate change and conflict



TECHNOLOGY



SRHR + Tech = medication abortion, contraception, STI testing, post-abortion contraception, safe sex behaviours and practices, outreach to high-risk groups - sex workers, adolescents and young people



DIGITAL HEALTH EQUITY: digital health determinants - access, literacy, values and norms; other social inequities are in digital health as well!



intersectionality takes security risks to women, girls and marginalised persons (Indigenous, caste, disability, LGBTI persons) into account

RIGHTS & JUSTICE

state accountability

through the rights frameworks

- right to be a parent
- right not to be a parent
- right to parent in a safe environment
- right to care
- right to health
- right to comprehensive SRHR services / life-cycle
- right to a life free from violence and discrimination
- right to sexuality
- right to social protection
- right to data privacy

the reproductive justice framework helps root the SRHR agenda, address inequities, analyse power dynamics, contribute to movement building

RJ Framework = Reproductive Health + Reproductive Rights + Reproductive Justice

reproductive justice - more inclusive laws, policies, systems and institutions; rebuild + strengthen SRHR movements

INDIGENOUS LIVES MATTER!

ART BY
@theWorkplace
doodler



LA JUSTICE REPRODUCTIVE À TRAVERS LES DROITS ET LES CADRES JURIDIQUES

Le cadre de la justice reproductive, développé par le collectif féministe noir SisterSong en 1994, a été inspiré par leurs expériences vécues enracinées dans leur race, leur genre, leur orientation sexuelle, leur handicap et d'autres identités. Elles ont cherché à étendre les conversations sur l'avortement et l'accès à la santé des femmes au-delà des espaces féministes blancs et ont apporté une perspective intersectionnelle et de droits de l'homme¹. reproductive a permis d'interroger les structures de pouvoir existantes en mettant l'accent sur le choix et l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) par le biais de demandes plus globales allant au-delà de l'avortement.² La compréhension et le déballage des inégalités structurelles, des préjugés, de la violence et de l'oppression sont inhérents à l'optique de la justice reproductive. Examinons de plus près la manière dont elle a fait progresser le cadre des droits de l'homme dans le contexte de la santé sexuelle et génésique.

Placer la santé reproductivedans le cadre des droits de l'homme présente de nombreux avantages. Le premier est la reconnaissance du fait que la santé et les services en matière de sexualité et de procréation sont ancrés dans les principes fondamentaux des droits de l'homme tels que la dignité et l'égalité de chaque personne, la liberté de choisir sa vie, de s'exprimer, et que la nécessité de satisfaire les besoins fondamentaux est un droit et pas seulement un privilège. Les droits de l'homme internationaux sont caractérisés par les principes d'universalité, d'inaliénabilité, d'interconnexion, d'indivisibilité et de non-discrimination. Les gouvernements sont alors tenus de respecter, de protéger et de mettre en œuvre ces droits de l'homme au-delà des normes constitutionnelles et juridiques reconnues au niveau national. Le cadre fondé sur les droits donne la priorité au droit de l'individu à

la santé et aux services sexuels et reproductifs, en veillant principalement à ce que l'avortement soit légal et à ce que les contraceptifs soient accessibles. Le cadre des droits en matière de santé sexuelle et reproductive est centré sur les droits d'une femme enceinte à choisir et à décider, à la dignité, à l'accès aux services et à la lutte contre la discrimination.

Les origines de la justice reproductive reposent sur une demande intersectionnelle d'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR), qui met en évidence les inégalités de santé auxquelles sont confrontées les communautés noires marginalisées - elle est ancrée dans la compréhension, l'analyse et la lutte contre les oppressions et exclusions systémiques fondées sur de multiples axes identitaires³. Cette approche porte donc le débat sur les SDSR au-delà des arguments relatifs à la vie privée, à la dignité et au choix, pour inclure les expériences vécues par les personnes et leurs réalités sociales en matière d'inégalités et de discriminations systémiques, et donne la priorité à l'intersectionnalité⁴.

En revanche, une approche de la SDSR fondée sur un cadre juridique se caractérise par une réglementation des questions liées à la SDSR par le biais de lois et de politiques promulguées par un gouvernement : ce cadre est régi par la constitution d'un pays et déterminé par des facteurs locaux, notamment la politique du pays. Dans un cadre juridique, il n'y a pas d'engagement explicite à adopter une approche fondée sur les droits de l'homme, ni de reconnaissance des inégalités systémiques et intersectionnelles. Cet article, à travers des études de cas sur l'avortement en Inde et au Népal, explore la manière dont il a été légiféré et examine s'ils ont adopté un cadre de droits ou un cadre juridique.

projecteur

Par Kruthika R

Coordinatrice régionale de la communication (Center for Reproductive Rights)

Email: kruthika@reprorights.org

Prabina Bajracharya

Directeur associé, Asie, (Centre pour les droits reproductifs)

Email: pbajracharya@reprorights.org

et Brototi Dutta

Conseiller en plaidoyer, Asie, (Centre pour les droits reproductifs)

Email: BDutta@reprorights.org

Ce faisant, il se demande lequel de ces deux cadres est le plus à même de réaliser la justice reproductive.

L'avortement en Inde : Exemption de responsabilité pénale ou fondement sur les droits ?

En Inde, l'avortement est criminalisé par la Loi de 1971 sur l'interruption médicale de grossesse (Medical Termination of Pregnancy, MTP) a été adoptée pour "prévoir l'interruption de certaines grossesses par des médecins agréés"⁵. La loi sur l'interruption médicale de grossesse prévoit essentiellement l'exonération de la responsabilité pénale des médecins qui pratiquent l'avortement. Elle fixe les limites de la gestation et les conditions dans lesquelles l'avortement peut être pratiqué. La modification la plus récente de la loi, en 2021, a élargi les limites de la gestation et permis aux femmes non mariées d'avoir accès à l'avortement⁽⁷⁾.

L'intention du législateur derrière l'adoption de la loi sur le PMT semble être orientée vers le contrôle de la population⁸. Les débats parlementaires précédant la promulgation de la loi, l'une des raisons invoquées par le gouvernement pour introduire cette loi était la promotion d'une "petite famille" en tant que composante sociétale idéale. L'une des raisons invoquées par le gouvernement pour introduire cette loi était la promotion d'une "famille restreinte" en tant que composante sociétale idéale. Des raisons telles que l'augmentation du taux de mortalité maternelle due aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses n'ont pas été évoquées. Au contraire, certains ont soutenu que les femmes devraient avoir le choix d'avorter le fœtus dans les cas où elles risquent de donner naissance à des "enfants infirmes"⁽⁹⁾.

L'autonomie corporelle et l'autodétermination des femmes n'ont pas été prises en compte, pas plus que le droit de choisir¹⁰. Certains ont fait remarquer qu'il n'existait pas en Inde, à l'époque où la loi a été adoptée, de mouvement de défense des droits de la femme fort ou bien établi, capable de formuler la libéralisation de l'avortement du point de vue des droits de la femme¹¹. La loi a donc imaginé les femmes comme de simples bénéficiaires de services de reproduction. Bien que le dernier amendement à la loi MTP en 2021 ait libéralisé l'accès à l'avortement en augmentant les limites de la gestation et en incluant les femmes non mariées dans son champ d'application, il a continué à fonctionner dans un cadre carcéral⁽¹²⁾.

En Inde, l'avortement est fermement ancré dans un cadre juridique qui ne repose pas sur une approche fondée sur les droits. L'avortement est légalement accordé en tant qu'exemption de responsabilité pénale - il n'y a pas de droit à l'avortement énuméré.

Si nous remanions cette loi dans l'optique de la justice reproductive, cela signifierait que l'avortement serait considéré comme une question de droit fondée sur une compréhension de la manière dont le statut marginalisé d'une personne influe sur son accès et son expérience de l'avortement, au lieu d'être simplement un service régi par un code juridique. Il faudrait également que la loi adopte une optique intersectionnelle pour garantir l'accès à l'avortement à toutes les communautés marginalisées, indépendamment de leur caste, de leur religion, de leur classe, de leur handicap, de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur lieu de résidence ou de leur situation économique. Cette approche est illustrée par le cadre AAAQ (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité) utilisé pour la première fois dans le contexte de la prestation de services en matière de santé maternelle¹³.

études ont montré que les filles et les femmes ayant un accès limité à l'éducation, issues de milieux économiques défavorisés et de communautés discriminées ou marginalisées sont confrontées à des obstacles plus importants

lorsqu'elles accèdent à l'avortement et courent un risque accru de criminalisation¹⁴. Pour s'attaquer à l'inégalité structurelle et aux oppressions auxquelles sont confrontées les communautés marginalisées, il faut prendre en compte l'accès non seulement aux services d'avortement, mais aussi aux autres services de contraception et de planification familiale.

L'approche de la justice reproductive fait progresser le cadre des droits de l'homme en répondant à ces préoccupations.

L'avortement au Népal : De l'interdiction totale à la garantie constitutionnelle. Comme en Inde, le code pénal du Népal criminalise également l'avortement et adopte une approche carcérale.

L'interdiction totale de l'avortement avant 2002 a eu pour conséquence que le Népal a l'un des taux de morbidité maternelle les plus élevés au monde. En 1997, un projet de loi d'amendement a été demandé pour lever l'interdiction générale et permettre un accès conditionnel à l'avortement. Ce projet a finalement abouti en 2002, après la mise en place d'un mouvement et d'un plaidoyer au niveau de la base. Le 11^e amendement au Muluki Ain (code national du Népal) a introduit certaines exemptions légales à l'interdiction générale de l'avortement¹⁵.

Plus tard, en 2007, le Népal a adopté sa constitution provisoire qui garantissait constitutionnellement les droits reproductifs des femmes - le Népal étant l'une des rares nations à le faire. Ce résultat est le fruit d'un plaidoyer soutenu et d'un puissant mouvement de la société civile. La même année, la Cour suprême du Népal, dans l'affaire historique Lakshmi⁽¹⁶⁾, a interprété le droit des femmes à l'avortement comme un droit constitutionnel garanti dans le cadre du droit à la santé génésique. À la suite de l'affaire Lakshmi, le gouvernement a mis en place des services d'avortement gratuits dans tous les établissements de santé publique. Près de dix ans plus tard, en 2015, la Constitution népalaise a réaffirmé les droits des femmes en matière de santé génésique. En 2018, le gouvernement a adopté la loi sur la maternité sans risques et les droits en matière de santé reproductive (SMRHR Act).

Cette loi est progressiste car elle reconnaît spécifiquement le droit à l'avortement comme un droit à la santé reproductive¹⁷.

Bien que le cadre juridique actuel du Népal adopte une approche centrée sur les droits, donnant la priorité au droit de l'individu de choisir et d'accéder à l'avortement, il souffre encore de plusieurs lacunes. Son incapacité à dépénaliser complètement l'avortement a fait peser un fardeau inutile sur les femmes. Ce fardeau est particulièrement lourd pour les femmes issues de milieux marginalisés en raison de leur classe, de leur caste, de leur handicap et d'autres identités. Les réalités sociales des femmes ne trouvent pas leur place dans la législation.

Conclusion. L'article examine trois approches différentes de la santé sexuelle et génésique, à savoir l'approche legaliste, l'approche fondée sur les droits et l'approche de la justice génésique. Les études de cas du Népal et de l'Inde offrent toutes deux des points d'analyse divergents et frappants. Alors que le cadre juridique indien relatif à l'avortement semble avoir une approche legaliste dépourvue de référence ou d'engagement envers les droits, le cadre népalais est étonnamment progressiste et explicitement fondé sur les droits. Cependant, les deux cadres sont loin de réaliser pleinement la justice reproductive. Dans la plupart des cas, en se concentrant sur le droit d'un individu, les facteurs tels que son poids social, économique et politique et le capital sur lequel repose ce droit et son accès sont ignorés, ce qui démontre la nécessité d'une approche de la justice en matière de procréation. d'une approche de justice reproductive. Un individu issu d'un milieu urbain, valide, éduqué et disposant de moyens économiques importants aura une interaction différente avec la loi et l'accès aux SDR qu'un individu issu d'une communauté marginalisée dont les identités conduisent à une marginalisation encore plus grande. La justice reproductive exigerait que la loi et les acteurs étatiques soient conscients de cette réalité, qu'ils la reconnaissent et qu'ils s'efforcent de supprimer les angles morts, les inégalités et les goulets d'étranglement inhérents à l'accessibilité des droits et des services.

Notes et références

- 1 Sister Song. "Reproductive Justice". <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>.
- 2 Ibid.
- 3 Ross, Loretta. Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change. "What Is Reproductive Justice?" Sistersong Women of Color Reproductive Health Collective and the Pro-Choice Public Education Project. 2007. <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fid=4051>.
- 4 Ibid.
- 5 S. 312, Indian Penal Code 1860.
- 6 Preamble, The Medical Termination of Pregnancy (MTP) Act, 1971.
- 7 Center for Reproductive Rights. "Factsheet: The Medical Termination Of Pregnancy (Amendment) Act, 2021". <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/09/India-FACTSHEET-MTP-Amendment-Act-9-22.pdf>.
- 8 Madhavan, Arathi. "Aborting Reproductive Justice: An Analysis Of The Legislative Process Concerning Abortion In India". Indian History Volume 3. January 2016. https://www.academia.edu/34644973/ABORTING_REPRODUCTIVE_JUSTICE_AN_ANALYSIS_OF_THE_LEGISLATIVE_PROCESS_CONCERNING_ABORTION_IN_INDIA.
- 9 Ibid.
- 10 Ibid.
- 11 Kankal, Malini. "Abortion Laws and The Abortion Situation In India", Issues In Reproductive And Genetic Engineering, Vol. 4, No. 3, Pp. 223-230. 1991.
- 12 'Advocacy Manual on Legal Regulation Of Abortion In India: Complexities And Challenges.' May 2023. <https://static1.squarespace.com/static/61c2f36a329cfe4aa53a49d7/t/64632beb16caea04b5e738f6/1684220963251/Advocacy+Manual+on+Legal+Regulation+of+Abortion+in+India+Complexities+and+Challenges.pdf>.
- 13 Kahler, Lena., Villumsen, Marie., Jensen, Mads H., and Paarup, Pia F. "AAAQ & Sexual and Reproductive Health and Rights." The Danish Institute for Human Rights. 2017. https://www.humanrights.dk/files/media/migrated/aaaq-srhr_issue_paper_dihr_2017_english.pdf.
- 14 Yokoe, Ryo, and others. "Unsafe Abortion and Abortion-Related Death Among 1.8 million Women in India." (2019) 4(3) BMJ Global Health 1, 11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001491>.
- 15 Center for Reproductive Rights. "Decriminalization of Abortion in Nepal: Imperative to Uphold Women's Rights." FWLD. June 2021. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/06/Decriminalization-of-Abortion-in-Nepal_02June2021_Final-Version-1.pdf.
- 16 Lakshmi & Others v. Government of Nepal.
- 17 Section 3 (5) Safe Motherhood and Reproductive Health Rights Act, 2075 (2018).

MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA DES DROITS ET DE LA JUSTICE EN MATIÈRE DE PROCRÉATION - PARCOURS DE PRAXIS

Historiquement, les femmes dans toute leur diversité, les jeunes et les groupes marginalisés ont été à l'avant-garde de leurs propres luttes économiques, sociales, politiques et contre l'oppression coloniale dans leurs pays. Luttres économiques, sociales, politiques et contre l'oppression coloniale dans leurs pays, remettant en cause le colonialisme, le patriarcat et les relations de pouvoir entre les sexes en tant qu'agents actifs du changement. Grâce à la solidarité féministe et aux actions collectives collectives aux niveaux national et transnational, les organisations de femmes, les féministes, les activistes et les défenseurs des droits des femmes ont joué un rôle central dans les résultats des grandes conférences de 1990. ont joué un rôle central dans les résultats des grandes conférences internationales de 1990, telles que la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)⁽¹⁾, la Plate-forme d'action de Pékin (PAP) et l'Agenda 2030 pour le développement durable en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Cependant, 30 ans après l'adoption du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le

développement (PA-CIPD), malgré les progrès en dents de scie et leur inversion, des défis persistent dans la mise en œuvre de l'agenda de la santé, des droits et de la justice en matière de sexualité et de procréation dans la région de l'Asie et du Pacifique.

Au niveau national, ces défis sont encore compliqués par des obstacles historiques, structurels, systémiques, institutionnels, idéologiques et financiers complexes, qui entraînent des inégalités au sein des pays de la région et entre eux. Un exemple marquant est l'héritage de l'ère coloniale qui viole de manière flagrante les droits reproductifs des femmes dans toute leur diversité. La criminalisation de l'avortement, par le biais des dispositions du code pénal de l'époque coloniale, a un impact sur l'accès au droit à un avortement sûr. En Asie du Sud, la criminalisation de l'avortement résulte des codes pénaux de l'époque coloniale. Par exemple, en Inde, au Pakistan et au Bangladesh, le code pénal de 1860 introduit par le gouvernement colonial britannique criminalise l'avortement et prévoit des mesures punitives strictes². Ces dispositions continuent d'exposer les femmes, les jeunes filles et toutes les personnes susceptibles d'être enceintes

Par Sai Jyothirmal Racherla

Directeur exécutif adjoint, ARROW

Email: sai@arrow.org.my

à des pratiques d'avortement dangereuses, contribuant à la morbidité reproductive et, dans certains cas, à la mortalité maternelle.

