



état de la population mondiale 2015



À L'ABRI DANS LA TOURMENTE

un programme porteur
de changements pour
les femmes et les filles
d'un monde en crise

État de la population mondiale 2015

CHERCHEUSE PRINCIPALE

Therese McGinn

*Heilbrunn Department of Population and Family Health,
Mailman School of Public Health, Columbia University*

CHERCHEURS ET AUTEURS

Jacqueline Bhabha

*Harvard T.H. Chan School of Public Health ; François-Xavier Bagnoud
Center for Health and Human Rights, Harvard University ; Harvard
Law School*

Richard Garfield

*Emergency Response and Recovery Branch, United States Centers
for Disease Control and Prevention ; Columbia University ;
Emory University*

Dr Kirsten Johnson

*Département de médecine familiale, Université McGill,
Montréal, Canada ; Humanitarian U*

Gretchen Luchsinger

Lisa Oddy

Humanitarian U

Monica Adhiambo Onyango

*Boston University School of Public Health,
Department of Global Health*

Sarah Shteir et Louise Searle

Humanitarian Advisory Group

ASSISTANTES DE RECHERCHE

Amiya Bhatia

Harvard T.H. Chan School of Public Health

Chantilly Wijayasinha

*Boston University School of Public Health
Department of Global Health*

Mélanie Coutu

Initiative d'études humanitaires, Université McGill

COMMISSION CONSULTATIVE DE L'UNFPA

Prudence Chaiban

Howard Friedman

Henia Dakkak

Ann Leoncavallo

Ugochi Daniels

Jacqueline Mahon

Abubakar Dungus

Rachel Snow

Danielle Engel

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Richard Kollodge

**Rédactrice associée et responsable
de l'édition numérique :** Katheline Ruiz

Développeur : Hanno Ranck

Conception et production de la version imprimée et interactive :
Prographics, Inc.

REMERCIEMENTS

Mengjia Liang, Edilberto Loaiza et Rachel Snow, du Service de la population et du développement de l'UNFPA, ont analysé et consolidé les données liées aux indicateurs et fourni les estimations relatives aux femmes enceintes dans les pays touchés par un conflit ou une catastrophe naturelle.

Les données liées aux indicateurs proviennent de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Ramiz Alakbarov, Björn Andersson et Arthur Erken de l'UNFPA ont relu les versions préliminaires et contribué à structurer le rapport.

Les collaborateurs suivants des bureaux de l'UNFPA à Amman, Bangkok, Bogotá, Dakar, Istanbul, Johannesburg, Katmandou, Le Caire, Monrovia, Panama et Skopje ont orienté ou secondé la rédaction des reportages et la préparation des photographies du présent rapport : Ghifar Al Alem, Tamara Alrifai, Daniel Baker, Mile Bosnjakovski, Santosh Chhetri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Adebayo Fayoyin, Gema Granados, Habibatou M. Gologo, Calixte Hessou, Ruba Hikmat, Jorge Parra, Elina Rivera, Shible Sahbani, Alvaro Serrano, Sonja Tanevska, Giulia Vallese et Roy Wadia.

Anna Maltby a rédigé le reportage sur la crise Ebola au Libéria.

Photographes et vidéographes :

Nake Batev (ex-République yougoslave de Macédoine)

Daniel Baldotto (Colombie)

Abbas Dulleh, AP Images (Libéria)

Salah Malkawi (Jordanie)

CARTES ET DÉSIGNATIONS

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières. Une ligne pointillée représente approximativement la ligne de démarcation au Jammu-et-Cachemire acceptée par l'Inde et le Pakistan. Les parties ne sont pas encore parvenues à un accord définitif sur le statut du Jammu-et-Cachemire.

Image de couverture : © UNFPA/Nake Batev

UNFPA

Réaliser un monde où
chaque grossesse est désirée
chaque accouchement est sans danger et
le potentiel de chaque jeune
est accompli

A woman in a colorful, patterned traditional dress is smiling and holding a baby wrapped in a blue blanket. They are standing in front of a severely damaged, partially collapsed wooden structure, likely a house, with a mountainous landscape in the background under a cloudy sky.

À L'ABRI DANS LA TOURMENTE

Un programme porteur de changements pour les femmes et les filles d'un monde en crise

Avant-propos	page 2
Synthèse	page 4
1 Un monde fragile	page 12
2 La situation particulièrement difficile des femmes et des adolescentes	page 36
3 Évolution des interventions : d'un dispositif de base à un dispositif complet	page 56
4 Résilience et réduction des écarts de développement humanitaire	page 74
5 De nouvelles orientations en matière de financement de la santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire	page 90
6 Une vision porteuse de changements en matière de réduction des risques, d'intervention et de résilience	page 102
Indicateurs	page 115
Bibliographie	page 131

Avant-propos

Plus de 100 millions de personnes ont actuellement besoin d'aide humanitaire — un record depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Parmi les personnes déplacées par un conflit ou déracinées par une catastrophe figurent des dizaines de millions de femmes et d'adolescentes. Ce rapport est un appel à agir pour satisfaire leurs besoins et respecter leurs droits.

Malgré les progrès remarquables accomplis ces dix dernières années en matière de protection de la santé et des droits des femmes et des adolescentes en situation de crise humanitaire, l'accroissement des besoins a dépassé l'augmentation des fonds et des services. Pourtant, ces services sont primordiaux. Surtout pour les très jeunes adolescentes, qui sont les plus vulnérables et les moins à même de surmonter les nombreux obstacles auxquels elles doivent faire face, même en période de stabilité.

En temps normal, dans certains pays en développement, une fillette de dix ans peut, par exemple, être mariée contre son gré, victime de la traite d'êtres humains, séparée de sa famille, privée de tout soutien social et freinée dans son accès à l'éducation, à la santé et à des moyens d'améliorer son existence. Ces risques se multiplient en période de crise, en même temps que sa vulnérabilité. Ses perspectives d'avenir déjà médiocres s'assombrissent encore. Elle peut faire l'objet de violences sexuelles, contracter le VIH ou tomber enceinte à la puberté. Son avenir est compromis.

Chaque fille de dix ans, où qu'elle vive, a droit à la santé, à la dignité et à la sécurité. D'ailleurs, 179 gouvernements se sont engagés à respecter ces droits lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, et ce, quelle que soit la situation. Pendant bien trop longtemps, cependant,

l'aide humanitaire a négligé ces fillettes exposées aux risques d'un accouchement dangereux et à des violences aux conséquences dévastatrices. La santé sexuelle et reproductive et l'accès à l'information sont indispensables pour qu'une adolescente puisse négocier sans risque son passage à l'âge adulte. Imaginez cette fillette 15 ans plus tard, ses droits et sa santé intacts. Imaginez-la maintenant dans un monde où les conflits armés, la dévastation et les bouleversements lui refusent tout droit, toute chance, toute dignité.

Il est hors de question de l'abandonner, elle, sa communauté ou son pays. Nous vivons après tout dans un seul et même monde, et les gouvernements ont le devoir de protéger les droits des personnes et de se conformer au droit international. En tant que citoyens du monde, nous sommes tenus d'apporter notre aide et de faire preuve de solidarité.

Aujourd'hui, près de trois décès maternels sur cinq ont lieu dans des contextes humanitaires ou fragiles. Chaque jour, 507 femmes et adolescentes meurent de complications liées à leur grossesse ou à leur accouchement dans des situations d'urgence ou dans des États fragiles. Quant à la violence sexiste, elle n'a rien perdu de sa brutalité, détruisant des vies et les perspectives de paix et de relèvement.

Ensemble, nous devons transformer l'action humanitaire en plaçant la santé et les droits des femmes et

des jeunes au cœur de nos priorités. Dans le même temps, nous devons investir massivement dans des institutions et des mesures qui renforceront le capital humain et les moyens des femmes et des filles, ainsi que la résilience à long terme des communautés et des pays. Ainsi, en cas de nouvelle crise, les perturbations et les déplacements seront atténués et le relèvement, accéléré.

De son côté, l'UNFPA reste attaché à la réalisation pleine et entière de la santé sexuelle et reproductive et des droits de toutes les femmes et filles, où qu'elles vivent et quels que soient le moment et les circonstances (crise ou non). La multiplication des conflits et des catastrophes dans le monde oblige l'UNFPA à fournir une grande part de ses services en situation de crise.

Lorsque les femmes et les filles peuvent bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive en parallèle de programmes humanitaires variés s'attaquant sciemment aux inégalités, les avantages

des interventions croissent de façon exponentielle, depuis la phase d'extrême urgence jusque loin dans l'avenir, à mesure que les pays et les communautés se reconstruisent et que chaque personne reprend le cours de sa vie.

Ensemble, nous devons tendre vers un monde où les femmes et les filles ne seront plus défavorisées à de nombreux égards, mais auront les mêmes possibilités que les hommes de s'épanouir pleinement et de contribuer au développement et à la stabilité de leur communauté et de leur pays, avant, pendant et après une crise.

M. Babatunde Osotimehin

Secrétaire général adjoint des Nations Unies
et directeur exécutif du
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)



Photo © UNFPA/Nezih Tavlas

Synthèse

Plus d'un milliard de personnes à travers le monde ont vu leur existence bouleversée par une crise. Le chaos et la destruction provoqués par la guerre, l'instabilité, les épidémies et les catastrophes naturelles ont laissé des traces durables.

À l'heure actuelle, les populations fuyant les crises atteignent un niveau inégalé depuis le cataclysme de la Seconde Guerre mondiale : 59,5 millions de personnes auraient été déplacées. Les catastrophes naturelles touchent désormais 200 millions de personnes par an.

Pour certaines, les épreuves sont temporaires. Pour d'autres, c'est toute une vie qui est anéantie. À présent, les réfugiés passent en moyenne 20 ans loin de chez eux.

La grossesse et l'accouchement sont des causes de vulnérabilité supplémentaires pour les femmes et les filles en période de conflit ou de crise : 60 % des décès maternels évitables surviennent chez les femmes victimes d'un conflit, d'une catastrophe naturelle ou d'un déplacement.

La communauté internationale a affirmé dans plusieurs accords internationaux les droits des femmes et des filles à la santé sexuelle et reproductive. Il s'agit notamment de respecter et de faire valoir ces droits en tout temps et en toute circonstance. Une crise humanitaire n'amointrit pas cette responsabilité. Pour honorer ces engagements, il faut garantir aux femmes et aux filles un accès à des services complets avant, pendant et après une crise. Dans de nombreux pays en crise, il s'agit dès lors de faire preuve de détermination et d'intensifier les actions en ce sens.

Dans un monde fragile, les femmes et les filles paient un très lourd tribut

D'après de nombreux indicateurs, il y a plus de pays considérés comme fragiles aujourd'hui qu'il y a cinq ou

RISQUE

Photo © UNFPA/Sawiche Wamunza



six ans. Ces pays sont plus vulnérables aux conflits ou aux effets d'une catastrophe. De nombreux facteurs accroissent la vulnérabilité des personnes et des pays. La pauvreté en est un. Or, plus d'un milliard de personnes vivent encore dans l'extrême pauvreté, parfois des pays entiers. Ils sont piégés si bas sur l'échelle du développement que tout espoir de remontée relève de l'utopie. Le travail décent n'existe pas, la qualité des services est imprévisible.

La géographie constitue un autre facteur. Certains pays ne pourront échapper aux catastrophes naturelles, qui se multiplient avec les changements climatiques. Les niveaux historiques d'urbanisation accroissent les risques pour les citoyens, en particulier les pauvres, qui vivent souvent dans des logements de fortune dans des zones fragiles, par exemple sur des collines sujettes aux glissements de terrain.

Pour les femmes et les filles, la discrimination et l'inégalité entre les sexes viennent aggraver ces facteurs et bien d'autres. Pour commencer, elles seront toujours moins riches que les hommes, que ce soit en matière

de revenus, de terres, d'autres ressources, d'accès aux services de santé, d'éducation, de réseaux sociaux, d'influence politique, de protection devant la loi et de respect de leurs droits fondamentaux.

Lorsqu'une crise survient, elles sont donc encore plus défavorisées et moins préparées ou en mesure de survivre et de se relever. Pendant et après une crise, quelle qu'elle soit, les violences sexuelles et sexistes peuvent s'intensifier, voire être utilisées comme arme de guerre.

Lorsqu'une crise survient, les femmes et les filles sont donc encore plus défavorisées et moins préparées ou en mesure de survivre et de se relever.

LES FEMMES ET LES FILLES PARTICULIÈREMENT DÉFAVORISÉES



Plus de
100 MILLIONS
de personnes ont besoin
d'aide humanitaire,
**DONT UN QUART
SONT DES FEMMES
ET DES FILLES ÂGÉES
DE 15 À 49 ANS.**

Risque accru de :

- Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH
- Grossesses non désirées
- Mortalité et morbidité maternelles
- Violences sexuelles et sexistes

Les grandes difficultés financières découlant d'une catastrophe ou d'un conflit peuvent les conduire à avoir recours à la prostitution ou les exposer à la traite d'êtres humains. En situation de crise, l'absence de services de santé sexuelle et reproductive, même élémentaires, transforme un accouchement en question de vie ou de mort, surtout pour les adolescentes.

Tous ces dangers partagent une cause commune : un manque de respect à l'égard des droits fondamentaux des êtres humains, quels que soient leur sexe, leur âge ou toute autre caractéristique distinctive. Cela concerne notamment les droits en matière de reproduction, reconnus par 179 pays lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, qui a abouti à l'élaboration d'un programme d'action sans précédent, source d'inspiration de toutes les activités du Fonds des Nations Unies pour la population.