En tant que responsables de la mise en œuvre des programmes, activistes et défenseurs de l'agenda des droits et de la justice en matière de procréation, un agenda compris comme le droit de toutes les femmes et de toutes les filles dans leur diversité, y compris les personnes qui peuvent tomber enceintes à travers les structures de pouvoir économique, social et politique, capables de prendre des décisions saines en matière de procréation, ancrées dans une perspective de droits de l'homme, incorporant les intersections de la race, du genre, de la classe, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre dans la région, certains aspects pratiques que nous pouvons prendre en compte lors de la mise en œuvre des initiatives en matière de droits et de justice en matière de procréation sont notamment les suivants :

1. Lois et politiques.

L'agenda des droits génésiques et de la justice fait progresser les initiatives fondées sur les principes d'autodétermination, d'autonomie, d'égalité et de non-discrimination, entre autres. En plus de s'appuyer sur les cadres des droits de l'homme, une approche a également consisté à invoquer les droits et libertés constitutionnels dans les pays respectifs pour faire progresser les libertés et droits fondamentaux.

Il existe des exemples positifs où les dispositions constitutionnelles ont été invoquées pour faire progresser les droits et la justice en matière de sexualité et de procréation sur le site . Par exemple, l'inclusion des droits des LGBT+ dans la constitution sud-africaine a permis de lutter contre la discrimination et d'obtenir le soutien du public pour les communautés LGBT+ en Afrique du Sud⁴. Au Népal, l'engagement de la constitution en faveur de l'égalité des sexes a servi de base à l'adoption de lois telles que l'interdiction du viol conjugal. En outre, grâce aux efforts de groupes de femmes, d'activistes et de défenseurs, la Constitution intérimaire du Népal de 2007, puis la Constitution du Népal de 2015, ont reconnu les droits reproductifs comme faisant partie des droits fondamentaux, intégrant ainsi les droits reproductifs dans la Constitution⁵. Cette approche consistant à invoquer les dispositions constitutionnelles pour faire progresser les droits reproductifs et la justice a le potentiel de faire progresser et de soutenir les droits reproductifs et la justice dans les contextes respectifs.

2. Mise en œuvre des initiatives en matière de droits génésiques et de justice. Les initiatives visant à promouvoir les droits et la justice en matière de procréation devraient toujours être fondées sur les principes de l'appropriation par le pays et la communauté. L'analyse des problèmes et les interventions doivent tenir compte des réalités vécues par les personnes et défendre leur voix et leur action. La conception, la mise en œuvre, le suivi et l'examen des programmes devraient toujours inclure les communautés concernées, valoriser leur expertise en tant que personnes ressources et les maintenir au centre de la prise de décision.

Ce processus ancré dans la réalité reconnaîtra également les dynamiques de pouvoir, respectera la pluralité et la diversité et élaborera des stratégies qui renforceront et favoriseront le rôle des communautés en tant qu'agents actifs du changement dans la promotion de leurs propres droits et de leur propre justice en matière de procréation⁶.



Il est essentiel de procéder à une analyse minutieuse des risques tout au long du cycle du programme, notamment en dressant la carte de l'opposition et en élaborant des stratégies avec les parties prenantes de la communauté.

D'autres approches pratiques de mise en œuvre peuvent inclure

- Interroger la programmation et les actions organisationnelles à partir d'une lentille de pouvoir intersectionnelle et sexuée, ce qui permettra de démasquer les privilèges et l'oppression entre et au sein des communautés et d'approcher les groupes marginalisés avec des interventions affirmatives uniques. Les outils d'analyse du pouvoir devraient être utilisés à chaque étape du cycle du programme ;
- Une participation et une inclusion significatives des communautés, reconnaissant que les femmes et les filles dans toute leur diversité, les jeunes et les groupes marginalisés ne sont pas des "corps" homogènes présentés globalement comme des personnes manquant d'éducation, pauvres, sans pouvoir d'action, victimisées, etc. À tout moment, les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent aborder les communautés avec dignité et respect et veiller à ce que les groupes marginalisés soient inclus ;
- Créer des réseaux et des alliances solides en matière de droits et de justice génésiques aux niveaux local, national et régional et permettre des interactions entre ces plateformes. Ces approches peuvent favoriser la solidarité, l'établissement de liens, l'apprentissage et les actions collectives en faveur du changement ;

- Renforcer les capacités en clarifiant les valeurs relatives aux droits génésiques et aux questions de justice parmi les responsables de la mise en œuvre du programme, les parties prenantes et les communautés elles-mêmes, tout en renforçant la capacité des communautés à faire avancer l'agenda.

Il est essentiel de procéder à une analyse minutieuse des risques tout au long du cycle du programme, y compris la cartographie de l'opposition et l'élaboration de stratégies avec les parties prenantes de la communauté. Les données collectées dans le cadre des initiatives relatives aux droits et à la justice en matière de procréation doivent respecter les protocoles de recherche éthique en matière de consentement éclairé, de respect de la vie privée, de confidentialité, de protection des données et de traitement des plaintes.

Ces approches pratiques, lorsqu'elles sont intégrées dans la mise en œuvre des initiatives relatives aux droits et à la justice en matière de procréation peuvent contribuer à faire progresser les droits et la justice en matière de procréation de manière significative au sein des communautés et des pays de la région.

Notes et références

- 1 United Nations. "International Conference on Population and Development Programme of Action." 1 Sep 2014. UNFPA. <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>.
- 2 Safe Abortion Advocacy Initiative: A Global South Engagement (SAIGE). "Technical Guidance: Decriminalisation of Abortion." 2021. <https://arrow.org.my/wp-content/uploads/2021/03/SAIGE-Decriminalisation-of-Abortion.pdf>.
- 3 In Our Own Voice: Black Women's Reproductive Justice Agenda. "Reproductive Justice." <https://blackrj.org/our-issues/reproductive-justice/>.
- 4 Advancing Equal Rights in the World's Constitutions. "The State of the World's Constitutions." <https://constitutionsmatter.org/how-does-your-constitution-compare/#briefs-and-fact-sheets>.
- 5 Center for Reproductive Rights. "The Center's Work in Nepal." 29 March 2022. <https://reproductiverights.org/center-reproductive-rights-work-nepal/>.
- 6 Paludi, M. I., Helms Mills, J., & Mills, A. (2019). Cruzando fronteras: The contribution of a decolonial feminism in organization studies. *Management & Organizational History*, 14(1), 55-78.

Droits des trans, soins de santé et justice reproductive

Entretien avec Nhuun Yodmuang (Réseau transgenre Asie-Pacifique)

Dans cet entretien, ARROW s'est entretenu avec Nhuun Yodmuang, responsable des droits de l'homme et du plaidoyer à l'Asia Pacific Transgender Network (APTN), une organisation qui s'efforce de permettre aux personnes trans et de genre divers de l'Asie-Pacifique de s'organiser et de défendre leurs intérêts dans de nombreux domaines qui affectent leur vie. Nhuun nous a parlé du travail effectué par l'APTN pour faire progresser la disponibilité de soins de santé adaptés aux transgenres dans la région.

Quels sont les problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels les personnes transgenres sont confrontées, en particulier lorsqu'elles réfléchissent aux questions relatives à la justice reproductive ?

Lorsque je réfléchis à ce qu'est la justice sexuelle et reproductive et à ce qu'elle signifie pour les personnes transgenres, je dois insister sur le fait que la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé pour les personnes transgenres font cruellement défaut dans cette région. Le système de santé dans son ensemble est très binaire et ne peut donc pas répondre à la question suivante : "Quels sont les besoins des personnes trans dans la région ?" Nous reconnaissons que ce système binaire est le problème systémique que nous voulons contrer et résoudre, car nous avons constaté que c'est ce qui conduit à la discrimination institutionnelle. Il y a un manque de soins de santé pour les personnes transgenres ou même de discussions sur les besoins des communautés transgenres et il y a beaucoup de discrimination au cas par cas que nous avons rencontrée également.

Un autre problème systémique que je souhaite souligner est la privatisation des soins de santé. Nous n'avons pas assez de médecins capables de fournir des soins aux transgenres et il y a un manque de connaissances ou de financement pour que ces discussions aient lieu, pour financer la recherche ou pour créer des ressources institutionnelles sur les soins de santé dont les transgenres ont besoin et sur la manière de traiter ces questions. La privatisation intervient pour cette raison et nous avons constaté qu'elle est une arme à double tranchant.

Aujourd'hui, la privatisation s'est éloignée de son objectif initial, qui était d'aider à fournir des soins aux personnes. Au lieu de cela, la tendance est à la monétisation, et les soins de santé trans-compétents ne sont pas reconnus comme un besoin fondamental. Ils ne sont reconnus que comme des soins esthétiques, de sorte que le coût de ces services est extrêmement élevé. Ces types de problèmes systémiques font que les personnes transgenres ne peuvent pas du tout accéder à ces soins. D'un point de vue économique, les personnes transgenres sont victimes de discrimination : elles n'ont pas accès aux sources de financement appropriées et ont du mal à vivre leur propre vie en raison du manque d'argent. La privatisation des soins de santé a touché les personnes trans de manière disproportionnée.

Les structures de santé gouvernementales ne prévoient pas de soins de santé adaptés aux transgenres. Certains pays de la région reçoivent des fonds d'agences de développement et des fonds multilatéraux d'autres gouvernements à cet effet, mais les personnes qui travaillent à l'accès à cette forme de soins de santé n'ont pas suffisamment de connaissances ou de sensibilisation sur la manière de fournir des services aux personnes transgenres de manière non discriminatoire. De nombreux cas ont été signalés par des personnes transgenres qui ont été victimes de harcèlement lorsqu'elles ont essayé d'accéder aux soins fournis par les services de santé publique. Les discriminations telles que les erreurs de genre et les mauvais traitements infligés aux patients sont également très fréquents. Il y a beaucoup de connaissances à transmettre sur la manière de fournir des soins de santé

adaptés aux personnes transgenres et je tiens à souligner le problème du manque de ressources, car il n'y a pas assez de fonds alloués à cette fin. La plupart des personnes transgenres ne peuvent pas accéder aux services onéreux des cliniques et hôpitaux privés et choisissent donc de s'adresser à des prestataires de services peu sûrs pour prendre soin de leur santé. L'hormonothérapie, qui est très importante pour les personnes trans, n'est pas accessible aux personnes trans par le biais de l'aide sociale - ce n'est pas quelque chose qui est pris en charge par le gouvernement et comme elles n'ont pas d'argent pour accéder aux soins de santé privés, elles choisissent l'option peu sûre de l'acheter sur le marché clandestin. Bien qu'en Thaïlande, l'hormonothérapie soit également disponible dans les pharmacies, il n'y a pas assez d'informations sur la manière de les prendre en toute sécurité et, par conséquent, il y a beaucoup d'accès non supervisé aux hormones. Si une personne trans souhaite bénéficier d'une chirurgie d'affirmation de genre, il est très difficile d'y accéder en raison du coût. La chirurgie d'affirmation de genre ne concerne pas seulement les organes génitaux, mais aussi la féminisation ou la masculinisation du visage pour devenir ce que l'on est, les hormones et d'autres soins liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, comme l'avortement. Les personnes transgenres sont plus susceptibles de choisir des moyens moins coûteux et moins risqués pour accéder à ces services.

Quels sont les autres besoins et droits des personnes transgenres à prendre en considération en matière de soins de santé ?

Nous devons parler des soins de santé mentale. De nombreuses personnes transgenres sont confrontées à des situations hostiles dans leur pays. Dans la région, on peut citer la Malaisie, l'Indonésie, l'Inde, le Pakistan et le Sri Lanka, pour n'en citer que quelques-uns. Ces situations hostiles

Les systèmes juridiques et les institutions religieuses créent des situations qui imposent également des risques aux personnes transgenres. Ces problèmes n'entraînent pas seulement des risques physiques, mais aussi des problèmes de santé mentale. APTN a effectué des recherches sur les principaux problèmes de santé des personnes transgenres et l'un des points saillants est la santé mentale. Les personnes transgenres sont confrontées à ces problèmes de santé mentale dès leur plus jeune âge. Les professionnels de la santé mentale ne sont pas sensibilisés et ont tendance à mal classer les personnes trans, à imposer leurs croyances personnelles et à proposer des conseils à leurs patients. Il existe plusieurs niveaux d'oppression.

Une autre question cruciale est celle des pratiques de thérapie de conversion qui ont cours dans toute la région. Nous disposons également d'un projet de recherche qui montre que ces types de pratiques sont perpétrées par des professionnels de la santé. Les professionnels de la santé imposent leurs croyances à leurs patients pour tenter de les convertir à des identités et des expressions de genre qui correspondent au récit binaire de la société et au genre avec lequel ils sont nés. Cela a un impact considérable sur la santé mentale des personnes.

Les rapports montrent que la criminalisation des personnes transgenres lorsqu'elles accèdent aux services de santé sexuelle et reproductive est un énorme problème dans la région également. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet ?

Nous devons discuter de la question de l'environnement favorable. Nous savons qu'il s'agit d'un facteur important lorsqu'il s'agit pour les personnes de recevoir des soins. De nombreux facteurs empêchent les personnes trans d'accéder aux soins dont elles ont besoin, qu'il s'agisse de soins liés au VIH, de soins de santé sexuelle et reproductive ou de soins de santé compétents pour les personnes trans. Les environnements hostiles perpétrés par le gouvernement et ces barrières systémiques d'oppression empêchent les personnes trans d'accéder aux soins dont elles ont besoin. La criminalisation des personnes trans par le biais de lois qui les discriminent directement et

indirectement est répandue dans toute la région, telles que les lois contre la sodomie, le travestissement et le travail sexuel - en raison de cette criminalisation, lorsque les personnes trans accèdent aux soins de santé, elles doivent se rendre visibles ou s'exposer, ce que la peur les empêche de faire. Depuis 2008, nous travaillons avec Transgender Europe pour suivre ce problème et nous avons découvert qu'au moins 398 personnes ont perdu la vie à cause de crimes de haine transphobes entre 2008 et aujourd'hui. Ce chiffre n'est pas tout à fait exact, car nous avons constaté qu'il n'est pas facile de signaler ces crimes et qu'il est donc très difficile d'obtenir ces informations de la police et des systèmes juridiques, qui ne tiennent pas de registres sur les personnes transgenres et celles qui ne le sont pas. Cette menace de violence constitue un obstacle majeur à l'accès des personnes transgenres aux soins de santé.

Le manque de protection juridique joue un rôle à cet égard. Peu de pays de la région disposent de lois permettant aux personnes transgenres de modifier leur marqueur de genre en fonction de leur identité de genre. Il en résulte un manque de protection juridique, car si ces personnes ne sont pas reconnues par la loi, il n'y a pas de mécanismes de responsabilité juridique. Lorsque les personnes transgenres déposent une plainte, elles sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à l'incrédulité des fonctionnaires. Un grand nombre de personnes transgenres de la région appartiennent à la communauté des travailleurs du sexe, de sorte que lorsqu'elles portent plainte auprès de la police, elles sont exposées aux violences policières. Il s'agit là d'une question plus large sur la manière dont le système dans son ensemble est discriminatoire à l'égard des personnes transgenres et les empêche de satisfaire leurs besoins fondamentaux et d'accéder à la justice.

Pouvez-vous nous faire part de quelques recommandations ou bonnes pratiques sur la manière dont vous pensez que nous pouvons atteindre la justice reproductive pour les personnes trans ?

APTN accorde beaucoup d'importance à la création de mouvements et à la production de preuves.

Nous effectuons un important travail de suivi de l'accès aux soins de santé sexuelle et génésique. Nous avons un projet de suivi communautaire en cours, dirigé par des communautés trans dans toute la région, qui fournit aux gens les outils nécessaires pour surveiller les situations sanitaires et les prestataires de soins de santé. Ce projet est mené par des communautés qui connaissent la situation sur le terrain, les besoins des personnes trans et ce qu'il faut surveiller lorsqu'il s'agit de soins de santé adaptés aux personnes trans. Au début, nous avons développé avec la communauté des outils de suivi qu'elle pouvait utiliser sur le terrain. Il s'agit d'un moyen important non seulement d'encourager l'appropriation des transgenres en tant que moteurs du changement, mais aussi de leur permettre d'exprimer leurs propres besoins. Nous procédons de la sorte depuis deux ans à APTN et de plus en plus de personnes s'engagent dans ces processus de suivi. Nous pensons qu'il s'agit de l'une des meilleures pratiques dont nous pouvons faire preuve, car nous sommes en mesure de savoir quels sont les problèmes qui nécessitent une attention immédiate. Les outils sont également conçus pour impliquer les décideurs politiques tout au long du processus. Grâce à cette relation, ils sont en mesure de formuler leurs besoins et de résoudre les problèmes en cours de route. C'est ce que nous voulons mettre en avant dans notre travail et cela va aider le gouvernement à adopter des politiques qui répondent aux besoins et aux réalités vécues par les personnes transgenres.

Nous constatons également que de nombreuses bonnes pratiques sont mises en œuvre par la communauté. Nous sommes tous conscients de la gravité du problème qui se pose actuellement au Pakistan, avec le rejet des lois sur la reconnaissance du genre et des lois qui protègent les personnes transgenres contre les crimes de haine violents, ainsi que la création de refuges pour les personnes transgenres confrontées à la violence. Ce sont les communautés avec lesquelles nous travaillons qui ont poussé à l'adoption de ces lois, ce qui a conduit de nombreuses communautés à se rassembler et à travailler sur leurs propres demandes. Elles ont pu montrer au gouvernement qu'elles ne voulaient pas seulement un changement légal du marqueur de genre. Même s'ils sont maintenant confrontés à la réaction des communautés religieuses et que les lois sont repoussées, ce que je veux souligner, c'est que la pratique consistant à connaître ses demandes, à penser au-delà des limites des lois et de la structure juridique et à être capable d'exprimer ses besoins est un excellent exemple. Cela peut créer un changement radical.

En Thaïlande et dans d'autres parties de l'Asie du Sud-Est, on assiste aujourd'hui à la création de cliniques gérées par des personnes transgenres elles-mêmes. Cela a été possible grâce à un financement extérieur, mais c'est l'un des moyens de montrer qu'il est possible de fournir des soins de santé aux personnes transgenres. Ce type de soins est bien documenté et peut être utilisé pour montrer au gouvernement que les communautés sont capables de le faire et que cela peut conduire à des changements.

Une grande partie des approches utilisées par APTN sont dirigées par la communauté - recherche, fourniture de services, etc. Nous encourageons les communautés trans et les organisations trans de notre réseau à faire de même. Nous encourageons les communautés trans et les organisations trans de notre réseau à le faire. Nous lançons également un nouveau projet sur le suivi

des crimes de haine dans la région et ce sera un autre processus dirigé par la communauté. Nous nous sommes engagés avec la communauté à développer des outils de surveillance des meurtres de transgenres et la communauté elle-même surveillera la situation, APTN apportant son soutien en termes de sûreté et de sécurité. Cela permettra d'aborder les problèmes liés aux difficultés de documentation de ces types de cas ainsi que les barrières systémiques de la part de la police et d'autres entités juridiques. S'il n'y a pas de documentation appropriée, rien ne changera et il n'y aura pas de protection juridique. C'est notre façon d'accumuler des preuves.

Quelles sont les dernières réflexions que vous aimeriez partager ?

Pour revenir au thème de la justice reproductive, ce que je veux vraiment souligner à nouveau en tant qu'APTN, c'est que ce en quoi nous croyons et ce pour quoi nous travaillons, c'est la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé pour les personnes

transgenres. Il y a tellement de facteurs qui empêchent cela de se produire - il ne s'agit pas seulement du système binaire et de la manière binaire dont les soins de santé sont fournis. Nous avons besoin de plus de ressources pour pouvoir faire ce travail. Nous avons besoin de médecins et de professionnels de la santé plus sensibilisés pour être en mesure de fournir des soins de santé trans compétents qui vont au-delà des soins liés au VIH. Dans le passé, les soins de santé pour les trans signifiaient principalement les soins liés au VIH, mais aujourd'hui, leur signification est plus large - il ne s'agit pas non plus de beauté ou d'esthétique, il s'agit des moyens de subsistance des personnes transgenres. Nous devons nous éloigner de la privatisation des soins de santé et faire des soins de santé un besoin fondamental avec des services bien structurés. Le gouvernement doit parrainer ces soins, qui doivent faire partie de la protection sociale, être gratuits et ne pas être discriminatoires.

Les femmes migrantes et la justice reproductive en Thaïlande

Entretien avec Jackie Pollock (Fondation MAP)

Dans cet entretien, ARROW s'est entretenu avec Jackie Pollock, l'une des fondatrices de la Fondation MAP, une ONG locale qui cherche à autonomiser les communautés migrantes et ethniques en Thaïlande. Jackie a évoqué certains des problèmes auxquels les femmes migrantes du Myanmar sont confrontées en Thaïlande et la manière dont ces problèmes sont liés à l'obtention d'une justice reproductive pour la communauté.

Pouvez-vous nous parler un peu du travail de la Fondation MAP ?

La Fondation MAP effectue toute une série de travaux sur les droits du travail, les droits des femmes et les questions de santé. Pour les femmes en particulier, la MAP dispose d'un programme très complet appelé Women's Exchange, qui a été lancé en 1999 comme un espace permettant aux femmes migrantes de se rencontrer une fois par mois pour partager leurs expériences, apprendre les unes des autres et être mieux connectées. Il s'agissait probablement du premier espace sûr dont disposaient les femmes migrantes pour faire cela et, grâce à cela, le programme a fait bouler de neige - certaines des femmes qui participaient à ces réunions ont déménagé et ont créé des groupes WomenExchange dans d'autres endroits en Thaïlande. Aujourd'hui, il existe 25 groupes WomenExchange dans 17 provinces différentes de Thaïlande.

Les femmes ont la possibilité d'interagir avec d'autres femmes migrantes au sein de leurs groupes respectifs et, chaque année, des représentantes de tous les groupes passent cinq jours ensemble, participant à divers ateliers et sessions créatives. Cela permet à des femmes d'ethnies différentes, travaillant dans des secteurs différents et dans des lieux différents, de se renforcer au sein d'une communauté plus large et de rencontrer des animatrices et des invitées de Thaïlande et d'autres pays de la région et d'interagir avec elles.

Les politiques en faveur des travailleurs migrants se sont certainement améliorées depuis 1999, mais pour profiter des avantages de ces politiques et être en mesure de fournir un retour d'information aux décideurs politiques, les femmes migrantes ont toujours besoin d'un soutien pour une plus grande connectivité. La raison pour laquelle Women Exchange a été créé était de rompre l'isolement des femmes migrantes, et

c'est toujours le cas aujourd'hui. Les femmes migrantes sont isolées du reste de la société parce qu'elles dépendent de leur employeur pour leur hébergement ou parce que leur lieu de travail, comme les sites agricoles ou de construction, est éloigné ou coupé du grand public.

En outre, les migrants du Myanmar sont confrontés à un stress et à des inquiétudes accrues concernant leur famille restée au pays, et ont davantage de responsabilités pour s'occuper de leur famille depuis le coup d'État militaire au Myanmar. Je pense donc que la question fondamentale et la raison pour laquelle les gens se réunissent dans des espaces sûrs n'ont pas changé - le besoin pour les femmes de pouvoir partager avec d'autres femmes, d'avoir des femmes qui s'occupent d'elles. de partager avec d'autres femmes, d'avoir des femmes sur lesquelles elles peuvent

dans leurs propres mots

arrow for change | vol. 29 no. 1 2023

compter pour les soutenir en cas de fonctionnent pratiquement tout seuls après une formation et un soutien initiaux - c'est la question fondamentale abordée par le programme d'échange de femmes.

Vous avez déjà abordé brièvement ce sujet mais, en allant un peu plus loin, quels sont les aspects de la criminalisation et de l'équité qui limitent l'accès des femmes migrantes aux services de santé sexuelle et reproductive dont vous avez fait l'expérience ? Par exemple, les travailleuses migrantes se voient refuser un permis de travail sur la base de questions telles que la grossesse et leur statut VIH, et se voient également refuser l'accès aux services de reproduction. Pouvez-vous nous en dire plus sur les problèmes qui affectent principalement les femmes migrantes en matière de santé sexuelle et reproductive ?

Je dirais que, pour la Thaïlande au moins, je ne suis pas sûre qu'il soit correct d'utiliser les mots "on leur refuse". Dans certains pays de la région, pour les femmes migrantes, la grossesse est synonyme de refus d'emploi, mais en Thaïlande, un test de grossesse ne fait pas partie de la procédure d'obtention d'un permis de travail dans le pays. Même si pour les migrants qui demandent un emploi dans le cadre du système bilatéral prévu par le protocole d'accord, les pays d'origine excluent les femmes enceintes. Si les femmes migrantes travaillant en Thaïlande tombent enceintes, il est illégal pour les employeurs de les licencier pour ce motif. Mais bien entendu, comme c'est le cas dans de nombreux pays, les employeurs ne diront pas qu'ils licencient une personne directement en raison de sa grossesse, mais ils utiliseront d'autres excuses. Si les femmes locales peuvent être en mesure d'intenter une action en justice dans une telle situation, il est beaucoup plus complexe et risqué pour les femmes migrantes de tenter de le faire.

Selon les chiffres du ministère de l'emploi de juillet 2023, la Thaïlande compte au total 2 514 087 travailleurs migrants en situation régulière, dont 73 % sont originaires du Myanmar, y compris 802 394 femmes originaires du Myanmar. À l'exception d'un petit nombre de travailleurs saisonniers, les tous les autres migrants ont droit à la sécurité sociale, qui comprend le congé de maternité et les prestations de garde d'enfants. Toutefois, un rapport pré-COVID 19 de l'OIM a révélé que seuls 39 % des migrants étaient inscrits à la sécurité sociale. Le nombre de demandes de prestations a été jugé très faible, mais les deux tiers de ceux qui l'ont fait étaient des femmes qui demandaient un congé de maternité et des allocations familiales. La politique est donc en

place, mais sa mise en œuvre, qui dépend dans une large mesure des employeurs, est loin d'être une réussite et, pour les femmes, cela se traduit par un accès limité aux soins et aux droits en matière de santé génésique.

Des problèmes logistiques entravent également l'accès des femmes aux droits de maternité. Il n'existe pas vraiment de système permettant aux petites et moyennes entreprises, ou aux employeurs employant des travailleurs domestiques, de trouver un autre travailleur pour couvrir le congé de maternité (). Bien qu'il soit un peu plus facile aujourd'hui pour les migrants de changer d'emploi et d'employeur, ce n'est toujours pas facile; il faut du temps et de l'argent pour obtenir les documents nécessaires.

Bien que les migrants en situation régulière aient droit aux soins de santé, l'accès au système de santé implique de s'absenter du travail, d'organiser son voyage, de savoir où aller et de s'y retrouver dans la langue. Le gouvernement et les ONG fournissent des informations dans les langues des migrants sur les maladies émergentes ou saisonnières telles que le COVID-19, la dengue, etc. - mais alors que ces annonces de santé publique traitent de la prévention et du traitement, les femmes migrantes reçoivent peu d'informations sur la prévention et la détection précoce du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein. Bien que de tels dépistages soient disponibles, il est peu probable que les femmes migrantes cherchent à bénéficier de ces services si elles ne sont pas mieux informées et si l'accès à ces services n'est pas amélioré. En l'absence d'actions de sensibilisation et de promotion, les femmes migrantes continueront à faire face à des ménopauses difficiles par elles-mêmes ou en recourant à des pratiques traditionnelles.

En effet, toutes les politiques concernant les travailleurs migrants partent du principe qu'ils sont jeunes. Mais ce n'est pas la réalité en Thaïlande, car de nombreux migrants sont arrivés lorsqu'ils étaient jeunes et sont restés; certains ont fondé une famille en Thaïlande et leurs enfants fréquentent des écoles thaïlandaises, tandis que d'autres n'ont nulle part où retourner.

Certaines de ces femmes âgées sont les travailleuses les plus qualifiées dans leur domaine et parlent parfaitement le thaï. Mais après 55 ans, elles deviennent invisibles dans les cadres politiques de l'emploi et de la santé.

Quels sont les autres besoins et droits des femmes migrantes à prendre en considération dans le cadre de leur santé et de leur bien-être sexuels ?

Je pense que nous devons examiner les besoins des femmes migrantes à différents moments de leur vie, toute la gamme de la féminité et les différents aspects de la santé génésique, ainsi que les droits et les besoins dans tous les groupes d'âge. Je pense que la communauté thaïlandaise connaît mieux les migrants aujourd'hui et qu'elle les accepte probablement mieux, mais les migrants sont toujours traités différemment, comme on a pu le constater lors du COVID-19, lorsque les sites de travail des migrants ont été complètement bouclés et qu'il n'y avait pas de services d'aide pour eux. Cela a permis de faire comprendre aux gens que les migrants étaient différents et "extra contagieux". Je ne sais pas dans quelle mesure cela a retardé l'évolution générale vers une plus grande acceptation des migrants. Le changement d'attitude s'est produit dans une certaine mesure parce qu'avec l'ouverture de la Birmanie, les mouvements de travailleurs migrants, mais aussi de touristes et d'hommes d'affaires entre la Thaïlande et le Myanmar se sont multipliés. Les interactions se sont donc multipliées, ce qui a permis de faire tomber une grande partie des préjugés qui étaient apparus lorsque le Myanmar était un pays fermé, dirigé par un régime militaire pendant des décennies. Maintenant que les militaires ont repris le pouvoir, je ne sais pas comment cela affectera l'intégration et l'acceptation des migrants. Il est certain que la population thaïlandaise dans son ensemble éprouve de l'empathie pour le peuple du Myanmar. Du Myanmar, mais il n'existe aucune politique au niveau central qui reconnaisse le sort des personnes fuyant la situation désespérée du Myanmar ou qui offre une protection à ceux qui en ont besoin.

Pouvez-vous nous faire part de quelques recommandations ou bonnes pratiques en matière de justice reproductive pour les femmes migrantes ?

Je pense qu'il est très important que des campagnes et des activités sur la justice reproductive soient menées conjointement par les groupes/organisations locaux de femmes thaïlandaises et les femmes/organisations migrantes. Dans la mesure du possible, des programmes communs devraient être soutenus afin que la justice reproductive soit une justice au vrai sens du terme, c'est-à-dire une justice pour tous. Il existe déjà une coordination et une collaboration entre les groupes de femmes thaïlandaises et migrantes, mais il faut davantage de ressources pour atteindre les femmes isolées, disposer d'une interprétation linguistique et d'un personnel de nationalité mixte, par exemple.

Ensemble, les femmes peuvent s'attaquer à des problèmes tels que la violence domestique, qui touche toutes les communautés, mais qui pose des problèmes supplémentaires lorsqu'elle se produit dans les communautés de migrants. Isolées, les femmes qui subissent des violences à la maison n'ont parfois nulle part où aller, ne savent pas qui contacter et craignent de perdre leur emploi et donc leur statut juridique si elles portent plainte ou déménagent.

Sur le plan politique, nous devons nous demander comment passer de la politique thaïlandaise sur le papier à une politique dans la pratique. C'est vraiment difficile parce que même si les fonctionnaires de la sécurité sociale et de la santé sont très ouverts aux rencontres et aux discussions avec les migrants, ils leur expliquent clairement les politiques, mais parce que la politique est bonne sur le papier, elle reste

bloquée et ne correspond pas à ce qui se passe réellement dans la pratique pour les migrants sur le terrain. Les migrants n'ont pas le pouvoir de changer cela. de changer cela, mais cela dépend des employeurs et des fonctionnaires locaux.

Une fois encore, j'aimerais insister sur deux points évoqués plus haut : il faut s'attacher à rompre l'isolement dont souffrent les femmes migrantes, afin qu'elles puissent être en contact avec leurs consœurs migrantes et thaïlandaises et être en mesure de parler de leurs besoins et de leurs droits, y compris en matière de sexualité et de procréation. Deuxièmement, les droits sexuels et reproductifs des femmes migrantes de tous âges doivent être pris en compte et les dépistages précoces volontaires et adaptés à l'âge doivent être encouragés.

JUSTICE REPRODUCTIVE ET LEADERSHIP FÉMINISTE DANS LE SUD MONDIAL

La justice reproductive est un cadre féministe qui a été créé par SisterSong, un collectif de femmes noires, en réponse à la politique reproductive des États-Unis. Les trois valeurs fondamentales de la justice reproductive sont le droit d'avoir un enfant, le droit de ne pas avoir d'enfant et le droit d'élever un ou des enfants dans un environnement sûr et sain. Pour réaliser pleinement la justice reproductive, toutes les personnes qui se reproduisent devraient être habilitées à faire des choix concernant leur santé reproductive, avoir accès aux ressources qui aident à atteindre la santé reproductive, et être libérées des oppressions qui peuvent entraver la réalisation de ces choix.

Dans la plupart des pays africains, de nombreuses femmes, en particulier celles issues de communautés marginalisées, sont empêchées de réaliser pleinement leur justice en matière de procréation, bien que les droits en matière de santé reproductive soient reconnus par la législation de leur pays. Très souvent, les femmes sont confrontées au contraire à

l'oppression reproductive, c'est-à-dire au contrôle et à l'exploitation des femmes, des filles et des individus par le biais de leur corps, de leur sexualité, de leur travail et de leur reproduction.

Dans un contexte où plus de 465 000 avortements ont lieu chaque année dans mon pays, le Kenya, les tabous culturels empêchent tout dialogue ouvert sur la sexualité à la maison ou à l'école. Alors que l'OMS recommande un ratio médecin/patient de 1:300, ce ratio est de 1:16 000 au Kenya. Les personnes qui en ont les moyens s'adressent souvent à des prestataires de soins privés où le coût des soins de santé est très élevé, en particulier le coût de services tels que les soins d'avortement. Cela signifie que les femmes n'ont pas accès aux services de santé reproductive de la même manière, ce qui perpétue les inégalités. L'Afrique subsaharienne est la région du monde qui enregistre le plus grand nombre de décès dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Au moins trois avortements sur quatre sont pratiqués dans des conditions dangereuses. Paradox

alement, les décès et les blessures liés à l'avortement sont tout à fait évitables. Comment qualifier autrement que d'injustice le fait qu'il existe des techniques d'avortement sûres, mais qu'elles ne sont accessibles qu'à ceux qui ont de l'argent, une classe sociale ou d'autres privilèges ?

Le rôle des leaders féministes dans le plaidoyer pour la justice reproductive en Afrique et dans les pays du Sud est d'unir leurs efforts pour empêcher que les femmes, les filles et les personnes qui peuvent tomber enceintes ne soient systématiquement exclues des politiques et des espaces de mise en œuvre. La meilleure façon d'y parvenir est d'adopter l'intersectionnalité, qui consiste essentiellement à s'attaquer aux causes profondes de l'inégalité en identifiant les problèmes uniques auxquels sont confrontées les différentes communautés et qui entraînent un accès disproportionné à leurs droits et à leurs libertés.

Comme l'a dit Maya Angelou, "la vérité, c'est que personne ne peut être libre tant que tout le monde ne l'est pas" : "La vérité, c'est que personne ne peut être libre tant que tout le monde ne l'est pas".