Les femmes et les filles rencontrent des obstacles à leur santé sexuelle et reproductive avant, pendant et après les crises

Sur les quelque 100 millions de personnes ayant besoin d'aide humanitaire en 2015, un quart serait des femmes et des adolescentes en âge de procréer. Une aide qui

néglige leurs besoins, y compris ceux propres au genre et à l'âge, ne peut guère être qualifiée d'efficace.

À ce jour, l'aide visant à répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive ne suit pas le rythme de la demande. Ces dix dernières années, des progrès remarquables ont été accomplis sur le plan des services humanitaires destinés à la population féminine. Il subsiste cependant d'importantes lacunes, dans les activités comme dans les financements.

L'inégalité entre les sexes et la discrimination (fondée sur le sexe, l'âge ou d'autres facteurs) peuvent en partie expliquer ce phénomène, qui se manifeste jusque dans les interventions humanitaires bien intentionnées. En effet, des mesures qui ne tiennent pas compte des effets variables des catastrophes et des conflits selon les groupes peuvent, en fin de compte, perpétuer les inégalités. Ainsi, lorsque des soins médicaux généraux sont fournis en temps de crise, sans inclure de services relatifs à la grossesse, à l'accouchement ou à la contraception, la précarité des femmes et des filles déjà défavorisées va en s'aggravant.

Au début d'une crise, la nourriture, l'hébergement et les soins en cas de traumatisme physique aigu



INTERVENTION

Photo © Panos Pictures/Chris de Bode



semblent souvent les besoins les plus urgents, la question de la discrimination, notamment sexiste, pouvant être reportée à une date plus favorable. Ce mode de raisonnement peut toutefois engendrer des interventions déconnectées de la réalité observée sur le terrain, écartant même les femmes et les filles de toute aide et les exposant à la violence.

L'absence d'attention concertée s'explique en partie par la quantité très limitée de données ventilées par sexe ou d'autres paramètres, et à l'inexpérience fréquente des premiers intervenants en matière de gestion des problématiques hommes-femmes.

Étant donné l'ampleur de la crise mondiale actuelle et le profil de la plupart des victimes, il est temps de transformer l'approche conventionnelle pour prendre en compte la diversité des populations touchées dans une optique de réduction des risques, d'accélération du relèvement et de renforcement de la résilience.

Placer la santé sexuelle et reproductive au cœur de l'action humanitaire

Il y a seulement 20 ans, la santé sexuelle et reproductive figurait loin derrière des priorités telles que l'eau, la nourriture et l'hébergement lors des interventions

Ces dix dernières années, des progrès remarquables ont été accomplis sur le plan des services humanitaires destinés à la population féminine. Il subsiste cependant d'importantes lacunes, dans les activités comme dans les financements.

humanitaires. Les études réalisées et les données recueillies depuis le début des années 1990 ont cependant permis de rendre la santé des femmes et des filles beaucoup plus visible. De nombreuses interventions humanitaires répondent désormais aux besoins associés à la grossesse et à l'accouchement, et s'emploient

MESURES ET SERVICES ESSENTIELS AU DÉBUT D'UNE CRISE

SERVICES PRIORITAIRES

- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- Système d'aiguillage pour les urgences obstétricales
- Fournitures pour des accouchements hygiéniques en toute sécurité
- Contraception
- Préservatifs
- Antirétroviraux
- Soins cliniques pour les victimes de viol

Objectifs



Prévenir la mortalité maternelle et infantile



Limiter la transmission du VIH



Prévenir la violence sexuelle et gérer ses conséquences

à prévenir et à aborder la vulnérabilité aux violences sexuelles et sexistes ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

Non seulement la satisfaction de ces besoins est de plus en plus reconnue comme un impératif humanitaire et une question de respect des droits fondamentaux, mais il est désormais évident que garantir un accès à des services de santé sexuelle et reproductive ouvre la voie au relèvement, à la réduction des risques et à la résilience. Les femmes et les filles en bénéficient, mais elles ne sont pas les seules. Lorsqu'elles peuvent recevoir des soins de santé sexuelle et reproductive, en parallèle de programmes humanitaires variés s'attaquant sciemment aux inégalités, il en découle des effets positifs qui se répercutent sur tous les aspects de l'action humanitaire.

Transformer l'action humanitaire pour que les financements perdurent

L'action humanitaire est coordonnée et gérée, dans sa grande majorité, par les principaux acteurs internationaux, notamment les Nations Unies. Elle est traditionnellement financée par des pays donateurs membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, quoique les contributions privées et celles d'autres pays se fassent de plus en plus importantes. La

Un changement radical est pourtant nécessaire : il ne s'agit plus de réagir aux catastrophes et aux crises qui surviennent et parfois s'éternisent, mais privilégier la prévention, la préparation et l'autonomisation des personnes et des communautés pour qu'ils puissent les surmonter et s'en relever.

demande d'aide humanitaire augmente chaque année depuis 2011, mais les financements ne suivent pas, engendrant des écarts inédits qui se traduisent par des interventions inadaptées ou insuffisantes pour répondre aux besoins de millions de personnes.

RÉSILIENCE

Photo © UNFPA/Ben Manser



L'aggravation constante du manque de financement laisse supposer que les dispositifs de financement actuels ne sont pas viables ; c'est probablement aussi le cas de l'approche conventionnelle de l'action humanitaire.

Les crises ne disparaîtront pas ; il faudra toujours répondre à des besoins urgents. Un changement radical est pourtant nécessaire : il ne s'agit plus de réagir aux catastrophes et aux crises qui surviennent et parfois s'éternisent, mais privilégier la prévention, la préparation et l'autonomisation des personnes et des communautés pour qu'ils puissent les surmonter et s'en relever.

Passer de la réaction et la riposte à la préparation, la prévention et la résilience

Nous devons tendre vers un monde plus résilient et moins vulnérable, dans lequel le développement (national et international) serait parfaitement inclusif et équitable et respecterait les droits de tous les êtres humains. Les femmes et les filles n'y seraient plus défavorisées à de nombreux égards, mais auraient les mêmes possibilités que les hommes de s'épanouir pleinement et de contribuer au développement et à la stabilité de leur communauté et de leur pays.

Dans ce monde-là, chaque pays pourrait gérer son économie et son système politique de façon à garantir à tous l'accès à un emploi décent et à des services essentiels de grande qualité, y compris des soins de santé sexuelle et reproductive. Les décideurs comprendraient clairement qu'investir dans un développement équitable et inclusif est sans doute le meilleur investissement envisageable, et sans conteste le plus juste et le plus humain. Il présenterait l'avantage considérable de réduire les risques et les effets d'une crise.

Transformer le monde dans lequel nous vivons en un monde plus résilient et moins vulnérable dépend également d'une meilleure gestion des risques et de la mise en place d'institutions performantes bien avant la survenue d'une crise. Les risques doivent d'abord être parfaitement compris. Ce n'est qu'ensuite que l'on peut investir de façon efficace dans des mesures de réduction.

En ce qui concerne les risques ne pouvant être totalement écartés, une préparation proactive est primordiale si l'on veut éviter le pire. L'une des meilleures stratégies de réduction des risques, applicable à tous les pays, consiste à s'assurer que la population possède la résilience nécessaire pour

PRÉVENTION, PRÉPARATION ET AUTONOMISATION



Mieux gérer les risques



Corriger l'inégalité entre les sexes



Faciliter la résilience personnelle par l'éducation et la santé



Renforcer les capacités des institutions en amont de la catastrophe



Faire valoir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation



Tendre vers un développement durable, inclusif et équitable

pouvoir y faire face. Une personne en bonne santé, instruite, disposant d'un revenu suffisant et jouissant de l'ensemble de ses droits fondamentaux a bien plus de chances de s'en sortir lorsque les risques deviennent réalité.

Tant que les inégalités court-circuiteront leurs droits, leurs capacités et leurs perspectives, les femmes et les filles continueront de dépendre de l'aide humanitaire de façon disproportionnée et d'être les moins à même de contribuer au relèvement ou à la résilience.

Rompre le cercle vicieux de la discrimination et de l'inégalité

De nos jours, l'un des points les plus faibles de la résilience concerne les femmes et les filles, ainsi que les institutions à leur service. Tant que les inégalités court-circuiteront leurs droits, leurs capacités et leurs perspectives, les femmes et les filles continueront de dépendre de l'aide humanitaire de façon disproportionnée et d'être les moins à même de contribuer au relèvement ou à la résilience.

La transformation peut commencer, en partie, au lendemain d'une crise, mais dépendra largement de l'intervention. Si celle-ci se contente de reproduire les schémas discriminatoires existants, en omettant par exemple de fournir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité dès le départ, il n'y aura pas de transformation. Par ailleurs, elle laissera à désirer en termes d'efficacité et de droits fondamentaux. Toutes les questions humanitaires intègrent la problématique hommes-femmes d'une manière ou d'une autre, car les hommes, femmes, filles et garçons ont une expérience très différente du monde. Toutes les formes d'action humanitaire doivent donc prendre en compte et



AVENIR

Photo © Panos Pictures/Sven Torfinn



lutter contre ces différences, et corriger activement les disparités éventuelles.

Dans la mesure du possible, l'aide humanitaire peut remettre en cause les formes de discrimination existantes, par exemple en prodiguant des services complets aux victimes de violences sexistes. Elle peut convaincre les hommes et les garçons de faciliter l'acceptation de nouvelles normes sociales, notamment en ce qui concerne les droits fondamentaux des femmes et la réconciliation des différences.

Effacer la limite artificielle séparant action humanitaire et développement

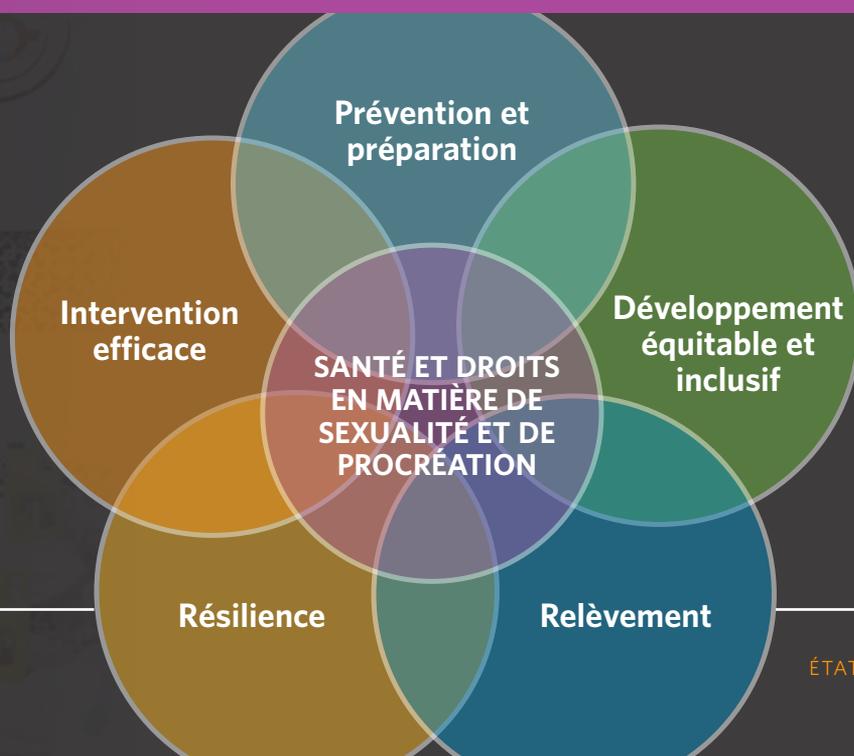
Face à la recrudescence actuelle des conflits et des catastrophes à travers le monde, nous devons aller beaucoup plus loin. Il nous faut améliorer le développement, intensifier l'action humanitaire, renforcer la gestion des risques, être plus attentifs à la prévention, à la préparation et à la résilience, et resserrer les liens entre tous ces éléments. Un dénominateur commun les unit tous : l'égalité entre les sexes, et toutes les formes d'égalité avec elle, qui se réalisera notamment par le plein exercice

des droits à la santé sexuelle et reproductive. Elle contribuera à une réduction sensible de la vulnérabilité et à une nette amélioration de la résilience des personnes et des sociétés tout entières.

De nos jours, la distinction entre intervention humanitaire et développement est trompeuse. L'action humanitaire peut jeter les bases d'un développement durable. Un développement profitable à tous, où chacun peut faire valoir ses droits, y compris ses droits en matière de reproduction, peut aider les personnes, les institutions et les communautés à surmonter une crise. Il peut aussi accélérer le relèvement.

Un développement équitable, inclusif et fondé sur les droits, de même que la résilience qu'il favorise, peut bien souvent faire disparaître la nécessité des interventions humanitaires. À l'heure où démarre le programme international de développement durable à l'horizon 2030, et en prévision du Sommet mondial sur l'action humanitaire de 2016, le moment est venu de traduire ces principes dans nos actes et de redéfinir l'action humanitaire, en accordant une place centrale à la santé et aux droits des femmes et des filles.

UNE NOUVELLE VISION DE L'ACTION HUMANITAIRE



La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation forment le volet central de l'action humanitaire, auquel sont rattachés plusieurs éléments interdépendants, de l'intervention au développement, en passant par la résilience.

Un monde fragile

Le nombre de catastrophes naturelles, en particulier les inondations et les tempêtes, a doublé en 25 ans. Les conflits, notamment les guerres civiles, entraînent le déplacement de millions de personnes.

Les conflits, la violence, l'instabilité, l'extrême pauvreté et la vulnérabilité aux catastrophes sont des problèmes étroitement liés qui empêchent aujourd'hui plus d'un milliard de personnes de bénéficier d'avancées sociales et économiques majeures depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Il est urgent de répondre aux besoins sanitaires essentiels des migrantes enceintes.



Ashur et sa famille, Gevgelija.

Photo © UNFPA/Nake Batev

« J'étais enceinte de trois mois et je ne savais pas quels seraient les risques de ce voyage pour le bébé, mais je n'avais pas le choix. Nous devons partir », explique Leyla Ashur, l'une des quelques centaines de réfugiés syriens autorisés à traverser la frontière séparant la Grèce de l'ex-République yougoslave de Macédoine, un jour du mois d'août.

La jeune femme de 35 ans raconte que ses quatre fils, son mari et elle ont quitté la ville syrienne de Dayr Az-Zawr en 2012, pour fuir la guerre. Ils ont vécu pendant près d'un an en Iraq, mais la crainte des violences perpétrées par l'auto-proclamé État islamique en Iraq et au Levant (EI) les a conduits jusqu'en Turquie, où ils sont restés trois ans jusqu'à ce que, de nouveau, la situation devienne intenable. Leyla Ashur explique qu'ils redoutaient non seulement l'escalade de la violence le long de la frontière, mais qu'ils se sentaient également

exploités et rejetés par leur communauté d'accueil.

« Lorsqu'on a vu que nous étions Syriens, on nous a demandé de payer un loyer trois fois plus cher que les autres, dit-elle. Et tout le monde nous répétait : "Partez, allez-vous-en." »

C'est ainsi que cette famille de six personnes a quitté la Turquie, emportant avec elle quelques affaires dans des sacs à dos. Il leur a fallu dix jours pour traverser le pays, dix jours pendant lesquels ils n'ont pratiquement pas mangé ni dormi. « Personne ne nous est venu en aide », indique la jeune femme.

Quand Leyla et sa famille ont atteint la ville côtière turque de Bodrum, ils ont versé, avec une vingtaine d'autres réfugiés, environ 10 000 euros à un passeur pour qu'il les conduise en canot pneumatique de l'autre côté de la mer Égée, sur



Leyla Ashur et sa famille.
Photo © UNFPA/Nake Batev

l'île grecque d'Ios. Ils ont ensuite poursuivi leur voyage jusqu'en ex-République yougoslave de Macédoine.

C'est une fois arrivés à Gevgelija, une ville au sud du pays, que Leyla et sa famille ont entamé l'étape suivante de leur périple vers le nord, dans le but de traverser la Serbie et la Hongrie, puis de remonter jusqu'en Belgique, où vit la sœur du mari de Leyla.

« Nous atteindrons notre destination, ou nous mourrons en chemin. »

Tandis que des centaines de réfugiés se massent dans des trains et des bus bondés, ou franchissent à pied les 178 km qui les séparent de la ville de Kumanovo, à la frontière nord du pays, Leyla et sa famille ont trouvé un taxi qui a accepté de les y conduire pour 100 euros. Ses deux plus jeunes fils ont agité la main à travers la vitre arrière.

Les Syriens comme Leyla Ashur et sa famille représentent environ 80 pour cent des personnes en transit à travers le pays, et les Afghans et les Iraquiens, 5 pour cent. Les autres viennent de l'État de Palestine, du Pakistan, de Somalie et de cinq autres pays d'Afrique subsaharienne.

Entre les mois de juin et août 2015, 700 réfugiés et migrants en moyenne ont suivi chaque jour le même chemin en direction de l'Europe du Nord, à travers l'ex-République yougoslave de Macédoine. Sur ces 700 personnes, une sur quatre était une femme, et 6 pour cent d'entre elles en moyenne étaient enceintes.

De longues heures de marche en pleine chaleur, la malnutrition, la déshydratation et l'absence d'installations d'assainissement provoquent des problèmes de santé chez de nombreuses femmes enceintes, pouvant entraîner

des complications de la grossesse, voire des fausses couches. En outre, nombre d'entre elles sont traumatisées, comme l'explique Suzana Paunovska, qui travaille au sein de la Croix-Rouge dans la capitale macédonienne, Skopje. « Cela se lit immédiatement sur leur visage. »

En juin dernier, le gouvernement a déclaré que les réfugiés et les migrants pouvaient accéder gratuitement aux soins médicaux, notamment en obstétrique et en gynécologie, dans les centres de santé et les hôpitaux publics, dont celui de Gevgelija.

Pourtant, ces derniers préfèrent renoncer à ces services gratuits et se dépêcher de franchir la frontière avec la Serbie plutôt que de manquer l'un des rares trains ou bus en direction du nord, le gouvernement n'autorisant que 72 heures de transit au sein du pays.

Le monde dans lequel nous vivons a atteint un paroxysme de violence, d'instabilité et d'agitation qu'il n'avait pas connu depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Au cours des vingt dernières années, plusieurs catastrophes, parfois liées à des événements météorologiques extrêmes, ont touché des milliards de personnes dans le monde. Aujourd'hui, des situations de crise, telles que les déplacements massifs de population provoqués par l'extrême pauvreté et l'instabilité des sociétés, sont de plus en plus visibles. Partout dans le monde, des régions entières semblent être en plein bouleversement, et dans l'univers de plus en plus connecté qui est le nôtre, même les personnes vivant dans des zones stables se sentent davantage menacées que par le passé.

De nombreuses crises persistent pendant des dizaines d'années, sans qu'aucune solution réelle ne soit envisagée. En moyenne, les réfugiés vivent loin de chez eux pendant 20 ans, sans qu'une solution durable ne leur soit proposée et sans moyens de subsistance stables. Dans certains cas, ces crises peuvent durer des générations (Milner et Loescher, 2011).

Qu'il s'agisse d'une guerre, d'une épidémie mortelle, d'un tremblement de terre ou d'une inondation, chaque crise pose des difficultés uniques en termes de santé, de sécurité, de moyens de subsistance et de droits des personnes, des familles et des communautés.

À cause des conflits, des ravages dus aux catastrophes, de l'instabilité et de la vulnérabilité environnementale et économique actuels, l'appel à l'action humanitaire de la part des gouvernements, de la société civile et des organisations internationales n'a jamais été aussi fort.

Inondations et tempêtes, les catastrophes naturelles les plus fréquentes

Le nombre de catastrophes naturelles a triplé entre 1980 et 2000 et, même si cette tendance a été suivie d'un léger déclin, on compte tout de même deux fois plus de catastrophes aujourd'hui qu'il y a 25 ans, selon les données du Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED).

Presque tous les ans, une à trois catastrophes de grande ampleur présentent un bilan humain bien plus lourd que les autres événements survenus la même année. En outre, la plupart des décennies connaissent

Par conséquent, les femmes enceintes n'ont recours qu'aux services rapides et faciles d'accès depuis les centres de transit, situés près des frontières, indique Bojan Jovanoski, qui dirige l'association macédonienne de recherche et d'éducation à la santé (HERA) basée à Skopje.

Un jour par semaine, l'association déploie sa seule clinique mobile sur la frontière grecque, à quelques centaines de mètres de Gevgelija, afin de fournir des services gynécologiques de base, rapides et gratuits, aux réfugiées et aux migrantes. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) aide HERA à couvrir les frais de fonctionnement de cette clinique.

Lidija Jovcevska, gynécologue obstétricienne à Kumanovo, intervient au sein de la clinique une fois par semaine, en tant que bénévole. Les cinq ou six femmes qu'elle examine chaque jour veulent surtout savoir si leur bébé est en bonne santé. Elle utilise un échographe pour rassurer les mères les plus inquiètes, mais les avertit également des complications potentielles. Certaines femmes, qui ont voyagé des jours, parfois des mois, souhaitent également recevoir des compléments vitaminés pour augmenter leurs

chances de mettre au monde un bébé en bonne santé. Les infections urinaires et vaginales étant fréquentes, Lidija Jovcevska prescrit également des antibiotiques et d'autres traitements.

Il arrive parfois qu'un problème grave nécessite une hospitalisation. Lidija Jovcevska oriente alors ses patientes vers l'hôpital voisin, qui gère aussi bien les urgences que les accouchements.

Lidija Jovcevska affirme qu'en voyageant enceintes dans des conditions si extrêmes, ces femmes encourent de grands risques : « Étant moi-même mère de deux enfants, j'ai du mal à comprendre comment elles peuvent ne serait-ce qu'envisager un tel voyage. » Elle reconnaît toutefois le sentiment de désespoir ressenti par nombre de ces femmes. « L'une de celles que j'ai vues aujourd'hui m'a dit, "Ce n'est pas grave si je meurs en chemin." »



Lidija Jovcevska

Photo © UNFPA/Nake Batev

une ou deux catastrophes si importantes et si marquantes pour l'esprit collectif qu'elles prennent le nom de « méga-catastrophes ».

Pour chaque personne qui perd la vie lors d'une catastrophe naturelle, des centaines d'autres sont également touchées et ont besoin d'une assistance de base immédiate, indispensable à leur survie, notamment de la nourriture, de l'eau, un abri, un accès à des installations d'assainissement ou des soins médicaux d'urgence. Les personnes touchées par les catastrophes naturelles perdent généralement leur maison et leurs moyens de subsistance, sont séparées de leur famille, souffrent de maladies, de handicaps ou voient leurs possibilités limitées à vie, et sont déplacées loin de leur communauté.

En tenant compte de la croissance démographique, les chances d'être déplacé en raison d'une catastrophe naturelle sont aujourd'hui

60 pour cent plus élevées qu'elles ne l'étaient il y a quarante ans. Au cours des vingt dernières années, 340 catastrophes en moyenne ont eu lieu chaque

année, touchant 200 millions de personnes et faisant en moyenne 67 500 victimes par an.

Selon la base de données sur les situations d'urgence (EM-DAT) du Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes, les inondations représentent 43 pour cent des catastrophes enregistrées entre 1994 et 2014, touchant près de 2,5 milliards de personnes. Les tempêtes constituent le deuxième type de catastrophe le plus fréquent avec un total de plus de 244 000 personnes tuées sur cette période de neuf ans. Les dommages enregistrés sur la même

période s'élèvent quant à eux à 936 milliards de dollars. Les tempêtes apparaissent donc comme le type de catastrophe le plus coûteux de ces vingt dernières années et le deuxième en termes de mortalité.



Pour chaque personne qui perd la vie lors d'une catastrophe naturelle, des centaines d'autres sont également touchées et ont besoin d'une assistance de base immédiate, indispensable à leur survie, notamment de la nourriture, de l'eau, un abri, un accès à des installations d'assainissement ou des soins médicaux d'urgence.

La clinique mobile propose également des moyens de contraception, même si peu de femmes en profitent, explique Vesna Matevska, coordinatrice de programme d'HERA. Les réfugiées et les migrantes qu'elle voit sont généralement des personnes très pudiques qui répugnent à demander ou à accepter des préservatifs ou la pilule, bien qu'ils soient distribués gratuitement par les prestataires de services, sans qu'aucun jugement ne soit porté. Elle indique par ailleurs qu'en raison de cette pudeur, associée à la barrière de la langue, il est difficile pour de nombreuses femmes d'évoquer ou de signaler des cas de violence sexiste.

En plus des services fournis par les organisations non gouvernementales et le ministère de la Santé du pays, il y a ceux proposés de manière informelle par des personnes comme Lence Zdravkin. Cette femme de 48 ans, qui se décrit elle-même comme militante, affirme

avoir aidé des centaines de femmes enceintes en route vers le nord du pays pour franchir la frontière avec la Serbie.

Jusqu'en juin 2015, il était illégal pour les réfugiés et les migrants de prendre les trains, bus et taxis ; la majorité d'entre eux parcouraient donc la distance qui les séparait de la frontière à pied, généralement le long des voies ferrées, qui se trouvent à 10 mètres de la maison de Lence Zdravkin.

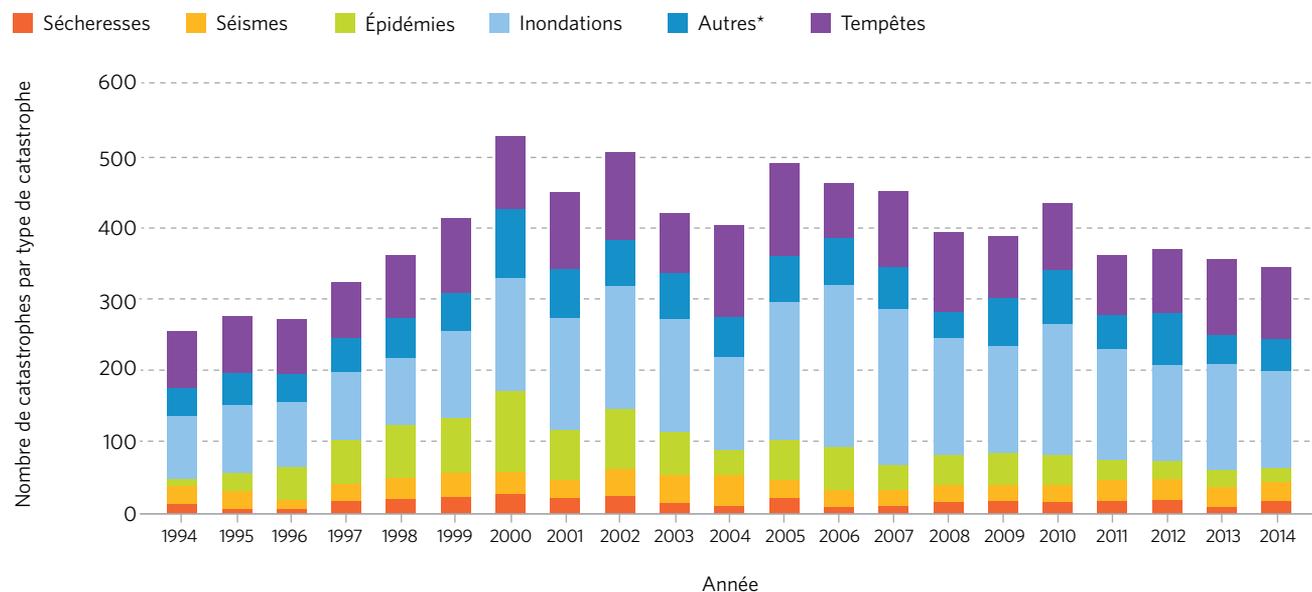
Elle a commencé par offrir à ces réfugiés et migrants de la nourriture et de l'eau, puis a ouvert ses portes à ceux qui avaient simplement besoin de se reposer. Elle a également accompagné des femmes enceintes à une clinique locale pour qu'elles effectuent un bilan de santé et puissent faire soigner les blessures qui surviennent inévitablement après une marche de plusieurs jours en pleine chaleur.