Par Jedidah Maina

Directeur exécutif, Trust for Indigenous Culture and Health (TICAH)

Email: jmaina@ticahealth.org

Les leaders féministes doivent continuer à plaider pour la révision ou la création de politiques qui renforcent et protègent la santé reproductive des communautés marginalisées. Dans leur engagement avec les décideurs politiques, les leaders féministes doivent constamment les aider à voir comment les opinions sociétales en Afrique entravent la réalisation de l'autonomie et de la justice en matière de santé reproductive pour les femmes en Afrique rurale, et suggérer des moyens pour atteindre la justice génésique.

Tout d'abord, nous devons comprendre que dans la plupart des communautés africaines, les femmes ne sont pas perçues comme propriétaires à part entière de leur corps ou des décisions relatives à leur reproduction. Elles sont considérées comme des êtres contrôlés par la société - dès leur plus jeune âge par leur père, puis, lorsqu'elles grandissent, par leur mari et, tout au long de leur vie, par la société. Le sexe et la sexualité sont ici considérés comme moralement répréhensibles et comme des motifs de persécution. Dans ces communautés, la réalisation de la justice en matière de procréation exige un changement de perception et de stigmatisation autour de la santé génésique, démystifiant ainsi les questions liées au sexe et à la sexualité.

Deuxièmement, même pour celles qui sont informées et conscientes des cadres et des ressources en matière de santé génésique, les services tels que la contraception et l'avortement sans risque en Afrique sont hors de portée pour la plupart des femmes. Les femmes qui ont les moyens peuvent facilement accéder à ces services, car elles peuvent payer dans des hôpitaux privés haut de gamme ou quitter leur pays pour accéder à ces services dans des pays où la législation est plus favorable.

Ce sont les filles et les femmes vivant dans les bidonvilles et les zones rurales, les femmes des classes inférieures de la société, les femmes marginalisées et les femmes rurales qui finissent dans des ruelles, avec des avortements bâclés. Le rôle du leadership féministe est de veiller à ce que ces femmes marginalisées et les personnes qui peuvent tomber enceintes aient un accès équitable aux services de santé génésique, y compris aux services d'avortement sans risque.



Cette équité peut être atteinte en plaidant pour davantage d'interventions en faveur des femmes marginalisées afin qu'elles puissent jouir pleinement de leurs droits en matière de procréation.

Troisièmement, nous devons envisager l'accès à des options d'autogestion qui remettent l'agence et le pouvoir entre les mains des femmes. Des services tels que l'autogestion de l'avortement jouent un rôle important dans la justice reproductive parce qu'ils constituent une alternative importante aux soins cliniques pour celles qui sont confrontées à des obstacles financiers et logistiques dus à des restrictions. Ils offrent aux femmes de tous horizons la même chance de bénéficier des normes les plus élevées en matière de soins de santé, comme le prévoient nos constitutions et les lois internationales. En effet, l'accès à l'avortement par pilule nous aide à réaliser plusieurs droits de l'homme, tels que le droit à la vie, à la survie, à la sécurité et à la sexualité, le droit à la non-discrimination, le droit de prendre des décisions concernant sa vie sexuelle et reproductive, y compris la liberté de choisir la maternité, le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des progrès scientifiques, le droit de ne pas être soumis à des traitements cruels, inhumains et dégradants, le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité et le droit à l'information sur la santé.

En adoptant une approche collective, collaborative et multipartite pour faire progresser la justice reproductive, les leaders féministes aident leurs partenaires à occuper et à influencer

des domaines clés de la gouvernance et du développement communautaire. En collaborant à tous les niveaux de décision, du local au mondial, ils veillent à ce que les priorités et le leadership de diverses femmes et filles soient au centre des lois, des politiques, des réglementations, de la mise en œuvre et des décisions de financement qui ont un impact sur l'accès à des services d'avortement sûrs.

Pour mener à bien ce travail, le monde a besoin d'un leadership féministe qui accorde une priorité stratégique à la justice reproductive et qui prenne des engagements audacieux et à long terme pour réparer l'impact de la marginalisation sur l'accès à l'avortement des personnes vivant dans nos communautés. Nous avons besoin d'un leadership capable de reconnaître et d'apprécier que la santé de notre mouvement repose sur la diversité et l'intersectionnalité.

Dans les pays du Sud, des progrès remarquables ont été réalisés dans la mise en place et le maintien d'une pression sur les systèmes formels et informels afin de répondre aux besoins des services de justice sexuelle et reproductive qui garantissent l'accès à la contraception, à l'avortement sans risque et aux soins maternels. Toutefois, ces pays continuent d'opérer en marge de la société. L'adoption d'une approche de justice reproductive et la collaboration entre les acteurs de la santé reproductive peuvent créer une vision et un engagement collectifs dans ces pays afin de soutenir les efforts des mouvements féministes, d'exercer un effet de levier et de transformer le pouvoir.

FONDAMENTALISME RELIGIEUX ET JUSTICE REPRODUCTIVE : *les Philippines en point de mire*

Par Elizabeth Angsioco

*National Chairperson of the Democratic
Socialist Women of the Philippines (DSWP)*

Email: bethangsioco@gmail.com

Carlos Celdran était un influenceur des médias sociaux, un artiste et un militant passionné des droits des femmes. Il était activement impliqué dans la défense du projet de loi sur la santé reproductive. En septembre 2010, Carlos Celdran, déguisé en héros national Jose Rizal, s'est rendu à la cathédrale de Manille pour assister à un événement et prendre des photos pour les médias sociaux. À l'intérieur de l'église, il a brandi un panneau sur lequel était écrit "DAMASO" (un prêtre abusif fictif dans le roman de Rizal sur l'oppression des Philippines par les Espagnols pendant des siècles). Accosté par des agents de sécurité, il a crié : "Ne vous mêlez pas de politique !" ⁽¹⁾.

Celdran a été arrêté et inculpé en vertu de l'article 133 du code pénal révisé (CPR), intitulé "offense aux sentiments religieux", une loi datant de l'époque espagnole qui n'a pas été modifiée et qui démontre clairement le pouvoir de l'Église dans le pays. Celdran a été reconnu coupable et condamné à une peine d'emprisonnement. Il a épuisé tous les recours juridiques possibles, mais la Cour suprême a confirmé sa condamnation en mars 2018. Celdran s'est exilé volontairement en Espagne, où il est décédé en octobre 2019.

L'indignation publique s'en est suivie et le plaidoyer en faveur du projet de loi sur la santé reproductive (aujourd'hui The Responsible Parenthood and Reproductive Health Act of 2012) s'est encore renforcé. La loi prévoit une éducation et des services de santé reproductive complets et fondés sur les droits, en particulier pour les femmes pauvres et marginalisées et leurs familles. L'affaire Celdran a montré les dégâts que peut causer le fondamentalisme religieux, qui s'infiltre dans le système juridique et exerce un pouvoir sur la vie sociale et politique du pays.

La culture du pays reste patriarcale en raison des dogmes religieux traduits en normes et pratiques culturelles. En normes et pratiques culturelles.

Celles-ci constituent les "valeurs morales" de nombreux Philippins. Consciemment ou non, les positions des gens sur les questions controversées de justice reproductive sont enracinées dans la religion. C'est particulièrement vrai pour la majorité d'entre eux qui comprennent mal les droits des femmes. Ces perspectives se répercutent sur les interactions sociales quotidiennes.

Le fondamentalisme religieux est défini comme "L'approche de ces groupes religieux qui recherchent l'interprétation littérale des textes ou livres religieux originaux et qui croient que les enseignements obtenus à partir de ce type de lecture doivent être utilisés dans tous les aspects sociaux, économiques et politiques. Les fondamentalistes religieux croient qu'il n'y a qu'une seule vision du monde qui puisse être vraie, et que leur vision est la seule. Il n'y a pas de place pour l'ambiguïté ou les interprétations multiples". Si l'on s'en tient à cette définition, le fondamentalisme religieux prospère assurément aux Philippines.

La population du pays en 2023 est estimée à plus de 117 millions d'habitants. En termes de religion, les Philippines sont fières d'être la seule nation chrétienne d'Asie. Selon l'Asia Society, environ 86 % de la population est catholique romaine, 6 % appartient à diverses sectes chrétiennes et 2 % à des groupes protestants. Les 4 % de musulmans sont concentrés à Mindanao.

Les groupes religieux, en premier lieu la hiérarchie catholique et ses organisations alliées, sont politiquement puissants. Outre la loi sur l'"offense aux sentiments religieux", l'article de la Constitution philippine de 1987 qui criminalise l'avortement, la loi sur le concubinage et l'adultère dans le RPC, et le Code civil des Philippines⁴ qui regorge de dispositions favorisant les couples hétérosexuels, les pères et les maris, sont des législations actuellement

appliquées qui se fondent de manière significative sur la religion.

Le fondamentalisme religieux, que l'on retrouve dans toutes les églises, va à l'encontre de la promotion de questions telles que le divorce et l'avortement à risque et, en fin de compte, va à l'encontre de l'avancement des droits de l'homme et des droits des femmes. va finalement à l'encontre de l'avancement des droits de l'homme et des droits des femmes. L'interprétation rigide de la foi (chacune prétendant être la seule vraie religion) se fait au détriment, en particulier, de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SRHR). des femmes, des filles et des personnes ayant une orientation sexuelle, une identité de genre, une expression et des caractéristiques sexuelles différentes (SOGIESC). Les personnes les plus durement touchées sont les pauvres, les habitants des zones rurales et isolées, les personnes peu instruites et celles qui appartiennent à des secteurs marginalisés de la société.

En revanche, les riches sont en mesure de contourner les lois. Par exemple, alors que le divorce est interdit, les couples riches choisissent de se marier à l'étranger. de se marier à l'étranger. Les personnes fortunées dont le mariage s'est brisé peuvent recourir à la procédure d'annulation, très coûteuse, pour retrouver leur liberté. Alors que l'avortement est illégal, il est possible d'obtenir des avortements sûrs en recourant aux services coûteux d'un réseau clandestin de médecins⁵. Il s'agit là d'options qui dépassent largement les moyens des Philippins ordinaires.

La justice reproductive (JR), comprise comme le bien-être physique, mental, spirituel, politique, social et économique complet des femmes et des filles, fondé sur la pleine réalisation et la protection des droits humains des femmes⁽⁶⁾,

est donc un objectif crucial poursuivi par les féministes. Cette définition du JR tient compte des diverses identités des femmes et nécessite de travailler sur leurs différents contextes au-delà de la législation. De nombreux défenseurs du JR œuvrent également en faveur de l'égalité SOGIESC.

Au fil du temps, les organisations de défense des droits des femmes (WRO) et leurs alliés ont remporté des succès significatifs dans la défense du droit à l'égalité entre les hommes et les femmes par le biais de la loi. La plupart des législations progressistes existantes sont le résultat du travail acharné des WROs. Cependant, il ne suffit pas d'avoir ces lois. La loi sur la santé reproductive adoptée il y a plus de dix ans en est un bon exemple. Sa mise en œuvre reste faible, avec des programmes essentiels, notamment l'éducation sexuelle complète, qui n'est pas entièrement mise en œuvre. Une mise en œuvre complète et adéquate, ainsi qu'une éducation des femmes leur permettant de faire valoir leurs droits, sont nécessaires.

En plus d'aider à la mise en œuvre des lois et d'assurer l'éducation aux droits des femmes, les WRO sont occupés à défendre d'autres projets de loi relatifs à la justice reproductive et à déstigmatiser les sujets controversés en matière de santé sexuelle et reproductive.

Les Philippines sont le seul pays au monde, en dehors du Saint-Siège, où le divorce est illégal. Et ce, bien que des pratiques similaires au divorce aient existé à l'époque précoloniale et qu'elles aient été légales aux époques américaine et japonaise⁷. Les groupes religieux s'opposent systématiquement aux projets de loi sur le divorce en invoquant des points de vue archaïques tels que "ce qui est uni par Dieu ne peut être défait par l'homme" et "le caractère sacré du mariage".

Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité constituent un autre problème majeur. On estime à 1,1 million le nombre d'avortements provoqués chaque année. 1 000 femmes meurent chaque année de complications post-avortement⁸. L'avortement est un crime en raison de la disposition de la Constitution de 1987 qui protège également la vie de la mère et de

l'enfant à naître. Cette disposition est renforcée par le RPC, qui contient des articles sévères contre l'avortement.

Culturellement, la stigmatisation de l'avortement est très forte, ce qui rend doublement difficile le plaidoyer en faveur de la dépénalisation. Les conversations ouvertes et sans jugement sont rares et généralement limitées aux défenseurs des droits et aux féministes en milieu urbain - les suspects habituels. Les initiatives de lutte contre la stigmatisation et d'éducation impliquant des femmes ordinaires font cruellement défaut. Le soutien de la communauté à la dépénalisation de l'avortement est négligeable. Face aux fondamentalistes religieux qui inculquent aux gens que l'avortement est un meurtre et un péché capital, il y a beaucoup à faire pour renforcer la défense du droit à l'avortement.



La grossesse chez les adolescentes est un problème majeur. Malgré l'augmentation alarmante du nombre de filles de moins de 15 ans qui tombent enceintes⁹, les notions conservatrices sur la sexualité des adolescents restent fortes. La décision de la Cour suprême exigeant le consentement d'un parent ou d'un tuteur pour l'utilisation de contraceptifs par les mineurs a affaibli la loi sur la santé reproductive. En outre, de nombreux prestataires de santé refusent de fournir aux adolescents les services dont ils ont besoin en raison de leurs préjugés. Actuellement, il y a un fort plaidoyer pour l'adoption de la loi sur la grossesse chez les adolescentes. L'adoption du projet de loi sur la prévention de la grossesse chez les adolescentes.

En ce qui concerne les droits des personnes SOGIESC, les projets de loi sur les partenariats civils et l'égalité SOGIESC ont été redéposés. Les législateurs fondamentalistes et les groupes religieux s'unissent pour empêcher l'adoption de ces projets de loi. Lors des auditions au Congrès, ces groupes, en particulier les législateurs, ont recours non seulement à des versets bibliques, mais aussi à des tactiques visant à faire taire les opposants et à faire dérailler le processus en utilisant leurs privilèges et leur pouvoir politiques¹⁰. Ces projets de loi visant à réaliser les droits des personnes LGBTQIA+ languissent au Congrès depuis de nombreuses années.

Peu de gens savent que la mutilation génitale féminine (MGF/E) est pratiquée aux Philippines et qu'elle est répandue dans la région musulmane de Mindanao¹¹. Appelée "pag-Islam", la MGF/E est profondément liée à l'Islam et pratiquée sur les filles avant le début des menstruations ou avant le mariage, afin qu'elles soient considérées comme pures et saines. Une culture du silence entoure cette question, ce qui explique la pénurie d'informations. Bien que cette pratique soit ancrée dans la religion, il n'y a pas d'unité dans la manière dont les dirigeants musulmans la considèrent.

L'E/MGF est également transmise dans le cadre des traditions culturelles par les matriarches des familles. Il n'existe pas de procédure uniforme pour pratiquer l'E/MGF. Certains utilisent des lamelles de bambou, des lames, des coupe-ongles ou de petits couteaux. Certains grattent le clitoris, d'autres le piquent. Les mutilations génitales féminines étant inconnues aux Philippines, il est urgent de poursuivre les recherches et d'informer les parties prenantes sur la manière dont cette pratique nuit aux filles et viole leurs droits. La justice en matière de procréation ne pourra être atteinte aux Philippines que si le fondamentalisme religieux est démantelé. Des lois progressistes y contribueront. Mais stratégiquement, une contre-culture, centrée sur les droits de l'homme et de la femme, doit évoluer. Pour ce faire, un changement des valeurs et des mentalités est nécessaire. Une éducation continue, généralisée et complète, axée sur les droits et utilisant diverses plates-formes, est vitale.

Les féministes et les organisations de femmes jouent un rôle crucial dans l'évolution de cette contre-culture et le démantèlement du fondamentalisme religieux. Remettre en question le statu quo, travailler avec les femmes de la communauté pour revendiquer des droits, développer les compétences et les qualités de leadership des jeunes féministes pour qu'elles poursuivent la lutte, créer des programmes et des mécanismes alternatifs fondés sur les droits, voilà quelques-uns des moyens utilisés par les organisations féministes pour promouvoir une culture juste, équitable et équitable.

Les citoyens qui accordent de l'importance aux droits de l'homme et aux libertés choisiront des dirigeants progressistes qui respecteront et défendront la justice économique, sociale et reproductive. Le travail est difficile, complexe et prendra des générations. Toutefois, ce

n'est que lorsque les fondamentalistes religieux ne seront plus au pouvoir que les citoyens, en particulier les femmes, les jeunes filles et les personnes de diverses orientations sexuelles et politiques, pourront véritablement exercer leurs droits humains.

Les cas comme celui de Carlos Celdran n'existeront plus.