« Tout cela se passait juste sous mes yeux, a expliqué Lence Zdravkin. Je ne pouvais pas faire semblant de ne rien voir. »

Lence Zdravkin

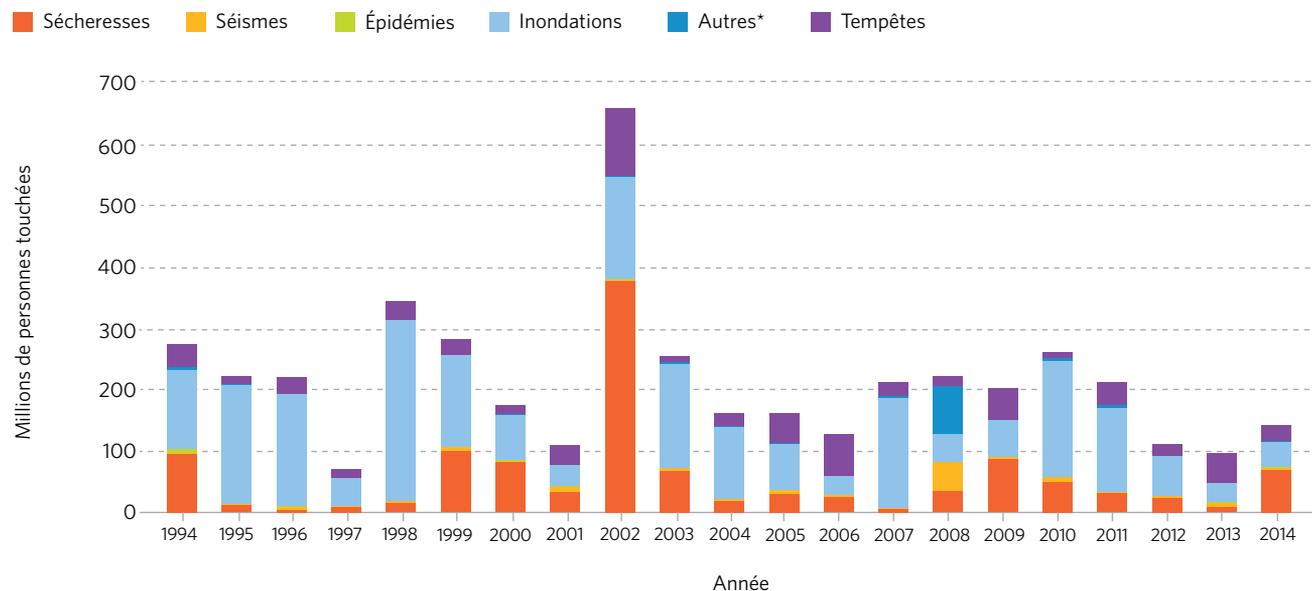
Photo © UNFPA/Nake Baten

NOMBRE DE CATASTROPHES NATURELLES ENREGISTRÉES DANS LE MONDE ENTRE 1994 ET 2014, PAR TYPE DE CATASTROPHE



* Sont incluses les catastrophes telles que les invasions d'insectes, les températures extrêmes, les glissements de terrain, les éruptions volcaniques et les feux de forêt. (CRED, 2015a)

NOMBRE ESTIMÉ DE PERSONNES TOUCHÉES PAR DES CATASTROPHES NATURELLES ENTRE 1994 ET 2014, PAR TYPE DE CATASTROPHE



* Sont incluses les catastrophes telles que les invasions d'insectes, les températures extrêmes, les glissements de terrain, les éruptions volcaniques et les feux de forêt. (CRED, 2015a)

Les séismes (y compris les tsunamis) ont fait plus de victimes que tous les autres types de catastrophes réunis, tuant près de 750 000 personnes entre 1994 et 2013. Les tsunamis constituent le sous-type de séisme le plus meurtrier, avec en moyenne 79 décès pour 1 000 personnes touchées, contre 4 décès pour 1 000 personnes touchées dans le cas des mouvements de terrain. Les tsunamis sont par conséquent presque 20 fois plus meurtriers que les tremblements de terre.

Alors qu'elles ne représentent que 5 pour cent des catastrophes naturelles, les sécheresses ont touché plus d'un milliard de personnes entre 1994 et 2014, soit environ une personne touchée par une catastrophe naturelle sur quatre, tous types de catastrophes confondus. Au cours de cette période, 41 pour cent des sécheresses ont été observées en Afrique.

En chiffres absolus, les États-Unis et la Chine ont enregistré le plus grand nombre de catastrophes naturelles entre 1994 et 2014, principalement à cause de la taille de leur territoire, de leurs différentes masses terrestres et de la densité élevée de leur population. De tous les continents, l'Asie est celui qui a le plus souffert des catastrophes, avec 3,3 milliards de personnes touchées en Chine et en Inde uniquement. En revanche, si l'on harmonise les données pour refléter le nombre de personnes touchées pour 100 000 habitants, l'Érythrée et la Mongolie sont les pays non insulaires les plus touchés au monde. En raison du bilan du séisme de 2010, Haïti déplore le plus grand nombre de décès, que ce soit en termes absolus ou par rapport à la taille de sa population.

Bien qu'un nombre plus important de catastrophes ait été enregistré au cours des 20 dernières années, le nombre moyen de personnes touchées a quant à lui diminué, passant d'une personne sur 23 entre 1994 et 2003 à une personne sur 39 entre 2004 et 2014.

Les catastrophes tuent davantage de personnes dans les pays pauvres

Les données du Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes montrent également dans quelle mesure les niveaux de revenus affectent le bilan humain des catastrophes. En moyenne, trois fois plus de personnes ont perdu la vie à la suite d'une catastrophe naturelle dans les pays à faible revenu (332 décès) que dans ceux à revenu élevé (105 décès). La même



Les inondations sont à l'origine de 43 pour cent des catastrophes enregistrées entre 1994 et 2014, touchant près de **2,5 MILLIARDS DE PERSONNES.**



La sécheresse a touché plus de **1 MILLIARD** de personnes entre 1994 et 2014, soit **UNE PERSONNE** touchée par une catastrophe naturelle **SUR QUATRE**, tous types de catastrophes confondus.



TSUNAMIS
79
DÉCÈS

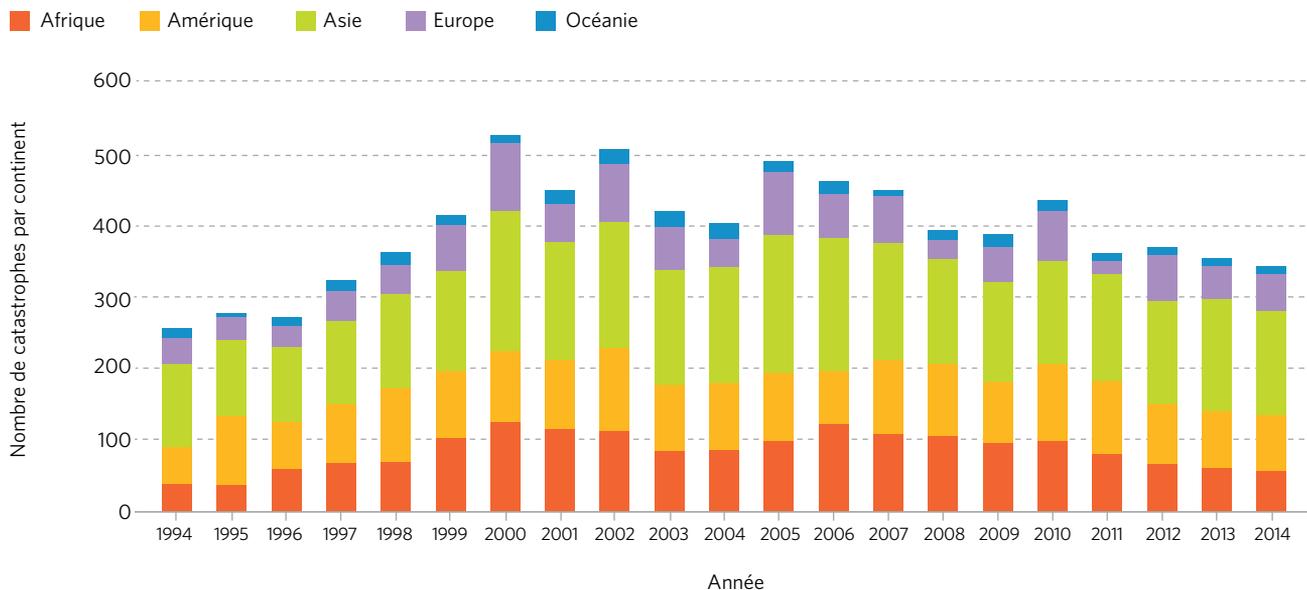


SÉISMES
4
DÉCÈS

pour 1 000 personnes touchées

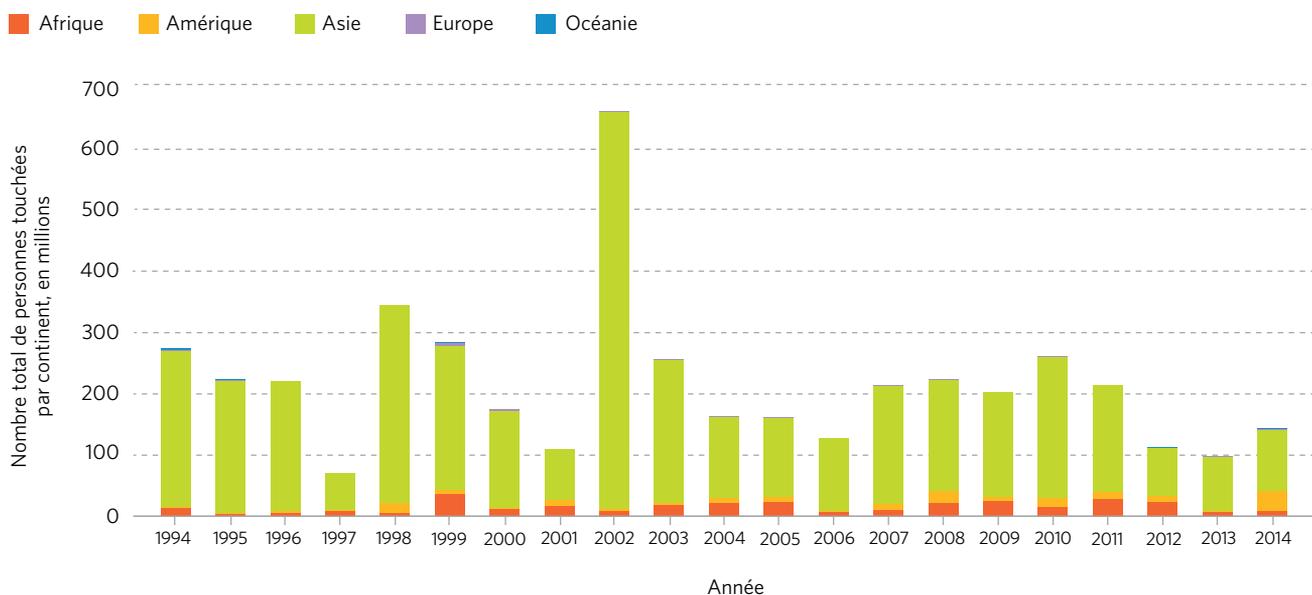
Les tsunamis ont été presque **20 FOIS** plus meurtriers que les tremblements de terre sur 20 ans.

NOMBRE DE CATASTROPHES NATURELLES ENREGISTRÉES ENTRE 1994 ET 2014, PAR RÉGION



(CRED, 2015a)

NOMBRE ESTIMÉ DE PERSONNES TOUCHÉES PAR DES CATASTROPHES NATURELLES ENTRE 1994 ET 2014, PAR RÉGION



(CRED, 2015a)

tendance se dégage lorsque l'on oppose d'un côté les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et de l'autre les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. Ensemble, les pays à revenu élevé comptent 56 pour cent des catastrophes, mais seulement 32 pour cent des décès, tandis que les pays à faible revenu ont été touchés par 44 pour cent des catastrophes et comptabilisent 68 pour cent des décès. Ceci montre bien que le niveau de développement économique, plus que l'exposition aux catastrophes en elle-même, constitue l'un des facteurs déterminants de la mortalité.

La hausse des conflits internes alourdit le bilan humain parmi les civils

La Seconde Guerre mondiale, qui demeure le conflit le plus important qu'ait connu le monde moderne, reste le point de référence de l'humanité en matière de pertes massives. Environ 3 pour cent de la population mondiale a péri à la suite de ce conflit, de ses préludes ou de ses répercussions, tandis que plus d'un tiers a été touché par ce dernier. Par conséquent, pour chaque décès, dix autres vies ont été radicalement bouleversées.

Après la Seconde Guerre mondiale, le nombre de conflits internationaux a considérablement diminué, tandis que les conflits intra-étatiques et les guerres de décolonisation ont augmenté entre les années 1950 et 1960.

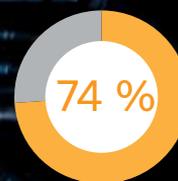
L'intensification des conflits internes et le déclin des guerres internationales permettent d'expliquer que le nombre de décès augmente chez les civils et recule parmi les combattants. Qu'un conflit survienne au sein des frontières d'un pays ou prenne une dimension internationale, il affecte invariablement de manière insidieuse la vie de nombreuses personnes en provoquant une insécurité et une incertitude chroniques, qui modifient à leur tour la qualité de vie, la cohésion sociale, les moyens de subsistance, les droits fondamentaux et le potentiel de développement de chacun.

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, 940 millions de personnes, soit 40 pour cent de la population mondiale à cette époque, vivaient dans des zones de conflit. Entre 1945 et 1956, ce nombre a brutalement chuté, passant à 210 millions de personnes, soit 8 pour cent de la population mondiale. Par la suite, il n'a cessé



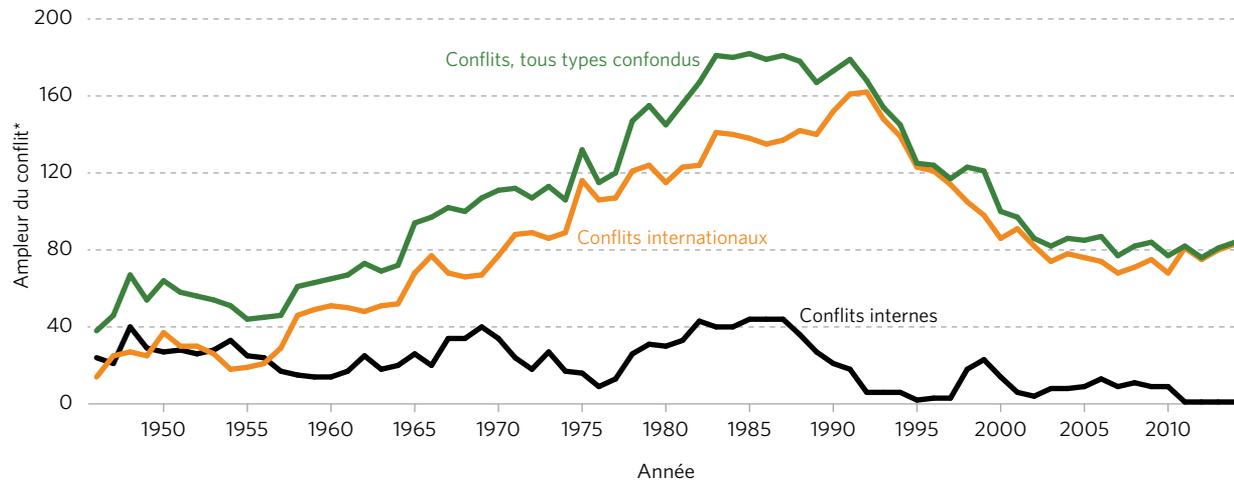
Aujourd'hui,
PRÈS D'UN RÉFUGIÉ SUR TROIS
réside dans un camp et deux
sur trois en zone urbaine.

Aujourd'hui,
1 MILLIARD DE PERSONNES,
soit près de 14 pour cent
de la population mondiale,
vivent dans une zone
de conflit.



Entre 1989 et 2008, l'Afrique
centrale, l'Afrique de l'Est, le
Moyen-Orient, l'Afrique du
Nord et l'Asie du Sud
ont enregistré 74 pour cent
des décès directement liés
aux conflits.

CONFLITS ARMÉS - TENDANCES MONDIALES ENTRE 1946 ET 2014

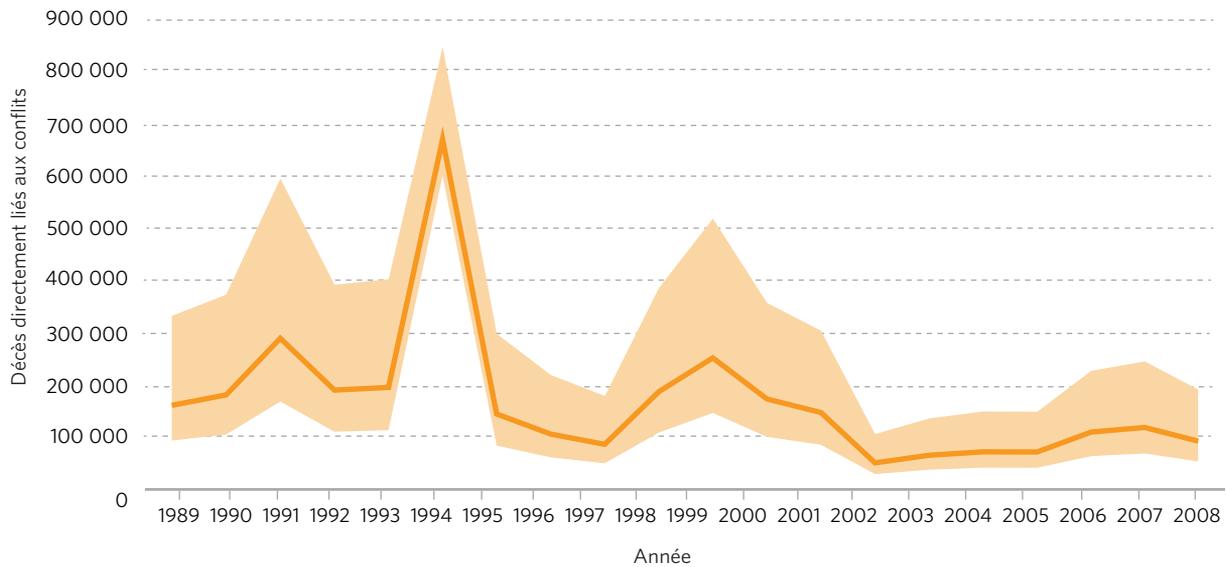


(Center for Systemic Peace, 2015)

* L'ampleur d'un conflit se mesure par son incidence globale sur le ou les États directement affectés, notamment le nombre de combattants et de victimes, la zone concernée, la population déplacée et l'étendue des dégâts matériels.

DÉCÈS DIRECTEMENT LIÉS AUX CONFLITS

■ Estimations corrigées (basses et élevées) ■ Estimation corrigée



(Garfield et Blore, 2009)

IMPACT DES CONFLITS SUR LES FEMMES ET LES HOMMES

Les données mondiales relatives aux conflits, ventilées par sexe sont rares et souvent peu fiables lorsqu'elles sont disponibles. Pourtant, des enquêtes réalisées à petite échelle dans des zones spécifiques montrent que les hommes ont beaucoup plus de chances de mourir de causes *directes*, *au cours* du conflit, tandis que les femmes sont plus souvent des victimes *indirectes*, blessées ou tuées *à la suite* du conflit (Ormhaug, 2009). Toutes les estimations relatives au nombre de décès directement liés aux conflits suggèrent que plus de 90 pour cent des victimes sont des jeunes hommes (Cummings *et al.*, n.d).

	IMPACTS DIRECTS	IMPACTS INDIRECTS
HOMMES	<ul style="list-style-type: none">• Taux plus élevés de morbidité et de mortalité dus aux victimes des combats• Risque de captivité ou de disparition plus élevé• Violence sexuelle et sexiste : massacres sexistes ; enrôlement ou recrutement forcés ; torture, viol et mutilations ; obligation de perpétrer des actes de violence sexuelle sur d'autres personnes• Taux plus élevés de handicap consécutif à une blessure	<ul style="list-style-type: none">• Risque pour les ex-combattants de prendre part à des activités criminelles ou illégales et difficultés à trouver un moyen de subsistance• Prévalence accrue des autres formes de violence, en particulier la violence domestique
HOMMES ET FEMMES	<ul style="list-style-type: none">• Dépression, traumatisme, détresse émotionnelle	<ul style="list-style-type: none">• Pertes de revenu et de biens• Tendance à la hausse de la migration• Bouleversement des schémas matrimoniaux et de fécondité• Pertes des réseaux sociaux et familiaux, y compris des mécanismes d'assurance• Interruption de l'éducation• Bien-être ébranlé — problèmes de santé et handicaps dus à la pauvreté et à la malnutrition, en particulier
FEMMES	<ul style="list-style-type: none">• Risque plus élevé d'être déplacées ou réfugiées• Violence sexuelle et sexiste : viol, trafic et prostitution ; grossesse et mariage forcés	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes de santé reproductive• Rôle reproductif et éducatif des femmes menacé• Évolution de leur participation à la population active en raison du décès des membres de la famille et effet « travailleur ajouté »• Montée de la violence sexiste• Possibilité d'une plus grande participation à la vie politique• Participation accrue des femmes à la vie économique du fait de l'évolution des rôles sexospécifiques au cours du conflit

(Anderlini, 2010)

d'augmenter, pour atteindre aujourd'hui 1 milliard de personnes (Garfield *et al.*, 2012).

Les conflits tuent directement 168 100 personnes par an, en moyenne

Le nombre de décès est un indicateur de l'intensité ou de l'ampleur d'un conflit. Depuis des années, les chercheurs essaient d'estimer de manière fiable le nombre de personnes tuées lors de conflits, mais il est extrêmement difficile de parvenir à de telles estimations, car les conflits impliquent de plus en plus des acteurs non étatiques de zones reculées, souvent situées dans des pays dont les institutions ne disposent pas d'équipements adéquats permettant de suivre avec précision le nombre de victimes.

Entre 1989 et 2008, on estime à 3 362 000 le nombre total de décès directement liés aux conflits, soit une moyenne de 168 100 décès par an (Garfield et Blore, 2009). Soixante-quatorze pour cent de ces décès ont été enregistrés en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Asie du Sud.

Depuis 2008, en raison de l'intensification des combats au Moyen-Orient, le nombre total de décès

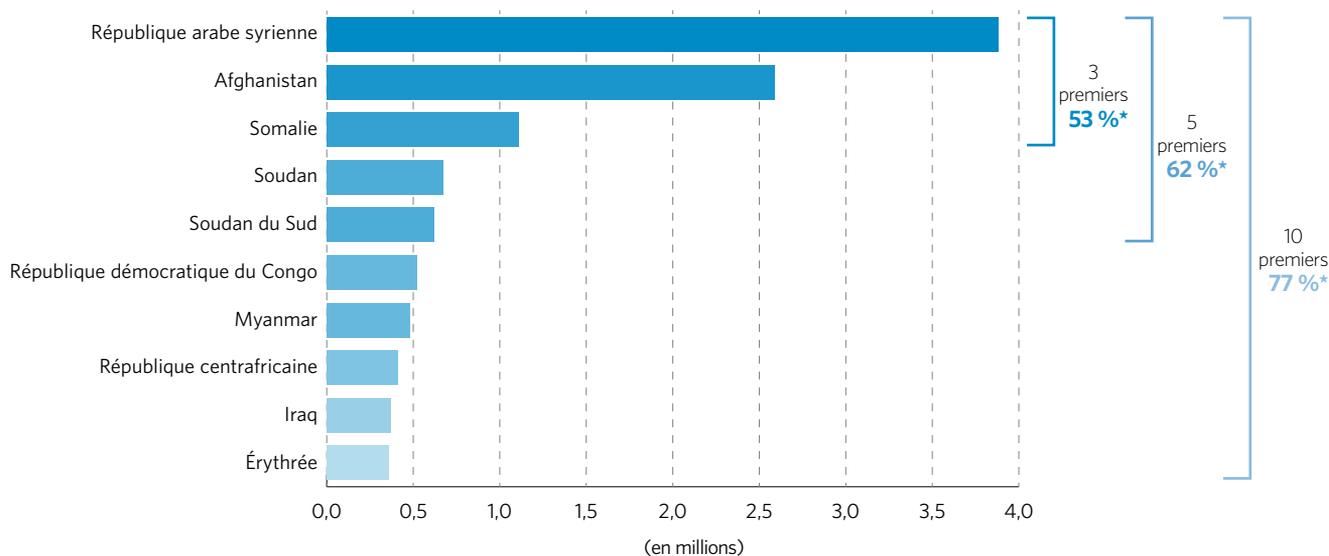
directement liés aux conflits qui sévissent dans cette région s'élève à plus de 200 000 personnes par an (Price *et al.*, 2014). En 2012, deux personnes au monde sur cinq ayant perdu la vie au cours d'un combat se trouvaient en Syrie.

En outre, le nombre de décès découlant d'un conflit, mais n'étant pas directement liés aux combats, surpasse le nombre de décès directement liés aux conflits. Dans certains pays, le ratio est de trois pour un. La plupart de ces décès indirects ont lieu dans des pays à faible revenu, où les civils les plus vulnérables sont coupés des sources vitales que sont la vaccination, la nutrition de l'enfant et l'eau salubre.