Notes & References

- 1 Angsioco, E. (2019, October 12). Death by bigotry. Manila Standard. <https://manilastandard.net/opinion/columns/power-point-by-elizabeth-angsioco/307176/death-by-bigotry.html>.
- 2 Congress of the Philippines. (2012, December). Republic Act No. 10354. https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2012/ra_10354_2012.html.
- 3 Razaghi, M., Chavoshian, H., Chanzanagh, H. E. & Rabiell, K. (2020). Religious fundamentalism, individuality, and collective identity: A case study of two student organizations in Iran. <https://www.google.com/search?q=religious%20fundamentalism%20definition&tbm=>
- 4 Republic Act No. 386. Civil Code of the Philippines. (1949, June). <https://www.officialgazette.gov.ph/1949/06/18/republic-act-no-386/>.
- 5 Gutierrez, N. (2018, August 20). Secret Service: Underground doctors induce safe abortions. Rappler. <https://www.rappler.com/newsbreak/investigative/209891-underground-doctors-induce-safe-abortions-philippines/>.
- 6 Ross, Loretta, Sister Song, Women of Color Reproductive Health Collective. What is Reproductive Justice?. (n.d.) Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change. <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fileID=4041>.
- 7 Angsioco, E. (2019, August 17). Divorce in the Philippines: Then and Now. Manila Standard. <https://manilastandard.net/opinion/columns/power-point-by-elizabeth-angsioco/302578/divorce-in-the-philippines-then-and-now.html>.
- 8 The spectre of unsafe abortions in the Philippines. (2023 March). The Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(22\)00270-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(22)00270-X/fulltext).
- 9 Abad, M. (2021, February 8). Births among girls aged 15 below rise 7% in 2019 - PopCom. Rappler. <https://www.rappler.com/nation/population-commission-report-births-among-girls-aged-below-15-years-old-philippines-2019/>.
- 10 Lalu, G. (2022, November 22). Abante scolds UP gender program lawyer: Don't talk about Sogie. Inquirer.net. <https://newsinfo.inquirer.net/1696578/abante-scolds-up-gender-program-lawyer-for-raising-gender-issues-you-cant-speak-for-up/amp>.
- 11 See, A. (2020, December 7). Researchers: Female Genital Mutilation 'Prevalent' in Southern Philippines. Benar News. <https://www.benarnews.org/english/news/philippine/female/mutilation-12072020142626.html>.

LE REGISTRE DES "ENFANTS CONÇUS NON NÉS" AU PARAGUAY

La "tempête parfaite" pour éroder davantage l'autonomie en matière de procréation

Par Mirta Moragas Mereles

Directeur de la politique et du plaidoyer
Synergia - Initiatives pour les droits de l'homme

Email: mirtamoragas@gmail.com

Introduction. José Serrano définit la "tempête parfaite" comme la manière de "décrire la combinaison et la croissance accélérée de phénomènes qui, isolés, sont gérables, mais qui, ensemble et dans de bonnes conditions, produisent des résultats inattendus. En novembre 2017, le Paraguay a adopté une loi qui permet d'enregistrer les embryons ou les fœtus à naître avec un nom sur un certificat de décès. Il s'agit de la première loi de ce type en Amérique latine.

La loi et ses implications pour

l'autonomie reproductive. En octobre 2016, un groupe de députés conservateurs a présenté un projet de loi visant à enregistrer les "enfants conçus non nés" dans le registre civil. Le projet de loi établit que, sur une base volontaire, les individus peuvent demander au registre civil de délivrer un certificat de décès avec un prénom et un nom, indépendamment du poids et de l'âge gestationnel. Le projet de loi précise que la loi "ne modifie

en aucun cas le régime des personnes physiques institué dans le code civil, ni n'accorde de droits patrimoniaux, successoraux ou domaniaux" (article 9).

Un mois auparavant, en septembre 2016, Neydy Casillas, une avocate d'Alliance Defending Freedom, une organisation américaine qui promeut des stratégies juridiques pour s'opposer aux droits sexuels et reproductifs, s'est rendue au Paraguay et a participé à des conférences et à des réunions avec un groupe de députés.² Ce groupe a ensuite formé un "front parlementaire pour la vie et la famille"³ et a présenté le projet de loi. Le processus avait pour face visible des groupes de soutien aux femmes et aux familles qui avaient perdu des grossesses désirées. Le projet de loi a d'abord été approuvé à une écrasante majorité par la Chambre des députés et les sénateurs. Le pouvoir exécutif a opposé son veto en invoquant des arguments techniques concernant la viabilité du projet de loi.

Entre autres raisons, le pouvoir exécutif a remis en question le fait de donner un nom à quelqu'un qui n'est pas légalement une personne, puisque le nom est obtenu dès la naissance. D'autre part, les incohérences de cette proposition avec d'autres lois établissant des procédures d'enregistrement des personnes ont été mises en doute. Le veto a été rejeté par une large majorité des deux chambres et le projet de loi a finalement été approuvé⁽⁴⁾.

Les principaux arguments publics du groupe de ceux qui étaient les faces visibles du projet de loi tournaient autour du droit des familles à faire leur deuil. Ses promoteurs ont notamment déclaré :

Si cette loi est adoptée, nos enfants ne seront plus traités comme des déchets pathologiques, et c'est un grand pas en avant. Cela n'élimine pas la douleur, mais au moins nous n'aurons plus seulement une échographie vide ou une photo vide, mais les enfants auront l'identité que nous leur avons donnée, ce nom que nous avons choisi avec amour et que nous nous sommes efforcés de leur donner, ce qui est très important pour nous⁵.

Le projet de loi a également été soutenu par des groupes antisexistes tels que CitizenGo⁶, qui a lancé une campagne de signatures pour soutenir l'approbation de la loi. Lors du traitement législatif, plusieurs députés ont parlé de la "protection de la vie dès la conception", faisant allusion au fait que le fœtus ou l'embryon "est une personne"⁽⁷⁾

Ainsi, la question légitime de la douleur causée par la perte d'une grossesse désirée est devenue un moyen supplémentaire pour les groupes antisexistes de prétendre que le fœtus ou l'embryon est une personne. Dans un pays comme le Paraguay, où la législation sur l'avortement est l'une des plus restrictives⁽⁸⁾, cette loi complique les progrès vers la reconnaissance de l'autonomie reproductive.

Après le Paraguay, le Chili a adopté la "loi sur la mortinatalité" dont le contenu est très similaire, avec une précision importante à l'article 5 : "Cette loi ne peut être interprétée de manière à entraver de quelque manière que ce soit l'accès des femmes et des jeunes filles aux services d'interruption volontaire de grossesse dans les cas où ceux-ci sont légaux"⁽⁹⁾.

Par la suite, des initiatives similaires ont été proposées en Argentine¹⁰, en Colombie⁽¹¹⁾, en Équateur¹² et au Pérou¹³. Bien qu'il ne soit pas certain que ces projets de loi soient approuvés, ils montrent que ce type d'initiatives n'est

pas isolé, mais fait partie d'une "tempête parfaite" qui peut avoir un impact sur l'autonomie reproductive des femmes et des personnes ayant la possibilité de procréer.

Ces initiatives cherchent à faire reculer les récentes victoires sur la reconnaissance du droit à l'avortement en recentrant le débat sur la vie du fœtus, sapant ainsi le rôle central des femmes et des personnes ayant la possibilité de procréer. À cette fin, les groupes anti-genre manipulent des situations aussi légitimes que la perte d'une grossesse désirée, créant ainsi la tempête parfaite pour entraver davantage l'autonomie reproductive.

Ces lois cherchent à approfondir l'idée, défendue par les groupes anti-genre et anti-avortement, que les embryons ou les fœtus sont des personnes. Le droit international des droits de l'homme a établi que le droit à la vie n'est pas absolu¹⁴, que la protection du droit d'accès à l'avortement est une obligation de l'État¹⁵ et que le droit à la vie est "graduel et progressif"¹⁶. Il n'y a pas de norme dans le droit international qui considère que les personnes peuvent être considérées comme telles avant la naissance. L'objectif de ces lois est de contredire ces normes afin, entre autres, d'aggraver la stigmatisation de l'avortement et de rendre plus difficile sa discussion dans des contextes hostiles comme celui du Paraguay. Ces initiatives cherchent à faire reculer les récentes victoires en matière de reconnaissance du droit à l'avortement en recentrant le débat sur la vie du fœtus, sapant ainsi le rôle central des femmes et des personnes ayant la possibilité de procréer. À cette fin, les groupes anti-genre manipulent des situations aussi légitimes que la perte d'une grossesse désirée, créant ainsi la tempête parfaite pour entraver davantage l'autonomie reproductive.

Notes et références

- 1 Serrano, J. La tormenta perfecta: Ideología de género y articulación de públicos, in: Revista Latinoamericana Sexualidad, salud y sociedad. No. 17, diciembre 2017, pp.149-171.
- 2 Cariboni, Diana. 'Así se convirtió Paraguay en "laboratorio de ideas antiderechos"'. LaDiaria. 29 January 2021. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2021/1/asi-se-convirtio-paraguay-en-laboratorio-de-ideas-antiderechos/>.
- 3 Ferreira, Olga. "Diputados crean frente a favor de la vida y la familia." Hoy. 2 September 2016. <https://www.hoy.com.py/nacionales/diputados-crean-frente-a-favor-de-la-vida-y-la-familia>.
- 4 The law is available at <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9244/ley-n-5833-establece-el-libro-de-defunciones-de-concebidos-no-nacidos-en-el-registro-del-estado-civil>.
- 5 Ferreira, Olga. "Paraguay: libro blanco de defunciones para los no nacidos." CitizenGo. 14 October 2016. https://www.citizenngo.org/es/37889-sepultura-digna-para-no-nacidos?dr=1922782::c3f536753fa5e36c88c0b92e19c3b13b&utm_source=email&mk_tok=eyJpIjoiWWpsak9UmtOalppWXPbSbClInQiOiJxMDJzOU5zXC93ZTUzbHBhcVJOcFNGMGRxcHFvdFF4SWtWZWIjR3VCT2VnZlUyWlVWSDR6aFByQ1dERU1YMGkxOGZjYlVjNTVZUENdbjFTTmxzCFNaOExOOXJJC9od1ZzNmFnVitwVFhHM3BrPSJ9.
- 6 Ibid.
- 7 "Una Ley Para A Dar Identidad Y Dar Derechos A No Nacidos Avanza En Paraguay." Centro De Documentacion Y Estudios. <https://www.cde.org.py/una-ley-para-a-dar-identidad-y-dar-derechos-a-no-nacidos-avanza-en-paraguay/>.
- 8 The only decriminalized cause of abortion is in case of risk to the woman's life, with a very restrictive interpretation of risk (Article 109 of the Penal Code).
- 9 The law is available at <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1135245&idParte=10047893&idVersion=2019-08-22>.
- 10 The bill is available at <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/3939-D-2021.pdf>.
- 11 The bill is available at <https://www.camara.gov.co/brazos-vacios>.
- 12 The bill states that "in any pregnancy that has reached twelve weeks of gestation, the fetus shall be considered a human being". Available at <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/0e068230-62f2-4204-9600-fd61544daod/pp-gestac-433522-mayorga-proyecto-de-ley.pdf>.
- 13 This bill establishes that "the conceived person is a human subject to law". Available at <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/NJE2MQ==/pdf/PL-00785>.
- 14 Human Rights Committee. General Comment no. 36, article 6: the right to life (2019). Document CCPR/C/GC/36, paragraph 10.
- 15 Human Rights Committee. General Comment no. 36, article 6: the right to life (2019). Document CCPR/C/GC/36, paragraph 8.
- 16 Inter-American Court of Human Rights. Case of Artavira Murillo et al. ("in vitro fertilization") v. Costa Rica. Judgment of November 28, 2012 (Preliminary objections, merits, reparations and costs), paragraph 163.

LE POUVOIR DES FEMMES ET DES FILLES ET L'ORGANISATION CONTRE LA VIOLENCE

Par Dr. Shakira Choonara

Responsable thématique sur l'autonomie corporelle et la santé et les droits sexuels et reproductifs et Commissaire Lancet sur la santé et le bien-être

Email: shakira.choonara@unwomen.org

L'Afrique du Sud est l'un des exemples les plus progressistes au monde en ce qui concerne la fourniture de services de santé et de droits sexuels et génésiques (SRHR). Dès l'aube de la nouvelle démocratie en 1994, le pays a adopté une législation sur l'avortement sûr, la loi 92 de 1996 sur le choix de l'interruption de grossesse (Choice on Termination of Pregnancy Act)⁽¹⁾, et a légalisé le mariage entre personnes du même sexe. Toutefois, ces droits progressistes en matière d'égalité des sexes deviennent de plus en plus purement symboliques en raison de la prévalence de la violence fondée sur le sexe, du féminicide et de la traite des êtres humains à laquelle le pays est confronté.

La loi prévoit des dispositions pour protéger les citoyens contre la violence domestique, le harcèlement sexuel et la traite des êtres humains. En 2022, le président a signé de récents amendements visant à renforcer la législation, par exemple l'amendement au droit pénal (infractions sexuelles et questions connexes). La loi sur la protection des droits de l'homme, le projet de loi d'amendement sur les questions pénales et connexes, et le projet de loi d'amendement sur la violence domestique. Au niveau politique, le gouvernement a répondu au fléau de la violence liée au sexe dans le pays par le biais du Plan stratégique national de lutte contre la violence liée au sexe et le féminicide 2022-2030, qui constitue son plan d'action directeur. Cependant, sur le terrain, les femmes, les filles et les populations clés ont-elles vraiment le contrôle de leur corps ? Sommes-nous en sécurité ? Sommes-nous vraiment libres ? Notre corps est-il respecté ? Sommes-nous respectées ? La réponse, qui fait froid dans le dos, est non.

En outre, les lieux de travail, les universités et même les écoles connaissent une augmentation de l'exploitation et de la violence sexuelle,

perpétuée par des dynamiques de pouvoir qui favorisent souvent les auteurs. Les médias relatent régulièrement l'inhumanité dont les femmes sont victimes, ce qui jette une ombre sinistre sur ces idéaux politiques et législatifs. Les cas d'assassinat de femmes enceintes et de viols, d'enlèvements et de meurtres d'étudiants sont fréquents. Des femmes et des jeunes filles sont matraquées, brûlées et leurs membres coupés². C'est un phénomène quotidien, terrifiant et inhumain.

La justice est rarement rendue aux survivants de la violence liée au sexe, qu'ils portent plainte ou non. J'ai parlé à de nombreux survivants au cours d'un projet de recherche que j'ai mené en Afrique du Sud il y a quelques années, et leurs récits étaient traumatisants. Des survivantes ont mentionné avoir été violées une seconde fois par les forces de l'ordre alors qu'elles tentaient de demander de l'aide dans un poste de police, et cette tendance est de plus en plus répandue³.

La collecte inadéquate de preuves par les forces de l'ordre et les professionnels de la santé réduit considérablement les chances d'une femme d'obtenir justice. Les survivantes signalent rarement le crime et se heurtent à de multiples obstacles pour le faire et de demander justice. Il est inhumain et peu pratique d'attendre des personnes traumatisées qu'elles naviguent dans des systèmes juridiques et de santé publique inefficaces.

Récemment, la lueur d'espoir que nous avons vue est la montée du mouvement Total Shutdown en Afrique du Sud en 2018⁴, où des milliers de femmes ont marché contre la violence liée au sexe jusqu'aux bâtiments de l'Union à Pretoria.

Dans le pays, nous avons constaté que les femmes prenaient position collectivement. Les gains immédiats ont été l'attention des décideurs politiques, ce qui a conduit à un sommet présidentiel sur la violence liée au sexe, au plan stratégique national sur la violence liée au sexe et le féminicide 2020-2030 (décrit ci-dessus) et à un fonds sur la violence liée au sexe doté de 128 millions de rands (environ 6 millions de dollars)⁵. Cependant, ces actions se sont-elles traduites par une plus grande sécurité, de meilleurs mécanismes de réponse et des solutions à long terme plus solides ? Malheureusement, la réponse reste négative.

Le mouvement "Total Shutdown" met en évidence le pouvoir des femmes et des jeunes filles, le pouvoir de s'organiser pour défendre nos corps, notre dignité et nos vies. Sur l'ensemble du continent africain, nous voyons des femmes, en particulier des jeunes femmes, s'élever et prendre le contrôle. Par exemple, les récentes manifestations contre la taxation des produits de santé menstruelle au Ghana⁶ en juillet 2023 est un autre exemple de ce mouvement.

La résolution de ces problèmes systémiques nécessite des investissements soutenus, des efforts coordonnés et des mouvements de masse tels que le mouvement Total Shutdown, qui vont au-delà des manifestations ponctuelles. Comme le mouvement Total Shutdown, qui vont au-delà des manifestations ponctuelles. La cohérence est essentielle pour faire aboutir nos demandes et garantir la justice reproductive. La lutte est une entreprise continentale unie que nous, les femmes et les filles, devons mener pour empêcher que la violence liée au sexe ne devienne une réalité. Pour que la violence liée au sexe ne soit plus un phénomène quotidien en Afrique du Sud. Ce faisant, nous pouvons rechercher une justice historique pour les femmes violées plusieurs fois pendant le génocide au Rwanda⁷, les femmes violées dans le Tigré, en Éthiopie⁸, les réfugiées de Libye⁹ violées, et nous élever contre les relations sexuelles forcées des enfants mariées sur le continent.