Autres violences armées

Les violences armées qui ne sont pas liées à un conflit font également de nombreuses victimes. L'édition 2011 du Fardeau mondial de la violence armée a essayé de comptabiliser le nombre total de décès par arme à feu enregistrés en s'appuyant sur les systèmes d'état civil des pays du monde entier. Il a estimé qu'environ 400 000 décès par arme à feu avaient eu lieu en dehors de situations de conflit. Ces dernières années, l'insécurité et la crainte des violences armées

PRINCIPAUX PAYS D'ORIGINE DES RÉFUGIÉS



* Proportion par rapport au nombre total de réfugiés à la fin de l'année 2014

ont constitué les principaux facteurs de déplacement et de migration dans certains pays, créant une situation semblable à une crise humanitaire.

Déplacements dus aux conflits

En 2014, le nombre total de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde s'élevait à 59,5 millions ; il s'agit du nombre le plus élevé depuis la Seconde Guerre mondiale (HCR, 2015). Le nombre de personnes déplacées a par ailleurs doublé entre 2010 et 2015.

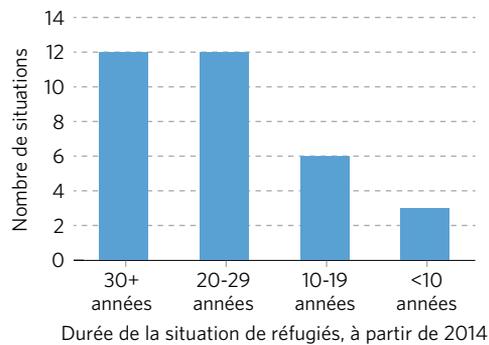
En 2014, plus de la moitié des nouveaux réfugiés venaient d'Afghanistan, de Somalie, du Soudan et de Syrie. Plus de la moitié des personnes déplacées vivent en Colombie, en Iraq, au Soudan et en Syrie (Observatoire des situations de déplacement interne, 2015). Aujourd'hui, environ une personne sur quatre au Liban et une personne sur dix en Jordanie est un réfugié.

De nos jours, environ un réfugié sur trois seulement vit dans un camp, tandis que deux sur trois vivent en zone urbaine.

Dans le monde, environ deux tiers des réfugiés se trouvent dans des « situations d'exil apparemment définitif » (Milner et Loescher, 2011). Les 25 pays les plus

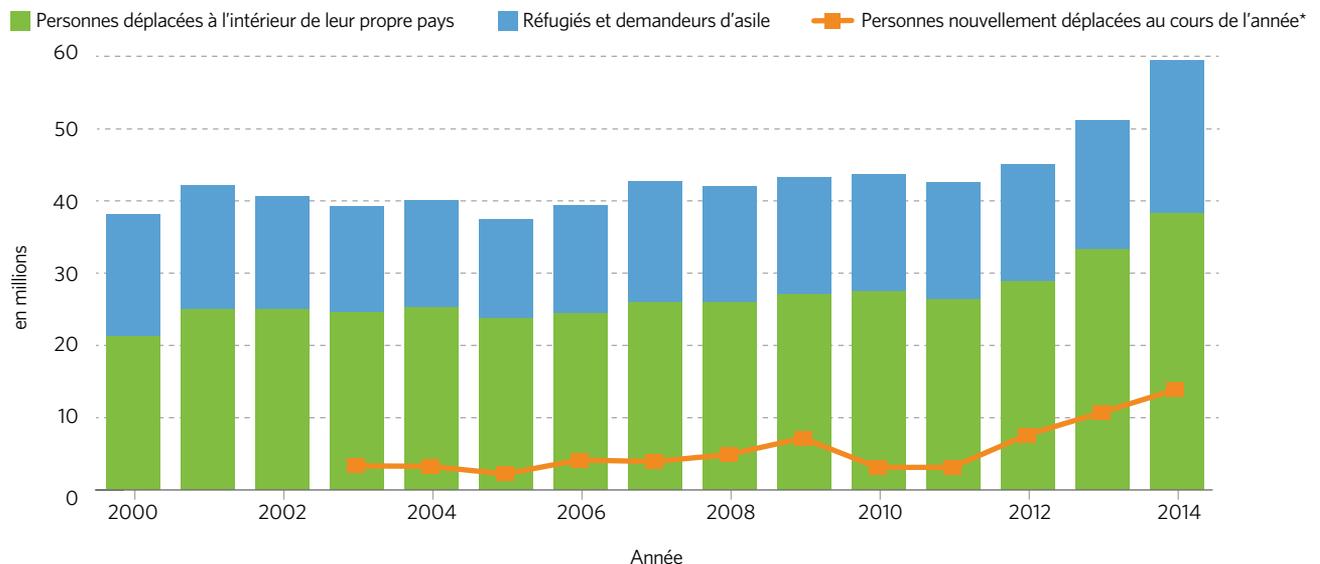
affectés par la présence prolongée de réfugiés sont tous des pays en développement. Aujourd'hui, on dénombre près de 30 situations majeures de réfugiés prolongées, dont la durée moyenne est d'environ 20 ans. Cependant, cette moyenne ne prend pas en compte un grand nombre des principales populations déplacées à long terme et de manière chronique, comme celles en milieu urbain ou celles déplacées en zone rurale. Elle ne tient

SITUATIONS DE RÉFUGIÉS PROLONGÉES, PAR DURÉE



(HCR, 2015)

DÉPLACEMENTS DE POPULATION AU COURS DU 21^e SIÈCLE 2000-2014



(HCR, 2015)

* Personnes déplacées à l'intérieur du pays ou ayant franchi les frontières internationales. Données relatives aux personnes nouvellement déplacées disponibles depuis 2003 uniquement.

pas non plus compte des millions de réfugiés palestiniens sous mandat de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient.

Les catastrophes forcent chaque année 26,4 millions de personnes à se déplacer

Selon le Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, chaque année depuis 2008, les catastrophes forcent à se déplacer 26,4 millions de personnes dans le monde en moyenne. La plupart de ces déplacements ont lieu dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Alors que la fréquence des catastrophes géophysiques (séismes, tsunamis, éruptions volcaniques) est restée globalement constante

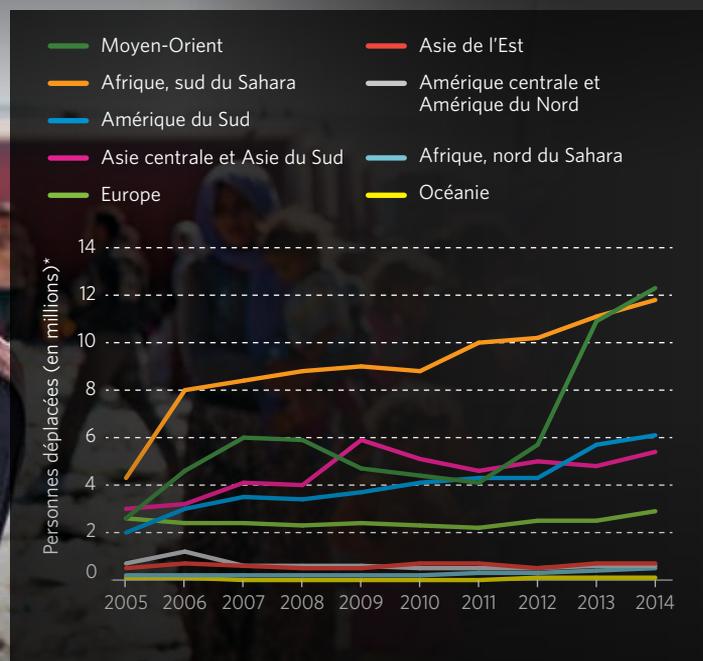
ces dernières années, le nombre de phénomènes climatiques, tels que les inondations et les tempêtes, ne cesse de croître. De 2000 à aujourd'hui, on dénombre en moyenne 341 catastrophes d'origine climatique par an, soit 44 pour cent de plus que le nombre moyen d'événements enregistrés entre 1994 et 2000.

Le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes estime qu'en 2014, 19,3 millions de personnes ont été déplacées suite à des catastrophes. Au cours des sept dernières années, 85 pour cent de ces mouvements de population dus aux catastrophes ont été provoqués par des événements d'origine météorologique, principalement des inondations et des tempêtes, et environ 15 pour cent sont dus aux séismes.



Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

NOMBRE DE PERSONNES DÉPLACÉES, PAR RÉGION, 2005-2014



(Development Initiatives, 2015)

* Sont considérés comme des « personnes déplacées », les réfugiés et les personnes dans une situation similaire à celle des réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Ces dernières comprennent uniquement les personnes protégées ou bénéficiant du soutien du Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Les données sont réparties selon les définitions des pays/territoires d'asile. Les pays sont organisés en fonction de la classification des régions de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Les facteurs de fragilité

Pourquoi tant de crises frappent-elles le monde aujourd'hui ? Pourquoi le monde semble-t-il soudain aussi fragile ?

De nombreux éléments peuvent expliquer cette fragilité et ses causes, mais quelle que soit sa définition, la fragilité est étroitement liée à des forces, telles que la pauvreté, l'inégalité et l'exclusion, qui touchent de manière disproportionnée les femmes et les filles.

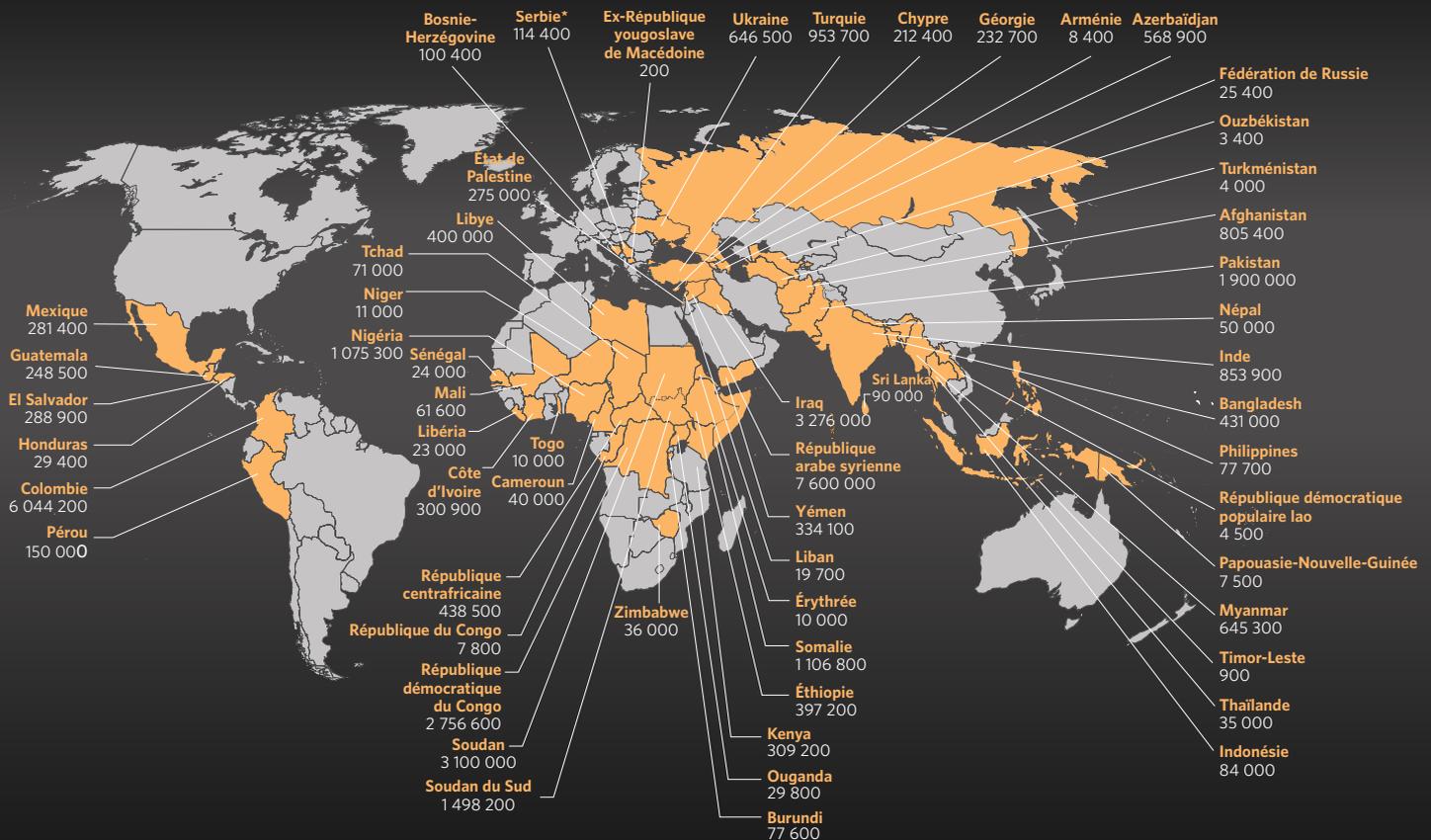
Une personne démunie sur trois vit dans un État fragile

La fragilité peut se manifester sous différentes formes et dans des pays de tout niveau de revenu. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une région ou un État « est

fragile lorsque le gouvernement et les instances étatiques n'ont pas les moyens et/ou la volonté politique d'assurer la sécurité et la protection des citoyens, de gérer efficacement les affaires publiques et de lutter contre la pauvreté au sein de la population ». Les États fragiles sont plus vulnérables aux chocs internes ou externes, tels que les crises économiques ou les catastrophes naturelles (OCDE, 2013). Par ailleurs, la relation entre l'état et la société peut également être ébranlée par des facteurs de stress à la fois internes et externes, notamment les évolutions démographiques, les innovations technologiques et le changement climatique.

Il y a dix ans, la plupart des États fragiles étaient des pays à faible revenu. Selon des estimations récentes, environ la moitié des États fragiles et touchés par des

PERSONNES DÉPLACÉES EN RAISON DES CONFLITS ET DES SITUATIONS DE VIOLENCE, EN 2014



* Inclut le Kosovo
(Conseil norvégien pour les réfugiés, Observatoire des situations de déplacement interne, 2015a)

conflits sont désormais des pays à revenu intermédiaire. Malgré cette évolution de niveau de revenu, la pauvreté reste néanmoins concentrée au sein des États fragiles (OCDE, 2013). Les pays fragiles à revenu intermédiaire partagent certaines caractéristiques, telles qu'un niveau élevé de violence urbaine et criminelle, l'expansion de mégapoles violentes et une importante population jeune et sans emploi (Castillejo, 2015).

Dans le monde, un tiers des personnes démunies vivent dans un État fragile. La Banque mondiale estime que plus d'un milliard de personnes vivent dans l'extrême pauvreté, soit environ 15 pour cent de la population mondiale (Banque mondiale, 2015a). L'extrême pauvreté, autrefois concentrée en Asie de l'Est, est désormais principalement présente en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud ; ces régions totalisent 80 pour cent de la population pauvre du monde, majoritairement composée de femmes et d'enfants (Banque mondiale, 2015b).

Les pauvres sont particulièrement vulnérables aux répercussions des conflits et plusieurs mesures de la fragilité suggèrent que des niveaux élevés de pauvreté et d'inégalité en termes de revenu peuvent contribuer à l'instabilité. Les pauvres disposent de ressources, notamment économiques et sociales, plus limitées leur permettant de faire face et de se relever en cas de conflit, qui peut en retour aggraver l'état de pauvreté.

Deux naissances sur trois survenant en l'absence de personnel qualifié ont lieu dans des États fragiles

Même si ces dernières années ont connu certaines avancées économiques et sociales, une part importante et croissante de la population mondiale vit dans un état d'insécurité et d'instabilité grandissant. Ce sont ces pays qui sont confrontés aux plus grandes difficultés en termes de stabilité, de développement et d'avancées sociales. Gates *et al.* (2010) ont synthétisé l'impact au moyen de données montrant qu'en 2010, près de la moitié de la population des pays à faible revenu vivait dans des États considérés comme fragiles, en situation de conflit ou se relevant d'un conflit. Ces mêmes pays concentrent également 60 pour cent de la population mondiale touchée par la sous-alimentation, 77 pour cent des enfants non

inscrits à l'école primaire, 70 pour cent des décès infantiles et 64 pour cent des naissances survenant sans la présence de personnel qualifié.

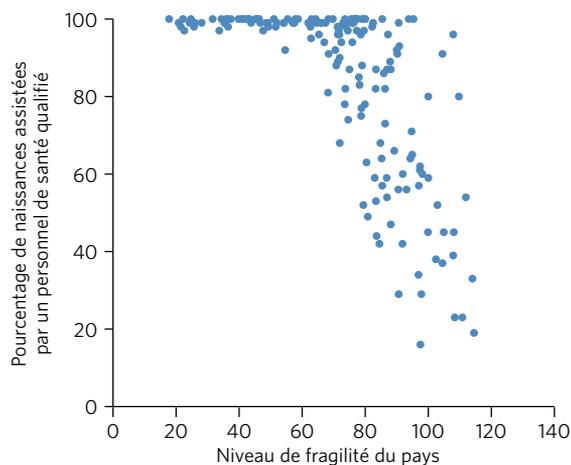
Lorsque l'on met en parallèle la fragilité des États et les principaux indicateurs de santé reproductive, des corrélations se dégagent et montrent que dans les pays extrêmement fragiles, les accouchements ont moins de chances de se dérouler en présence de personnel qualifié, les taux de grossesse précoce sont généralement plus élevés et les besoins de planification familiale, moins satisfaits.

Mesure de la fragilité

Plusieurs groupes ont mis au point des moyens pour mesurer la fragilité d'un État et donc sa vulnérabilité aux conflits ou aux conséquences d'une catastrophe (OCDE, 2015).

L'OCDE publie chaque année le *Fragile States Index*, un indice de fragilité des États qui évalue la vulnérabilité des pays et territoires aux conflits et aux catastrophes en fonction de cinq critères clés : le niveau de violence ; le niveau d'accès à la justice et à l'État de droit ; le niveau d'efficacité, de responsabilité et d'inclusion des institutions nationales ; le niveau de stabilité économique ; et

LE POURCENTAGE DE NAISSANCES ASSISTÉES PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ EST INFÉRIEUR DANS LES ÉTATS FRAGILES

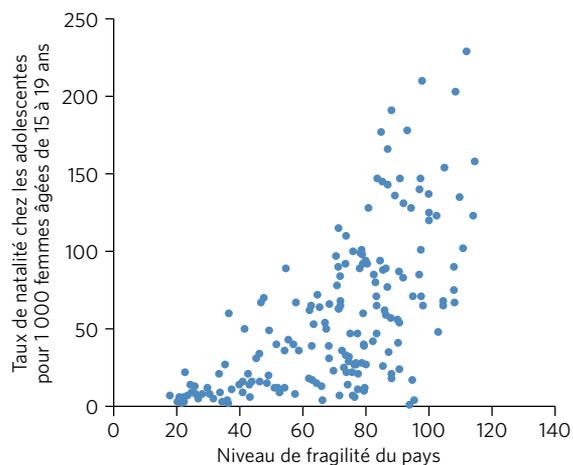




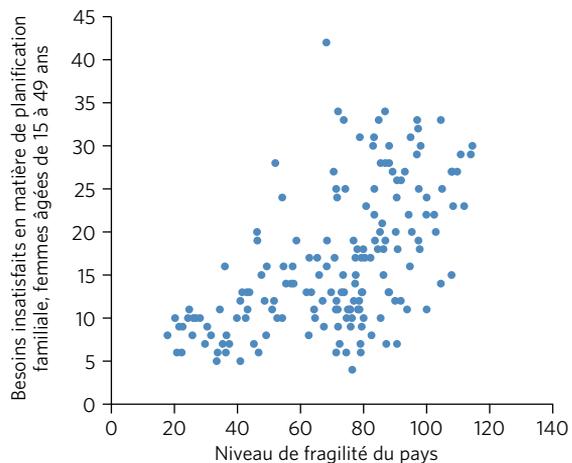
À Bhaktapur, au Népal, Sapana Suwal, 25 ans, et ses enfants se reposent dans un abri accueillant les survivants du tremblement de terre qui a frappé le pays.

Photo © Panos Pictures/Brian Sokol

LE TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES EST PLUS ÉLEVÉ DANS LES ÉTATS FRAGILES



LES BESOINS INSATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE SONT EN GÉNÉRAL PLUS ÉLEVÉS DANS LES ÉTATS PLUS FRAGILES



DIMENSIONS DE LA FRAGILITÉ

INDICE DE FRAGILITÉ DES ÉTATS 2015 DE L'ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

Cet indice évalue la vulnérabilité des pays et territoires aux conflits et aux catastrophes en fonction de cinq critères clés : le niveau de violence ; le niveau d'accès à la justice et à l'État de droit ; le niveau d'efficacité, de responsabilité et d'inclusion des institutions nationales ; le niveau de stabilité économique ; et le niveau de résilience permettant de faire face et de s'adapter en cas de choc et de catastrophe.

DIMENSIONS DE LA VULNÉRABILITÉ :

-  **VIOLENCE**
-  **JUSTICE**
-  **INSTITUTIONS**
-  **RÉSILIENCE**
-  **FONDEMENTS ÉCONOMIQUES**

9 PAYS



Côte d'Ivoire
Guinée
Haïti
République centrafricaine
Rép. dém. du Congo
Soudan
Swaziland
Tchad
Yémen

5 DIMENSIONS

13 PAYS



Érythrée
Guinée-Bissau
Guinée équatoriale
Mauritanie
Togo
Zimbabwe



Afghanistan
Burundi
Népal
Soudan du Sud



Éthiopie
Nigéria
Somalie

4 DIMENSIONS

26 PAYS



Algérie
République arabe syrienne



Cameroun
République démocratique
populaire lao



Angola
Libéria



Kenya
Ouganda



Comores
Rép. du Congo
Madagascar
Sierra Leone



Bangladesh
Libye
Myanmar
Pakistan
Venezuela
(Rép. bolivarienne du)



Gambie
Malawi
Mozambique
Niger
Timor-Leste



Honduras
Lesotho
Mali
Palestine

3 DIMENSIONS

22 PAYS



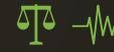
Inde
Panama
Serbie (Kosovo)



Iran
Iraq



Djibouti



Îles Salomon
Papouasie-Nouvelle-
Guinée
Zambie



Bénin
Burkina Faso
Kiribati
Sao Tomé-et-Principe
Suriname



Cambodge
Fidji
Tadjikistan
Turkménistan



Colombie
Guatemala
Paraguay
Rwanda

2 DIMENSIONS

le niveau de résilience permettant de faire face et de s'adapter en cas de choc et de catastrophe. Neuf des 50 territoires les plus fragiles présentent un mauvais classement au niveau de ces cinq critères (OCDE, 2015).

Un autre système de mesure, le *Global Peace Index* (« indice de paix mondiale »), évalue le degré de pacifisme de 162 pays. Cet indice, publié par l'Institute for Economics and Peace (IEP), examine les niveaux de sûreté et de sécurité au sein de la société, l'étendue des conflits nationaux et internationaux et le degré de militarisation. Selon cet indice, 78 pays ont vu leur degré de pacifisme diminuer entre 2013 et 2014 (IEP, 2014).

Le *Fragile States Index* (« indice de fragilité des États ») du Fund for Peace examine 12 critères de vulnérabilité, notamment le développement économique (inégal ou équitable), le respect des droits fondamentaux et des libertés, l'étendue de la pauvreté et du déclin économique, la fréquence des catastrophes et l'accès aux services de base, en particulier l'éducation et la santé. Selon cet indice, quatre pays sont en « état d'alerte très élevé » : le Soudan du Sud arrive en tête, suivi de la Somalie, de la République centrafricaine et du Soudan. Cet indice montre également que le niveau de fragilité a empiré dans 67 pays entre 2013 et 2014 (FFP, 2015).

Quel que soit l'indice observé, de plus en plus de pays sont considérés comme fragiles et donc susceptibles d'être plus exposés aux conflits et aux conséquences des catastrophes.

Évaluation des risques

S'il n'est pas toujours possible d'éviter une crise humanitaire ou une catastrophe, leur impact peut être grandement atténué. La compréhension des risques est une étape cruciale pour réduire et gérer les crises et les catastrophes. L'évaluation des risques vise à identifier et à prioriser les personnes et les lieux qui ont le plus de chances d'être touchés par une catastrophe, et de trouver des moyens de réduire et de gérer les risques auxquels ils sont confrontés (INFORM, 2015).

L'*Index for Risk Management* (INFORM) (« indice de gestion des risques ») est un projet conjoint des Nations Unies, d'organisations internationales et bilatérales et d'instituts de recherche, qui utilise 50 indicateurs différents afin de mesurer les dangers et l'exposition de



Des habitants de Union Balsalito, Colombie.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

la population à ces derniers, la vulnérabilité ainsi que le volume et le type de ressources disponibles pour aider la population à y faire face (INFORM, 2015).

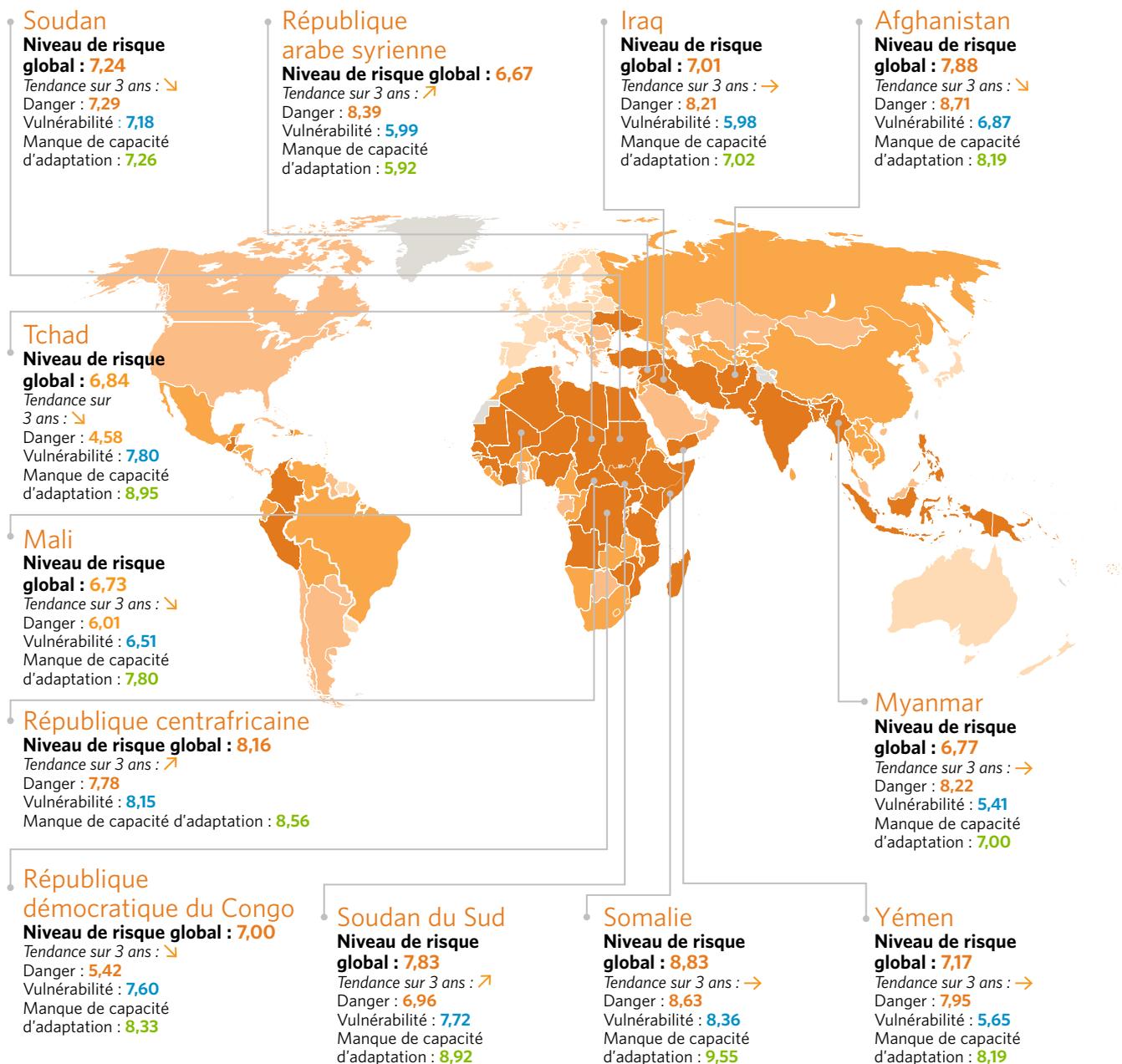
Les données de l'indice INFORM montrent que le risque de crise humanitaire a augmenté dans trois pays à faible revenu, six pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, quatre pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et deux pays à revenu élevé qui ne sont pas membres de l'OCDE (INFORM, 2015).