Notes et références

- 1 Government Gazette. Staatskoerant. Republic of South Africa. https://www.parliament.gov.za/storage/app/media/ProjectsAndEvents/womens_month_2015/docs/Act92of1996.pdf.
- 2 Myeni, Thabi. "Our bodies are crime scenes": South Africa's murdered women." *Aljazeera*. 5 June 2021. <https://www.aljazeera.com/features/2021/6/5/our-bodies-are-crime-scenes-south-africas-murdered-women>.
- 3 Tshuma, Nomalanga. "Woman shares how seeking help after GBV assault resulted in her being raped by a cop." *IOL*. 14 January 2021. <https://www.iol.co.za/capeargus/news/woman-shares-how-seeking-help-after-gbv-assault-resulted-in-her-being-raped-by-a-cop-aecc413c-2ac6-4554-bede-608f4c7dco43>.
- 4 UNWomen. "In South Africa, women call for #TotalShutdown of gender-based violence." 3 August 2018. <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2018/8/news-in-south-africa-women-call-for-totalshutdown-of-gender-based-violence>.
- 5 Republic of South Africa. "Presidency on Gender-Based Violence and Femicide (GBVF) Response Fund." GOV ZA. 5 February 2021. [https://www.gov.za/speeches/gbv-response-5-feb-2021-0000#:~:text=GBVF%20response%20fund%20raises%20R128,\(GBVF\)%20Response%20Fund%201](https://www.gov.za/speeches/gbv-response-5-feb-2021-0000#:~:text=GBVF%20response%20fund%20raises%20R128,(GBVF)%20Response%20Fund%201).
- 6 People's Dispatch. "Activists in Ghana march to the parliament demanding tax-free periods." July 1, 2023. <https://peoplesdispatch.org/2023/07/01/activists-in-ghana-march-to-the-parliament-demanding-tax-free-periods-2/>.
- 7 Nowrojee, Binaifer. "SHATTERED LIVES. Sexual Violence during the Rwandan Genocide and its Aftermath." Human Rights Watch Africa. September 1996. <https://www.hrw.org/reports/1996/Rwanda.htm>.
- 8 Amnesty International. "Ethiopia: Troops and militia rape, abduct women and girls in Tigray conflict - new report." August 10, 2021. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/08/ethiopia-troops-and-militia-rape-abduct-women-and-girls-in-tigray-conflict-new-report/>.
- 9 Ismail, Nermin. "Widespread torture and rape documented in Libya's refugee camps." *Mail&Guardian*. 28 March, 2019. <https://mg.co.za/article/2019-03-28-00-widespread-torture-and-rape-documented-in-libyas-refugee-camps/>.

SAIGE : Faire progresser la justice reproductive et l'accès à l'avortement sans risque dans les pays du Sud

Par Garima Shrivastava

Gestionnaire de programme, ARROW

Email: garima@arrow.org.my

Introduction. Établie en 2018, l'Initiative pour le plaidoyer en faveur de l'avortement médicalisé (Safe Abortion Advocacy Initiative Global South Engagement - SAIGE) est une plateforme collaborative qui réunit des défenseurs, des activistes, des universitaires et des prestataires de services du Sud mondial. L'objectif central de SAIGE est de défendre l'avortement médicalisé en tant que droit humain fondamental. Cette initiative s'efforce d'amplifier les voix du Sud, en particulier celles des jeunes femmes, en encourageant la solidarité, le partage des connaissances, le renforcement des capacités et la défense des droits génésiques sur la base de données probantes. Le travail du SAIGE s'inscrit dans un contexte de statistiques inquiétantes, avec environ 25 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses chaque année entre 2010 et 2014, ce qui a des conséquences désastreuses. Les régions développées font état de 30 décès de femmes pour 100 000 avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, ce chiffre passant à 220 dans les régions en développement et à 520 en Afrique subsaharienne, où la majorité des décès liés à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses persistent¹. 97 % des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses dans les pays en développement sont à la charge de ces derniers. Plus de la moitié des avortements à risque se produisent en Asie, principalement en Asie du Sud et en Asie centrale.

En Amérique latine et en Afrique, la majorité (environ 3 sur 4) des avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses. En Afrique, près de la moitié des avortements sont pratiqués dans les conditions les moins sûres⁽²⁾.

La création de mouvements dans le Sud et le rôle du SAIGE. Il est impératif que les femmes du Sud se réapproprient le récit sur l'accès à l'avortement l'accès à l'avortement médicalisé ne peut être surestimé. Le SAIGE est une plateforme essentielle qui se consacre à la mobilisation et à l'engagement des organisations et des individus dans la poursuite du droit à l'avortement médicalisé. Il y parvient en facilitant des interventions ciblées, en partageant des connaissances et une expertise inestimables, et en nourrissant un mouvement puissant qui vise un changement tangible dans le domaine de l'accès à l'avortement sans risque dans l'ensemble de l'hémisphère Sud. Le SAIGE a fait des progrès significatifs depuis sa création, et compte plus de 200 membres répartis dans 37 pays de la région du Sud. Ce réseau dynamique sert non seulement de source de soutien dans les moments difficiles, mais aussi de plaque tournante pour l'échange de points de vue et d'expertise. Les membres s'inspirent d'initiatives réussies dans toutes les régions, en les

adaptant à leur propre contexte, renforçant ainsi le mouvement collectif pour le droit à l'avortement sans risque. Le SAIGE collabore également étroitement avec d'autres réseaux et organisations engagés dans la défense de l'accès à l'avortement sans risque dans la région du Sud.

Le SAIGE a contribué à faciliter les liens et les échanges d'apprentissage entre l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Afrique et l'Asie. Ces échanges ont permis d'enrichir la compréhension des liens, des opportunités partagées et des défis communs. Les principaux domaines d'intervention sont le plaidoyer fondé sur des données probantes, l'amélioration de l'accès à l'avortement autogéré, les stratégies de dépénalisation de l'avortement sans risque et la lutte contre la stigmatisation liée à l'avortement.

Défis. Le SAIGE reconnaît les défis persistants qui se posent sur le terrain. La réticence des gouvernements à adopter des approches globales en matière de santé et de droits laisse les femmes de l'ensemble des pays du Sud vulnérables aux avortements dangereux, en particulier dans les régions où les lois sont restrictives. Même dans les endroits où l'avortement est légal, l'accès limité à des services abordables reste un obstacle majeur au progrès. En outre, la stigmatisation profondément enracinée qui entoure l'avortement continue de mettre en péril la sécurité des femmes, les obligeant souvent à privilégier le secret au détriment de leur propre bien-être.

Réimaginer la justice reproductive. Le cadre de la justice reproductive souligne une vérité fondamentale : la capacité d'une femme à déterminer son propre destin reproductif est intimement liée aux circonstances de sa communauté. La justice reproductive est le droit humain de conserver son autonomie corporelle, d'avoir des enfants, de ne pas en avoir et d'élever les enfants que nous avons dans des communautés sûres et durables³. Cette idée réfute la notion selon laquelle les choix reproductifs sont uniquement une question d'accès et de décision individuels. Au contraire, la justice reproductive s'attaque à la dure réalité sociale de l'inégalité, et plus particulièrement aux disparités dans les possibilités qu'ont les individus de contrôler leur avenir en matière de procréation.

Lors de la convention SAIGE de Pattaya, en Thaïlande, qui s'est tenue en 2022, un atelier d'une journée a été consacré à la réimagination de la justice reproductive du point de vue du Sud global. Notre mission s'articule autour des principes fondamentaux de la justice reproductive, en particulier son applicabilité dans le Sud global. Nous nous efforçons de comprendre l'interaction complexe des forces sociales, politiques et économiques qui ont un impact significatif sur la santé reproductive et génésique.

Le SAIGE reconnaît que le cadre de la justice reproductive est une stratégie puissante pour guider efficacement notre travail. En adoptant ce cadre, nous aspirons à faciliter un accès plus équitable aux services de santé sexuelle et

reproductive, en veillant à ce que les droits et le bien-être des individus et des communautés soient protégés dans un monde marqué par la diversité et des défis complexes.

Notes et références

- 1 Global Abortion Policies Database. (2021). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
- 2 Ibid.
- 3 SisterSong. Reproductive Justice. <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>.

ressources

RESSOURCES DU CENTRE DE PARTAGE DES CONNAISSANCES ARROW SRHR

Compilé par Keshia Mahmood

Administrateur principal de programme, ARROW

Email: keshia@arrow.org.my

Le Centre de partage des connaissances sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (ASK-us) d'ARROW héberge une collection spéciale de ressources sur le genre, les droits des femmes et la santé et les droits sexuels et reproductifs (SRHR) afin de rendre accessibles à tous les informations essentielles sur ces sujets. ASK-us est également disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.srhr-ask-us.org/>. Veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : keshia@arrow.org.my.

ARTICLES ET LIVRES

Bagenstos, Samuel R. "Handicap et justice reproductive". *Harv. L. & Pol'yRev.* 14 (2019) : 273.

Cet essai propose un examen plus approfondi de l'intersection du handicap et des droits reproductifs. Pour ce faire, il examine le traitement juridique et sociétal des fœtus et des enfants handicapés parallèlement au traitement juridique et sociétal des parents handicapés, et il met à profit les idées tirées de deux mouvements sociaux distincts : le mouvement pour les droits des personnes handicapées et le mouvement pour la justice génésique.

Bakhr, Tanya Saroj, ed. *Justice reproductive et droits sexuels : Transnational perspectives*. Routledge, 2019.

Cet ouvrage adopte une approche intersectionnelle, interdisciplinaire et transnationale, présentant des travaux qui permettront au lecteur d'acquérir une compréhension nuancée et approfondie du rôle de la mondialisation dans la vie sexuelle et reproductive des corps sexués au XXI^e siècle. *Justice reproductive et droits sexuels : Reproductive Justice and Sexual Rights : Transnational Perspectives* s'appuie sur la justice reproductive et le féminisme transnational comme cadres pour explorer et donner un sens aux expériences reproductives et sexuelles de divers

groupes de femmes et de personnes marginalisées à travers le monde. Les interactions entre la mondialisation, le féminisme, la justice reproductive et les droits sexuels sont explorées dans le cadre des droits de l'homme et des paradigmes féministes transnationaux. Cet ouvrage comprend des études de cas du Mexique, de l'Irlande, de l'Ouganda, de la Colombie, de Taïwan et des

Fixmer-Oraiz, Natalie, and Shui-yin Sharon Yam. "Queer(ing) reproductive justice". In *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. 2021.

L'histoire, les principes et les contributions du cadre de la justice reproductive (JR) à la formation des familles queer est le lien qui relie le potentiel

le suivi des activités nationales et régionales

de coalition entre la JR et la justice queer. La façon dont les trois piliers de la JR se croisent avec la marginalisation systémique des personnes LGBTQ - en particulier les personnes pauvres de couleur - aide à clarifier la façon dont le cadre de la JR peut élaborer les compréhensions intersectionnelles de la politique reproductive queer et de la parenté.

Foster, Diana G. "L'étude Turnaway : Ten Years, A Thousand Women, and the Consequences of Having-or Being Denied -an Abortion" (Dix ans, mille femmes et les conséquences d'un avortement ou d'un refus d'avortement). Scribner. 2020.

L'étude Turnaway est une étude longitudinale prospective qui examine les effets d'une grossesse non désirée sur les femmes. L'objectif principal de l'étude est de décrire la santé mentale, la santé physique et les conséquences socio-économiques d'un avortement par rapport à une grossesse non désirée menée à terme. La principale conclusion de l'étude Turnaway () est que le fait de se faire avorter ne nuit pas à la santé et au bien-être des femmes, mais qu'en fait, le fait de se voir refuser l'avortement entraîne une détérioration de la situation financière, de la santé et de la famille.

Gondouin, Johanna, Suruchi Thapar-Björkert et Mohan Rao.

"Dalit feminist voices on reproductive rights and reproductive justice". *Economic and Political Weekly* 55, no. 40 (2020) : 38-46

Des recherches antérieures ont abordé les questions de justice reproductive et les stratifications de la vie reproductive des femmes indiennes en termes de position de classe et de statut économique. Cependant, la question de la caste a reçu peu d'attention dans la littérature et il y a eu un manque de recherche sur les technologies de procréation assistée et la caste, ainsi que l'absence de féministes dalits s'exprimant sur les technologies de procréation. Cet article tente de commencer à explorer l'importance de la caste en s'appuyant sur des entretiens approfondis avec des féministes dalits qui remettent en question les conceptions dominantes de la maternité de substitution dans les débats nationaux et internationaux sur

les techniques de procréation assistée. Il met en évidence la manière dont l'insistance sur le contexte socio-économique plus large de la vie des femmes remet en question les notions de droits reproductifs, les remplaçant par la justice reproductive.

Hyatt, Erica Goldblatt, Judith LM McCoyd, et Mery F. Diaz.

"Du droit à l'avortement à la justice reproductive : un appel à l'action". *Affilia* 37, no. 2 (2022) : 194-203.

Alors que les attaques culturelles et législatives agressives contre le droit et l'accès à l'avortement se poursuivent, cet article appelle les travailleurs sociaux à poursuivre les objectifs libérateurs du mouvement de la justice reproductive (JR). Les auteurs soutiennent que le cadre de la justice reproductive, enraciné dans la théorie féministe, s'aligne sur l'éthique et les objectifs de justice sociale du travail social, guidant de manière appropriée le plaidoyer et l'intervention. Après avoir exposé les objectifs et les principes fondamentaux du mouvement pour la justice sociale, l'article examine les politiques qui entravent la justice sociale et celles qui pourraient la promouvoir, en se concentrant sur l'amélioration de la souveraineté du corps, de la procréation et de l'éducation des enfants. Il se termine par des recommandations concrètes sur la manière dont les travailleurs sociaux peuvent poursuivre la JR sur le plan professionnel et personnel.

Kim, Sunhye, Na Young et Yurim Lee.

"Le rôle des mouvements de justice reproductive dans la contestation de l'interdiction de l'avortement en Corée du Sud". *Santé et droits de l'homme* 21, no 2 (2019) : 97.

Cet article examine comment les questions liées à l'avortement ont été historiquement influencées par les politiques de contrôle de la population en Corée du Sud et comment le mouvement contemporain de justice reproductive en Corée du Sud a contribué au changement social. Le 11 avril 2019, la Cour constitutionnelle de Corée du Sud a jugé que l'interdiction de l'avortement était inconstitutionnelle. En conséquence, le corps législatif sud-coréen doit réviser la loi anti-avortement, vieille de 66 ans, d'ici le 31 décembre 2020. Cette décision historique était étroitement liée

au plaidoyer d'un certain nombre de groupes féministes, d'organisations de médecins, de groupes de défense des droits des personnes handicapées, de militants de la jeunesse et de groupes religieux en Corée du Sud, qui ont collectivement formé l'Action commune pour la justice reproductive (Action commune) en 2017. Ce document décrit l'activisme et les actions de l'Action conjointe en tant qu'élément clé des mouvements pour la justice reproductive en Corée. L'Action a été initiée par une organisation de femmes handicapées et, une fois constituée, elle a travaillé collectivement pour faire de l'avortement une question de justice sociale qui dépasse le clivage pro-choix versus pro-vie. En se concentrant sur la composition, les stratégies et l'agenda principal de l'Action conjointe, cet article analyse comment l'Action conjointe a influencé la décision de la Cour constitutionnelle de 2019 de dépénaliser l'avortement en Corée du Sud et comment la Cour a établi qu'il est de la responsabilité du gouvernement de garantir la santé et les droits reproductifs de chaque individu.

Liddell, Jessica L., et Celina M. Doria.

"Barriers to achieving reproductive justice for an indigenous gulf coast tribe" (Obstacles à la réalisation de la justice reproductive pour une tribu indigène de la côte du Golfe). *Affilia* 37, no. 3 (2022) : 396-413.

La justice reproductive est de plus en plus utilisée comme cadre pour explorer les expériences des femmes en matière de santé reproductive. Cependant, ce sujet n'a pas encore été exploré parmi les tribus indigènes reconnues par l'État qui n'utilisent pas le service de santé indien, et peu de recherches explorent les autres facteurs qui influencent la capacité des femmes à atteindre leurs objectifs en matière de procréation. Une méthodologie de recherche descriptive qualitative a été utilisée pour explorer les expériences de justice reproductive parmi les membres d'une tribu indigène reconnue par l'État sur la côte du golfe du Mexique. Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens qualitatifs semi-structurés sur l'histoire de la vie avec des femmes membres de la tribu. Plusieurs thèmes clés ont émergé, illustrant les obstacles liés à la réalisation par les femmes de leurs désirs en matière de procréation. Ces thèmes sont les suivants (a) une forte prévalence de l'hystérectomie ou de la stérilisation ; (b) des expériences courantes d'infertilité

et (c) une fréquence élevée du syndrome des ovaires polykystiques ou de l'endométriose. Les résultats de cette étude révèlent que les femmes autochtones sont confrontées à de multiples obstacles pour parvenir à la justice en matière de procréation. Cette étude est unique en ce sens qu'elle explore les désirs et les objectifs en matière de planification familiale, ainsi que les obstacles rencontrés par les femmes d'une tribu indigène de la côte du Golfe, non reconnue par le gouvernement fédéral, pour réaliser ces désirs en matière de procréation. Ces résultats contextualisent les tendances

Luna, Zakiya. Les droits reproductifs en tant que droits de l'homme : *Women of color and the fight for reproductive justice* (Les femmes de couleur et la lutte pour la justice reproductive). NYU Press, 2020.

Comment la justice reproductive - définie comme le droit d'avoir des enfants, de ne pas en avoir et d'être parent - a-t-elle été reconnue comme une question relevant des droits de l'homme ? Dans *Reproductive Rights as Human Rights*, Zakiya Luna met en lumière l'activisme souvent oublié des femmes de couleur qui sont en grande partie responsables de la création de ce que nous connaissons aujourd'hui comme le mouvement moderne pour la justice en matière de procréation. En se concentrant sur SisterSong, une organisation intersectionnelle de justice reproductive, Luna montre comment et pourquoi les femmes de couleur se sont mobilisées autour des droits reproductifs dans l'arène nationale. Elle examine le rôle clé qu'elles ont joué en recadrant les droits génésiques comme des droits de l'homme, en faisant de cet ensemble de questions une priorité aux États-Unis, un pays hostile au concept de droits de l'homme dans son propre pays. Lecture indispensable, *Reproductive Rights as Human Rights* offre une perspective intersectionnelle indispensable sur le mouvement moderne de justice reproductive.

McGovern, Terry. "La justice sexuelle et reproductive comme moyen de concrétiser les engagements du sommet de Nairobi". Commission de haut niveau du sommet de Nairobi sur le suivi de la CIPD25. 2022. <https://www.nairobisummitc25.org/publication/sexual-and-reproductive-justice>.

Marquant le troisième anniversaire du sommet historique de Nairobi de 2019,

ce rapport appelle à de meilleurs services et établit un programme de justice de grande envergure. Intitulé *Sexual and reproductive justice as the vehicle to deliver the Nairobi Summit commitments* (La justice sexuelle et reproductive comme moyen de tenir les engagements du sommet de Nairobi), le rapport préconise de mettre fin aux disparités sociales, politiques, économiques et autres qui entravent l'avancement d'un éventail d'engagements mondiaux et nationaux en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

Mukherjee, Trena I., Angubeen G. Khan, Anindita Dasgupta et Goleen Samari.

"Reproductive justice in the time of COVID-19 : a systematic review of the indirect impacts of COVID-19 on sexual and reproductive health (La justice reproductive à l'époque de COVID-19 : une étude systématique des impacts indirects de COVID-19 sur la santé sexuelle et reproductive)". *Reproductive Health* 18, no. 1 (2021) : 1-25.

Bien que les dimensions sexospécifiques du COVID-19 soient de plus en plus évidentes, l'impact du COVID-19 et d'autres épidémies respiratoires sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes et des jeunes filles n'a pas encore fait l'objet d'une synthèse. Cette étude utilise un cadre de justice reproductive pour examiner systématiquement les preuves empiriques des impacts indirects des épidémies respiratoires sur la santé sexuelle et reproductive.

Price, Kimala. "Qu'est-ce que la justice reproductive ? Comment les femmes de couleur redéfinissent le paradigme pro-choix". *Meridians* 19, no. S1 (2020) : 340-362.

Frustrée par l'approche individualiste du paradigme du "choix" utilisé par le mouvement dominant des droits génésiques aux États-Unis, une coalition croissante d'organisations de femmes de couleur et leurs alliés ont cherché à redéfinir et à élargir la portée des droits génésiques en utilisant le cadre des droits de l'homme. Se qualifiant elle-même de "mouvement pour la justice reproductive", cette coalition relie les droits reproductifs à d'autres questions de justice sociale telles que la justice économique, l'éducation, les droits des immigrés, la justice environnementale, les droits sexuels et la mondialisation, et pense que ce nouveau cadre encouragera

ressources

davantage de femmes de couleur et d'autres groupes marginalisés à s'impliquer davantage dans le mouvement politique pour la liberté reproductive. À l'aide d'une analyse narrative, cet essai explore ce que la justice reproductive signifie pour ce mouvement, tout en le replaçant dans le contexte politique, social et culturel qui l'a vu naître.

"Guide de référence pour les médias sur la justice reproductive."

2017. *Forward Together*. 21 décembre 2017. <https://forwardtogether.org/tools/media-guide-abortion-latinx-community/>.

Ce guide des médias sur la justice reproductive est destiné aux membres des médias qui cherchent à s'informer sur la justice reproductive ou à approfondir leurs connaissances dans ce domaine, en particulier lorsqu'ils font des reportages sur l'avortement et la communauté latino-américaine. Il ne s'agit pas d'une encyclopédie exhaustive des questions relatives à la justice reproductive, ni d'une couverture limitée aux questions mises en évidence dans le présent document. Il espère servir de point de départ à des discussions et à des reportages plus nuancés sur l'avortement et la justice reproductive en général.

Selberg, Rebecca, Marta Kolankiewicz et Diana Mulinari.

"Struggles for Reproductive Justice in the Era of Anti-Genderism and Religious Fundamentalism" (*Luttes pour la justice reproductive à l'ère de l'antisexisme et du fondamentalisme religieux*). (2023) : 263.

Ce livre aborde le concept de justice reproductive en explorant des études de cas de luttes autour de l'avortement dans le contexte de la montée de l'antisexisme, du fondamentalisme religieux et de l'ethno-nationalisme. Basé sur de riches données qualitatives offrant des analyses approfondies de différents contextes géographiques, politiques et culturels, le livre explore la manière dont la justice reproductive est comprise, contestée et signifiée. Les chapitres développent le concept féministe noir de justice reproductive dans un dialogue critique avec la théorie postcoloniale et explorent la force des pratiques féministes transnationales. Ce livre offre donc une nouvelle approche de la question de l'avortement en s'engageant dans les processus politiques et culturels contemporains, et il élargit les notions étroites des droits des femmes, en particulier les notions de droits de propriété sur les corps, vers une analyse de l'économie politique de la reproduction sociale et de la façon dont elle affecte les corps qui peuvent être enceints.

Sreenivas, Mytheli. "Reproductive Politics and the Making of Modern India". University of Washington Press. (2021). <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1q3xlfw>.

Ce livre montre comment les administrateurs coloniaux, les experts en développement postcoloniaux, les nationalistes, les eugénistes, les féministes et les planificateurs familiaux ont tous cherché à réformer la reproduction pour transformer à la fois les corps individuels et le corps politique. D'un bout à l'autre de l'échiquier politique, les gens ont insisté sur la nécessité de réglementer la reproduction et sur le fait que la limitation de la population était essentielle au développement économique. Ce livre étudie les implications souvent dévastatrices de cette logique, qui diabolisait la reproduction de certaines femmes en la considérant comme la cause d'une catastrophe nationale et planétaire.

Unnithan, Maya. *Fertilité, santé et politique reproductive : Re-imagining rights in India*. Routledge, 2019.

S'appuyant sur des recherches ethnographiques menées au cours des dix-huit dernières années auprès de communautés hindoues et musulmanes pauvres du Rajasthan et auprès d'acteurs du développement et de la santé dans l'État, cet ouvrage contribue à développer des perspectives analytiques sur la pratique reproductive, l'agence et le corps-soi en tant que sites particuliers et nouveaux d'un pouvoir et d'une politique vitaux. Le Rajasthan est l'un des États les plus pauvres du pays, avec des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles. L'auteur examine de près la manière dont les inégalités sociales et économiques sont produites et maintenues dans les contextes discursifs et sur le terrain de la constitution de la famille, la manière dont le savoir et le pouvoir faisant autorité dans le domaine de l'accouchement sont exercés dans un paysage d'institutions de développement, la manière dont la santé maternelle devient une catégorie de citoyenneté, la manière dont la recherche de la santé est déterminée socialement et émotionnellement et est de nature politique, la manière dont le secteur de la santé fonctionne comme un système biopolitique et la manière dont diverses revendications morales sur le corps fertile, infertile et reproductif sont affirmées, contestées et souvent concrétisées.

Zavella, P. (2020). *Le mouvement pour la justice reproductive : Empowering Women of Color Through Social Activism* (Vol. 5). NYU Press.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'appuie sur cinq années de recherche ethnographique pour explorer les collaborations entre les femmes de couleur engagées dans l'activisme en faveur de la justice reproductive. S'il existe de nombreuses organisations axées sur la justice en matière de procréation, la plupart sont spécifiques à une race, comme le National Asian Pacific American Women's Forum et Black Women for Wellness. Cependant, nombre de ces organisations ont formé des coalitions entre elles, partageant leurs ressources et se soutenant mutuellement dans le cadre de différentes campagnes et luttes. Si les coalitions sont souvent régionales, voire nationales, les organisations elles-mêmes restent spécifiques sur le plan racial ou ethnique, ce qui présente des défis et des opportunités uniques pour les femmes impliquées. L'auteur affirme que ces organisations constituent un modèle convaincant pour négocier au-delà des différences au sein des groupes d'intérêt.

AUTRES RESSOURCES

FILMS/DOCUMENTAIRES

Avortement : Add to Cart

(2022) est un documentaire qui explore l'avortement autogéré avec la mifépristone et le misoprostol et l'émergence de la télésanté. Alors que les avortements autogérés sont déjà la norme dans de nombreuses cliniques, un groupe apporte cette option vitale au monde numérique : la possibilité de commander des pilules abortives sûres en ligne aux États-Unis. *Avortement : Add to Cart* est un bref aperçu de l'expérience et de la vie de personnes qui ont subi un avortement et qui expliquent pourquoi l'accès à ces pilules d'un simple clic est une étape révolutionnaire vers des soins de santé sûrs et équitables pour les citoyens de tout le pays.

Pour en savoir plus sur le film, consultez le site <https://www.abortionaddtocart.com/>.

Aftershock

(2022) est un documentaire primé qui met en lumière le taux disproportionné de décès des femmes noires américaines pendant ou après l'accouchement. Lorsque deux mères noires meurent après avoir accouché, leurs partenaires et leurs familles se rassemblent pour exiger que l'on se penche sur les taux de mortalité maternelle des Noirs, qui sont étonnamment élevés, et sur la négligence systémique des soins de santé. Ils se mobilisent pour le changement avec la détermination d'empêcher que d'autres personnes perdent la vie dans des décès liés à la grossesse, souvent évitables. Saisissant la beauté et la douleur de la maternité noire, l'impact émotionnel des histoires et des faits que ce film porte à l'écran est difficile à ébranler et devrait être un visionnage obligatoire pour toute personne qui se lance dans la profession de la santé. Pour en savoir plus sur le documentaire : <https://www.aftershockdocumentary.com/>.

On The Divide (2022) suit l'histoire de trois Latinx vivant à McAllen, au Texas, qui, malgré leurs opinions, sont liés par l'endroit le plus inattendu qui soit : la dernière clinique d'avortement à la frontière entre les États-Unis et le Mexique.

On the Divide jette un regard intense et émouvant sur ce qui se passe lorsque des personnes de couleur vivant dans un État conservateur sont sur le terrain, dans les tranchées, à leur dernière frontière pour la justice reproductive. Pour en savoir plus sur le film : <https://www.onthedividemovie.com/>.

Looking for a particular resource material?

ASK-us



DÉFINITIONS

Technologie de reproduction assistée : Intersectionnalité :

"Tout traitement lié à la fertilité dans lequel des ovules ou des embryons sont manipulés. Les procédures où seul le sperme est manipulé, telles que les inséminations intra-utérines, ne sont pas prises en compte dans cette définition. En outre, les procédures dans lesquelles une stimulation ovarienne est effectuée sans qu'il soit prévu de prélever des ovules sont également exclues de la définition"⁽¹⁾.

Autonomie corporelle :

"L'autonomie corporelle se définit comme le droit de prendre des décisions concernant son propre corps, sa vie et son avenir, sans contrainte ni violence. Elle inclut la décision d'avoir ou non des relations sexuelles, d'utiliser des moyens de contraception ou d'aller chez le médecin. L'autonomie corporelle est depuis longtemps reconnue comme un droit humain fondamental"⁽²⁾.

Éducation sexuelle complète :

"L'éducation sexuelle complète est un processus d'enseignement et d'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité, fondé sur le programme scolaire. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, de compétences, d'attitudes et de valeurs qui leur permettront : de prendre conscience de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ; de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; de réfléchir à la manière dont leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres ; et de comprendre et d'assurer la protection de leurs droits tout au long de leur vie"⁽³⁾.

Équité en matière de santé :

"L'équité est l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables entre des groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement, ou en fonction d'autres dimensions de l'inégalité (par exemple, le sexe, le genre, l'appartenance ethnique, le handicap ou l'orientation sexuelle). La santé est un droit humain fondamental. L'équité en matière de santé est réalisée lorsque chacun peut atteindre son plein potentiel de santé et de bien-être"⁽⁴⁾.

"Le concept d'intersectionnalité décrit la manière dont les systèmes d'inégalité fondés sur le sexe, la race, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le handicap, la classe et d'autres formes de discrimination "s'entrecroisent" pour créer des dynamiques et des effets uniques. Toutes les formes d'inégalité se renforcent mutuellement et doivent donc être analysées et traitées simultanément pour éviter qu'une forme d'inégalité n'en renforce une autre. L'intersectionnalité porte notre compréhension de l'injustice systémique et de l'inégalité sociale à un niveau supérieur en tentant de démêler les lignes qui créent l'écheveau complexe des inégalités. Il s'agit également d'un outil pratique qui peut être utilisé pour lutter contre la discrimination intersectionnelle par le biais de politiques et de lois"⁽⁵⁾.

Santé reproductive :

"Un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui concerne le système reproductif et ses fonctions et processus. La santé reproductive implique donc que les personnes soient en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans danger et qu'elles aient la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence elles le feront"⁽⁶⁾.

Justice reproductive :

"La justice reproductive est le droit humain de conserver son autonomie corporelle, d'avoir des enfants, de ne pas en avoir et d'élever les enfants que nous avons dans des communautés sûres et durables. Il s'agit d'accès et non de choix. Les mouvements traditionnels se sont concentrés sur le maintien de la légalité de l'avortement en tant que choix individuel. C'est nécessaire, mais pas suffisant. Même lorsque l'avortement est légal, de nombreuses femmes de couleur n'ont pas les moyens de se l'offrir ou ne peuvent pas parcourir des centaines de kilomètres pour se rendre à la clinique la plus proche. Il n'y a pas de choix là où il n'y a pas d'accès. Il ne s'agit pas seulement de l'avortement. L'accès à l'avortement est essentiel, et les femmes de couleur et autres femmes

resources

Compiled by Evelynne Gomez

Senior Programme Officer, ARROW

Email: evelynne@arrow.org.my

marginalisées ont également souvent des difficultés à accéder à la contraception, à une éducation sexuelle complète, à la prévention et aux soins des IST, à d'autres options de naissance, à des soins prénataux et de grossesse adéquats, à l'assistance en cas de violence domestique, à des salaires adéquats pour soutenir nos familles, à des logements sûrs, et à bien d'autres choses encore"⁽⁷⁾.

Droits reproductifs :

"Renforcer certains droits de l'homme déjà reconnus dans les législations nationales, les documents internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents de consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et de manière responsable du nombre, de l'espacement et du calendrier de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cet effet, ainsi que du droit d'atteindre le niveau le plus élevé de santé sexuelle et génésique. Cela inclut également leur droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition ou violence, comme l'expriment les documents relatifs aux droits de l'homme"⁽⁸⁾.

Notes et références

- 1 Center for Disease Control and Prevention (CDC). "What is Assisted Reproductive Technology?" <https://www.cdc.gov/art/whatis.html>.
- 2 MSIUnitedStates. "My body, my choice: Defending bodily autonomy." <https://www.msiunitedstates.org/my-body-my-choice-defending-bodily-autonomy>.
- 3 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). "International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach." <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>.
- 4 World Health Organisation. <https://www.who.int/health-topics/health-equity>.
- 5 Center For Intersectional Justice. <https://www.intersectionaljustice.org/what-is-intersectionality>.
- 6 United Nations, "Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo," 5-13 September 1994, 20th Anniversary Edition (New York: UNFPA, 2014), para 7.2, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
- 7 SisterSong, <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>.
- 8 United Nations, "Programme of Action," para 7.3.

COMMENT MESURER LA JUSTICE ?

Par : Sivananthi Thanenthiran

Directeur exécutif, ARROW

Email: siva@arrow.org.my

Dans le secteur du développement, on dit que ce qui est mesuré est financé. La justice sexuelle et reproductive restera-t-elle dans le giron des universitaires et ne se traduira-t-elle pas par des changements sur le terrain ? Dans cet article, nous nous efforçons d'établir un lien entre les principes qui sous-tendent l'approche de la justice reproductive et notre intention de faire en sorte que l'approche de la justice garantisse que la santé et les droits sexuels et reproductifs (SSR) deviennent plus inclusifs, plus politisés et qu'ils entraînent des changements systémiques et institutionnels sur le terrain.

ARROW et ses partenaires ont suivi les progrès réalisés par les gouvernements dans la mise en œuvre de la DSSR dans le cadre de la CIPD, de Pékin, de la CEDEF, de l'EPU et des ODD. Le suivi est un outil puissant de responsabilisation. Au cours de la dernière décennie, nous avons principalement travaillé sur les indicateurs

SDSR afin de tenir les gouvernements responsables des normes établies, convenues et signées. À l'approche des 30 ans du Caire et de Pékin, ainsi que du 10e anniversaire des ODD, l'inclusion d'un cadre et d'indicateurs de justice reproductive devient essentielle pour créer le changement dont le monde a désespérément besoin.

Les articles de cette édition de l'AFC ont démontré les dimensions autour desquelles les indicateurs de justice reproductive peuvent être organisés - décriminalisation, équité et accès, y compris dans les contextes fragiles, justice de genre et travail reproductif. Ce dossier ne présente en aucun cas une liste finale et exhaustive d'indicateurs, mais tente de démontrer comment cela peut être fait. Les indicateurs actuels sur les lois et les politiques suivent la réalisation des services

et des droits en matière de santé sexuelle et reproductive (qui sont légalisés) et les lacunes des cadres juridiques qui entravent l'accès à la santé sexuelle et reproductive. Du point de vue de la justice, nous pouvons considérer les politiques qui excluent explicitement des groupes - par exemple, si les politiques parlent spécifiquement de l'accès des femmes mariées à la contraception, cela crée des barrières pour d'autres groupes. La dépénalisation des lois et des politiques vise à élargir la portée des services et des droits et à créer davantage de détenteurs de droits parmi les groupes marginalisés. La dépénalisation des lois relatives à la sexualité des jeunes et des adolescents, à l'avortement, à l'orientation sexuelle et aux identités de genre, au statut des migrants en matière de santé sexuelle et reproductive sont autant d'exemples qui peuvent être examinés et suivis.

TABEAU 1

INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DES DROITS GÉNÉSIQUES (ACTUELS)		INDICATEURS DE JUSTICE REPRODUCTIVE (PROPOSÉS) DIMENSION DE LA DÉCRIMINALISATION	
1.	Indices de fécondité totaux, Indices de fécondité désirée	14.	Les lois/politiques accordent-elles spécifiquement l'accès aux services de SSR aux seules femmes mariées ? Qui est exclu et quel est l'impact sur ces groupes ?
2.	Taux de prévalence de la contraception Mélange de méthodes de contraception	15.	Si les lois/politiques sont silencieuses, existe-t-il une exclusion systématique d'un groupe au niveau de la mise en œuvre ? Par exemple, les personnes LGBT, les adolescents non mariés ?
3.	Besoins non satisfaits et besoins satisfaits en matière de contraception	16.	L'état de grossesse d'un groupe particulier, par exemple les travailleuses migrantes, les étudiantes, les femmes séropositives, est-il considéré comme une infraction pénale ? Cela se traduit-il par une discrimination à l'égard de ces groupes qui bénéficient de services liés à la grossesse ?
4.	Choix éclairé en matière de contraception	17.	Le dépistage du VIH est-il obligatoire pour toutes les femmes enceintes ?
5.	Contraception masculine	18.	Des conseils adéquats sont-ils donnés, le consentement est-il obtenu et un soutien est-il apporté aux personnes qui découvrent qu'elles sont séropositives ?
6.	Grossesses accidentelles	19.	La sexualité des adolescents est-elle criminalisée par la loi ? Quelles lois et comment ?
7.	Accès à la contraception d'urgence	20.	Criminalisation de l'homosexualité, de l'adultère, du travail sexuel ?
8.	Grossesses chez les adolescentes		
9.	Accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive et à l'exploitation sexuelle des enfants Taux d'avortement à risque, pourcentage de la mortalité maternelle attribuée à des avortements à risque		
10.	Statut juridique et modifications de la législation, données sur l'avortement (incidence, avortements dangereux, méthodes d'avortement)		
11.	Accès à l'avortement médicalisé		
12.	Indices de fécondité totaux, Indices de fécondité désirée		
13.	Taux de prévalence de la contraception Mélange de méthodes de contraception		

La deuxième dimension du thème de la justice reproductive que nous examinons est l'équité. L'équité peut être considérée sous différents aspects : l'injustice dans les résultats, les facteurs d'injustice et les groupes victimes d'injustice. Dans une certaine mesure, l'injustice dans les résultats est déjà couverte par ARROW et ses partenaires, ainsi que par d'autres parties prenantes, notamment les gouvernements et les agences des Nations unies, dans la mesure où les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive pour les plus pauvres, les moins éduqués, les ruraux et les personnes vivant dans des endroits difficiles d'accès sont couverts par de vastes ensembles de données tels que les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Ce qui est moins connu, c'est l'accès de ces groupes à des services de qualité : par exemple, les stérilets et la ligature des trompes sont administrés dans des camps, ce qui se traduit par des services de qualité médiocre. L'accès à des informations complètes sur les méthodes contraceptives et l'obtention d'un consentement éclairé et bien compris peuvent également être considérés comme des services de qualité. Le manque d'intimité et de confidentialité pour les femmes pauvres et marginalisées, ainsi que la rupture de la confidentialité pour les adolescents et les personnes LGBT, peuvent également être considérés comme des aspects d'une prestation de services de qualité médiocre.

Ces femmes marginalisées ont-elles accès à d'autres méthodes de contraception ou à un "changement de méthode", contrairement à leurs homologues urbaines, plus riches et mieux éduquées ? Certains services SDSR ne sont-ils disponibles que dans le secteur privé ? En d'autres termes, les services sont disponibles et accessibles, mais inabordables en raison des politiques de privatisation ou d'une allocation biaisée aux hôpitaux plutôt qu'aux soins primaires.

Au sein des services, on constate l'absence de tous les services pour des groupes spécifiques. Les services de santé sexuelle et reproductive identifient les femmes de 15 à 49 ans en âge de procréer comme la principale population cible, et les femmes de plus de 50 ans ne sont pas prises en compte dans les données et sont exclues des services en raison de leur âge. Les femmes âgées peuvent également être ciblées pour des traitements spécifiques tels que les hystérectomies, les traitements antirétroviraux et les traitements hormonaux substitutifs dans le secteur privé, mais pas pour les services de santé sexuelle. La première vague de l'étude de l'OMS sur le vieillissement global et la santé des adultes (SAGE) n'a pas tenu compte des services de santé sexuelle et reproductive pour les personnes âgées, tandis que l'étude WOPS menée en Afrique du Sud et en Ouganda s'est

penchée sur cinq indicateurs spécifiques au VIH, dont trois concernaient le statut sérologique des enfants adultes. D'autres services de santé sexuelle et de lutte contre les IST, ainsi que la fécondation in vitro, ne s'adressent pas aux personnes âgées, bien qu'elles continuent à avoir une vie sexuelle et qu'elles puissent avoir des intentions reproductives.

Une conséquence de l'optique de la dépénalisation est que si les services de SSR ne sont disponibles que pour les femmes mariées les adolescentes et les jeunes femmes non mariées, ainsi que les transsexuels et les HSH, des services de santé sexuelle et des services d'affirmation du genre pour les transsexuels. Par ailleurs, les droits des personnes intersexuées sont souvent violés, des opérations chirurgicales obligatoires leur assignant un sexe spécifique étant pratiquées soit peu après la naissance, soit avant l'âge du consentement.

Le droit à la parentalité fait également partie du cadre de la justice reproductive. La santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles handicapées sont gravement limités, car elles ne sont pas considérées comme "capables" de prendre des décisions en matière de sexualité et de procréation. Le consentement aux DSSR est donné par les parents et les tuteurs et implique des violations telles que la contraception permanente forcée, les hystérectomies et les avortements forcés.

TABLEAU 2

INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DES DROITS GÉNÉSIQUES (ACTUELS)		INDICATEURS DE JUSTICE REPRODUCTIVE (PROPOSÉS) DIMENSION DE LA DÉCRIMINALISATION	
	Ventilées en fonction du revenu, de l'éducation, du milieu urbain/rural et, le cas échéant, de la caste et de l'appartenance à une minorité :	11.	Absence de services pour les hommes et les garçons, les femmes âgées, les femmes et les filles handicapées, les LGBT
1.	TFR vs WFR	12.	Des services de mauvaise qualité - qui en sont les bénéficiaires ? Données sur la violence obstétrique, autres formes de discrimination dans la prestation de services de santé sexuelle et reproductive - pose involontaire d'un stérilet ou stérilisation ou tromperie des femmes pour qu'elles subissent une hystérectomie.
2.	RPC	13.	Possibilité d'orientation et de traitement en cas de prolapsus utérin, de fistule, de fausse couche, de dépression post-partum
3.	Mélange de méthodes	14.	Femmes et jeunes filles handicapées (violations des droits génésiques également imputables au secteur de la santé (stérilisation involontaire, hystérectomie))
4.	Besoin non satisfait/ Besoin satisfait	15.	Accès pour les victimes de violences - conseils, CU, avortement, prophylaxie du VIH.
5.	Un choix éclairé	16.	Inégalités liées au système de santé - inclusion et disponibilité des services dans les soins de santé primaires ; couverture de l'assurance publique ; autorisation d'un tiers.
6.	Contraception masculine		
7.	Grossesse inopportune		
8.	MMR		
9.	Accès ante-natal, post-natal et post-partum		
10.	Assistance qualifiée à l'accouchement		

La troisième dimension consiste à examiner les liens entre la justice en matière de genre, le travail reproductif et la justice en matière de reproduction. Deux questions systémiques sont couvertes : les normes de genre et les rôles des hommes et des femmes en matière de soins. Les normes de genre dans le domaine de la santé, qui continuent à se perpétuer, font obstacle à la justice. La sexualité continue d'être définie dans les politiques comme étant contenue dans des cadres hétéronormatifs et matrimoniaux et continue d'exclure et de prolonger la discrimination et la violence à l'encontre des célibataires, des jeunes et des personnes LGBT. Même lorsqu'elles sont mariées, les femmes ne sont pas propriétaires de leur "sexualité" ou de la prise de décision en matière de santé sexuelle et reproductive. Le contrôle de la sexualité féminine est considéré comme le moteur de pratiques telles que le mariage précoce et les mutilations génitales féminines. La norme de la maternité continue de stigmatiser les avortements. Le rôle reproductif et le rôle de soins renforcent mutuellement les rôles de genre et ces rôles ne sont pas toujours assumés par les femmes et les filles de leur plein gré.

Les interventions gouvernementales visant à compenser les rôles de soins sont utiles dans une certaine mesure et doivent être complétées par des interventions visant à modifier ces rôles. Les préjugés inhérents à la société en matière de race, d'âge, de capacité, d'orientation sexuelle et d'identité de genre doivent également être reconnus dans le cadre des normes et des rôles de genre. Le mouvement pour la justice reproductive des Noirs a réclamé le droit d'être parent dans un environnement sûr, compte tenu du fait que les garçons noirs sont ciblés par le système de justice pénale. Le droit d'être parent dans un environnement sûr peut également être envisagé sous l'angle de la réduction de la violence (tant à la maison qu'à l'école), pour des groupes minoritaires raciaux, ethniques et religieux spécifiques, pour les familles migrantes et pour celles qui vivent dans des zones vulnérables sur le plan climatique. Toutes les femmes ne sont pas considérées comme aptes, capables et méritant de procréer. Les femmes âgées, les femmes handicapées et les couples LGBT se voient souvent refuser le droit d'avoir des enfants et de fonder une famille.

Cette liste ne constitue pas l'univers des indicateurs de la justice reproductive. Il s'agit seulement d'une tentative de montrer que la justice ne doit pas être reléguée au domaine de la philosophie et de la politique, mais qu'elle doit être rendue concrète pour faire une différence dans la vie des personnes marginalisées par les systèmes, les politiques et les institutions censés les servir.

Les normes de genre dans le domaine de la santé, qui continuent à se perpétuer, font obstacle à la justice. La sexualité continue d'être définie dans les politiques comme étant contenue dans des cadres hétéronormatifs et matrimoniaux. La norme de la maternité continue de stigmatiser les avortements. Le rôle reproductif et le rôle de soins renforcent mutuellement les rôles de genre et ces rôles ne sont pas toujours assumés par les femmes et les filles de leur plein gré.

TABLEAU 3

INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DES DROITS GÉNÉSIQUES (ACTUELS)		INDICATEURS DE JUSTICE REPRODUCTIVE (PROPOSÉS) DIMENSION DE LA DÉCRIMINALISATION	
1.	Congé de maternité payé	5.	Efforts du gouvernement pour changer les normes de genre - reconnaissance de la sexualité des personnes non mariées d'une manière ou d'une autre ; lois/politiques /programmes trans/LGBTQI
2.	Mariage précoce - moteurs : normes religieuses, activité sexuelle précoce, épouser le violeur	6.	Efforts du gouvernement pour supprimer l'autorisation d'un tiers, par exemple le consentement du conjoint pour la contraception permanente et l'avortement Suppression de l'autorisation d'un tiers, par exemple le consentement du conjoint pour la contraception permanente/l'avortement
3.	Prévalence de l'E/MGF, facteurs	7.	Congé de paternité rémunéré
4.	Violence - taux d'incidence et de prévalence, types de violence, y compris la violence en ligne	8.	Reconnaissance des femmes appartenant à des groupes minoritaires pour qu'elles puissent fonder une famille dans un environnement sûr
		9.	Droit d'être parent - femmes handicapées, femmes âgées, femmes vivant avec le VIH, LGT accès à la FIV
		10.	Services complets de santé sexuelle et reproductive pour les victimes de violences, y compris la contraception d'urgence, l'avortement sans risque, la prophylaxie du VIH, le conseil et l'aide juridique. Acceptabilité de la violence (DHS) Efforts du gouvernement pour changer les normes de genre - reconnaissance de la sexualité des personnes non mariées d'une manière ou d'une autre ; lois/politiques/programmes trans/LGBTQI Efforts du gouvernement pour supprimer l'autorisation d'un tiers, par exemple le consentement du conjoint pour la contraception permanente et l'avortement Suppression de l'autorisation d'un tiers, par exemple le consentement du conjoint pour la contraception permanente/l'avortement
		11.	Congé de paternité rémunéré
		12.	Reconnaissance des femmes appartenant à des groupes minoritaires pour qu'elles puissent fonder une famille dans un environnement sûr
		13.	Droit d'être parent - femmes handicapées, femmes âgées, femmes vivant avec le VIH, LGT accès à la FIV

ÉQUIPE ÉDITORIALE**Sivananthi Thanenthiran***Directeur exécutif, ARROW***Evelynne Gomez***Rédactrice en chef et chargée de programme principale pour les publications et la communication, ARROW Garima Shrivastava Gestionnaire de programme, ARROW***ÉVALUATEURS INTERNES****Sai Jyothirmal Racherla***Directeur exécutif adjoint, ARROW***Biplabi Shrestha***Directeur de programme, ARROW***Menka Goundan***Gestionnaire principal de programme, ARROW***Anjali Sheno***Chef de projet, ARROW***Shamala Chandrasekaran***Gestionnaire de programme, ARROW***Harshani Bathwadanage***Gestionnaire de programme, ARROW***Smruti Sudha Behera***Administrateur principal de programme, ARROW***EXPERTS EXTERNES****Alka Barua***Consultant indépendant***Dipika Jain***Directeur, Centre pour la justice, le droit et la société***Jeevika Shiv***Co-fondatrice, Feminist Manch***Junice Melgar***Directrice exécutive, Centre Likhaan pour la santé des femmes***Marevic Parcon***Directeur exécutif, WGNRR***Mary Jane Real***Co-responsable, Urgent Action Fund for Women's Human Rights Asia & Pacific (Fonds d'action urgente pour les droits humains des femmes en Asie et dans le Pacifique)***Melissa Upreti***Avocate spécialisée dans les droits de l'homme et spécialiste de la santé reproductive et sexuelle***Niluka Gunawardena***Consultant indépendant***Rachel Arinii***Spécialiste principal des politiques publiques - Asie, Wikimedia Foundation***Suneeta Dhar***Cofondatrice, South Asia Women's Foundation***TK Sundari Ravindran***Membre fondateur, Commonhealth***COPY EDITOR****Stefanie Peters****CONCEPTEUR et ARTISTE DE****LA MISE EN PAGE** (version anglaise)**Nicolette Mallari****ARTWORK****Kruthika N.S.** (@TheWorkplaceDoodler)

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes qui ont apporté leurs idées lors de la conception du bulletin : Anjali Sheno, Biplabi Shrestha, Evelynne Gomez, Deepa Chandra, Garima Shrivastava, Harshani Bathwadanage, Indah Yusari, Keshia Mahmood, Menka Goundan, Momota Hena, Nur Hazwani Husin, Sai Jyothirmal Racherla, Shamala Chandrasekaran, Shiwa Karmacharya, Sivananthi Thanenthiran et Smruti Sudha Behera.

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes qui ont apporté leurs idées lors de la conception du bulletin : Anjali Sheno, Biplabi Shrestha, Evelynne Gomez, Deepa Chandra, Garima Shrivastava, Harshani Bathwadanage, Indah Yusari, Keshia Mahmood, Menka Goundan, Momota Hena, Nur Hazwani Husin, Sai Jyothirmal Racherla, Shamala Chandrasekaran, Shiwa Karmacharya, Sivananthi Thanenthiran et Smruti Sudha Behera. ARROW for Change (AFC) est un bulletin thématique révisé par des pairs qui vise à contribuer aux discours mondiaux sur les questions émergentes et persistantes liées à la santé, à la sexualité et aux droits, par des analyses et des perspectives basées sur les droits et centrées sur les femmes, dans la région Sud/Asie-Pacifique. AFC est publié deux fois par an en anglais et traduit dans certaines langues plusieurs fois par an. Il s'adresse principalement aux décideurs de la région Asie-Pacifique et du monde entier au sein des organisations de défense des droits des femmes, de la santé, de la population et de la santé et des droits sexuels et génésiques. Le bulletin est élaboré avec la contribution de personnes et d'organisations clés de la région Asie-Pacifique et du centre de partage des connaissances ARROW SRHR (ASK-us !).

Cette publication est rendue possible grâce au soutien financier de la Fondation David et Lucile Packard.



Ce travail est soumis à la licence internationale Creative Commons Attribution- Non-Commercial 4.0. Pour consulter une copie de cette licence, visitez le site <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

Toute partie du texte de la publication peut être photocopiée, reproduite, stockée dans un système de recherche documentaire, ou transmise sous quelque forme que ce soit et par quelque moyen que ce soit, ou adaptée et traduite pour répondre à des besoins locaux, à des fins non commerciales et non lucratives. Toutes les formes de copies, reproductions, adaptations et traductions par des moyens mécaniques, électriques ou électroniques doivent mentionner ARROW comme source. Une copie de la reproduction, de l'adaptation et/ou de la traduction doit être envoyée à ARROW. Pour une utilisation commerciale, demander l'autorisation à arrow@arrow.org.my. Les droits d'auteur des images utilisées restent la propriété des détenteurs respectifs des droits d'auteur.

Tous les numéros de l'AFC peuvent être téléchargés gratuitement sur le site arrow.org.my.

Les réactions et les demandes de renseignements concernant les contributions sont les bienvenues. Veuillez les envoyer à :

Le rédacteur en chef, ARROW for Change

Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW)

No. 1 & 2 Jalan Scott, Brickfields

50470 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel.: +603 2273 9913

Fax.: +603 2273 9916

Email: afc@arrow.org.my, arrow@arrow.org.my

Website: arrow.org.my

Facebook: ARROW.Women

Twitter: @ARROW_Women

Instagram: [arrow_women](https://www.instagram.com/arrow_women)

YouTube: ARROWwomen

LinkedIn: [arrowwomen](https://www.linkedin.com/company/arrowwomen)