Cet indice montre également qu'à l'inverse, ce risque a considérablement diminué dans 22 pays à faible revenu, 28 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 43 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 16 pays à revenu élevé qui ne sont pas membres de l'OCDE, et 29 pays à revenu élevé membres de l'OCDE (INFORM, 2015).

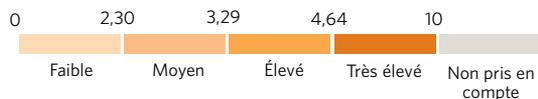
Les 11 pays où les risques de pauvreté dus aux catastrophes sont les plus élevés sont le Bangladesh, l'Éthiopie, le Kenya, Madagascar, le Népal, le Nigéria, l'Ouganda, le Pakistan, la République démocratique du Congo, le Soudan et le Soudan du Sud (ODI *et al.*, 2013).

En examinant uniquement les risques de sécheresse, de températures extrêmes et d'inondation, sans tenir compte de l'exposition aux séismes et aux cyclones, on constate que 319 millions de personnes en situation d'extrême pauvreté vivront dans les 45 pays les plus exposés à ces dangers d'ici 2030. Cette révélation

L'indice de risque global identifie les pays susceptibles de devoir faire face à une crise humanitaire ou à une catastrophe à laquelle ils ne pourraient répondre au moyen de leurs seules capacités nationales. Trois critères sont évalués : les dangers encourus et l'exposition à ces derniers, la vulnérabilité et le manque de capacité d'adaptation. Cette carte détaille la situation des 12 pays dont le niveau de risque global est le plus élevé.



INDICE DE RISQUE INFORM

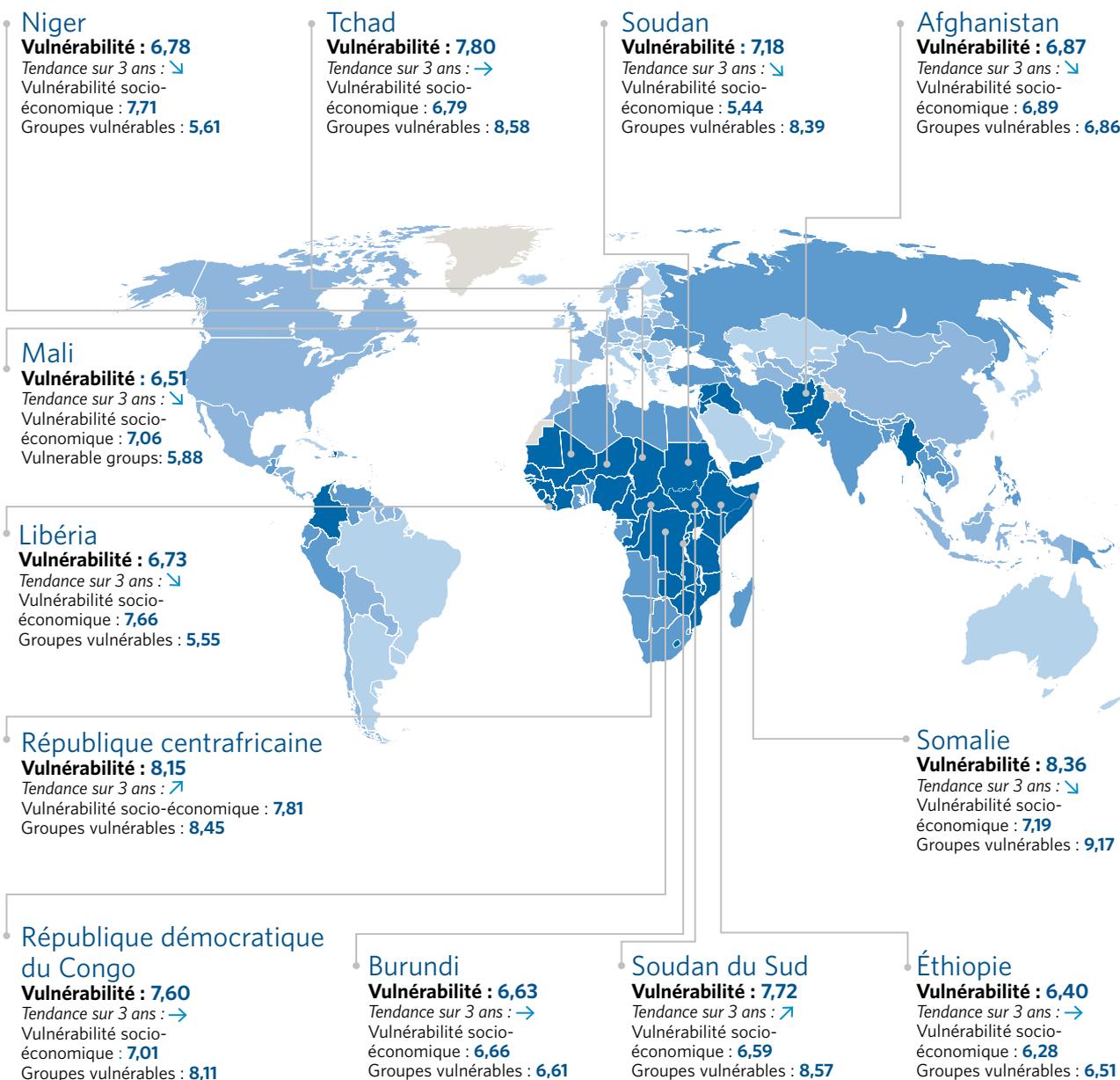


(INFORM, 2015)

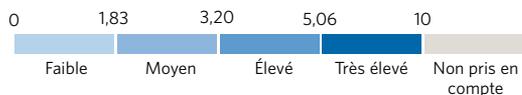
LÉGENDE ↗ Risque en hausse → Risque stable ↘ Risque en baisse

LA VULNÉRABILITÉ EN 2015

Cet indice évalue la vulnérabilité des populations aux dangers auxquels elles sont susceptibles de faire face. Il comprend deux catégories : vulnérabilité socio-économique et groupes vulnérables. Cette carte détaille la situation des 12 pays dont le niveau de vulnérabilité est le plus élevé.



INDICE DE VULNÉRABILITÉ INFORM



LÉGENDE ↗ Risque en hausse → Risque stable ↘ Risque en baisse

(INFORM, 2015)

ÉVOLUTION DES RISQUES SUR 5 ANS, PAR GROUPE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE, 2011-2015

	Évolution des risques INFORM sur 5 ans, par groupe de revenu de la Banque mondiale, 2011-2015				
	Faible revenu (35)	Revenu intermédiaire [tranche inférieure] (47)	Revenu intermédiaire [tranche supérieure] (55)	Revenu élevé : non membres de l'OCDE (22)	Revenu élevé : membres de l'OCDE (31)
Hausse importante (> 0,5)	3	6	4	2	0
Stable	10	13	8	4	2
Baisse importante	22	28	43	16	29

(INFORM, 2015)

est particulièrement préoccupante, la sécheresse et les inondations faisant partie des catastrophes qui contribuent le plus à la paupérisation (ODI *et al.*, 2013).

À l'échelle mondiale, les catastrophes naturelles deviennent de plus en plus graves et de plus en plus coûteuses. Qu'il s'agisse d'un phénomène géophysique ou climatique, on parle de catastrophe naturelle quand un risque naturel a un impact sur les vies humaines et les moyens de subsistance. Aujourd'hui, les catastrophes naturelles concernent principalement des phénomènes climatiques de plus en plus fréquents, tels que les tempêtes et les inondations (CRED, 2015).

Un rapport publié par la Banque mondiale, intitulé *Baïssons la chaleur*, met en exergue les conséquences dramatiques des événements climatiques et météorologiques extrêmes survenant dans le monde à mesure que les températures mondiales augmentent (Banque mondiale, 2013). Les répercussions de la hausse des températures mondiales se concentrent de manière disproportionnée dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et dans les petits États insulaires en développement. Les populations les plus pauvres et les plus vulnérables seront probablement les plus touchées, alors que ce sont celles qui manquent le plus de capacités et de ressources pour s'adapter et se relever de ces catastrophes.

Au cours des 50 dernières années, la fréquence des sécheresses a progressivement augmenté en Afrique de l'Est, tandis qu'elle a diminué en Afrique de l'Ouest. Selon un indicateur de la vulnérabilité aux sécheresses, la Somalie, le Burundi, le Niger, l'Éthiopie, le Mali et le

Tchad figurent au rang des pays présentant la plus forte vulnérabilité aux sécheresses (Shiferaw *et al.*, 2014).

En Afrique subsaharienne, 90 pour cent de la nourriture et du fourrage sont produits au moyen d'une agriculture pluviale, secteur qui représente par ailleurs plus de 70 pour cent des principaux moyens de subsistance de la population (Shiferaw *et al.*, 2014). L'existence et les moyens de subsistance des populations pauvres, en particulier des femmes, qui génèrent jusqu'à 70 pour cent de la production alimentaire de la région, sont les plus menacés par les sécheresses ; ces populations sont en effet celles qui font preuve des capacités d'adaptation les plus faibles face aux sécheresses, du fait des niveaux élevés de pauvreté chronique (Gawaya, 2008).

Égalité des sexes, urbanisation et crises humanitaires

L'urbanisation restructure notre monde, mais également la nature des crises humanitaires et des interventions. Pour la première fois, plus de la moitié de la population mondiale vit dans des villes. Mais à mesure que davantage de personnes s'installent dans les bidonvilles des mégapoles des pays en développement, elles s'exposent de plus en plus aux risques de catastrophes. La croissance rapide des populations urbaines, l'arrivée massive et sans précédent de personnes déplacées, et la menace de plus en plus forte de phénomènes météorologiques extrêmes renforcent les risques de catastrophe humanitaire au sein des villes.

La croissance de la population urbaine est de plus en plus concentrée dans les pays en développement, où 1,2 million de personnes migrent vers les villes chaque semaine (ONU-Habitat, 2013). L'Afrique subsaharienne et l'Asie connaissent des niveaux d'urbanisation sans précédent, mais sont également les régions les moins avancées, les moins préparées et les moins équipées pour faire face à cette arrivée massive.

L'urbanisation rapide, une planification inadaptée et la pénurie des terres obligent les populations pauvres et vulnérables à vivre dans des bidonvilles et des quartiers informels, situés dans des zones particulièrement exposées aux catastrophes.

Environ 1 milliard de personnes résident dans des quartiers informels, dont 90 pour cent sont situés dans des pays en développement (Conseil norvégien pour les réfugiés, Observatoire des situations de déplacement interne, 2015a).

Les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées représentent une part considérable et croissante des habitants des quartiers informels, car ils n'ont pas les moyens de vivre dans de meilleures conditions. Un grand nombre de ces quartiers se trouvent dans des zones mal desservies qui ne disposent pas d'infrastructures de base, telles que les services de santé ou l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

Les résidents de ces quartiers informels sont plus vulnérables aux conséquences des risques naturels, comme les séismes, que le reste de la population, car ils sont généralement contraints de vivre dans des logements de piètre qualité qui n'ont pas été construits pour résister à ces chocs. Ces logements de fortune sont souvent situés dans des zones dangereuses, davantage exposées aux catastrophes naturelles, telles que les friches industrielles, les plaines inondables et les falaises instables.

Par ailleurs, une tendance émergente montre que de plus en plus de femmes migrent seules des zones rurales vers les centres urbains. Les facteurs sous-jacents de cette migration féminine vers les zones urbaines et ses conséquences sont liés aux problèmes d'égalité sociale et d'égalité des sexes. Les hommes comme les femmes migrent vers les villes dans l'espoir d'une vie meilleure, en termes de perspectives économiques et d'accès aux services. Néanmoins, des facteurs spécifiques poussent

les femmes à migrer vers les villes, notamment les problèmes d'expulsion, la hausse de la violence domestique, les pratiques néfastes telles que le mariage d'enfants ou les problèmes de santé liés aux VIH et au sida (COHRE, 2008).

Les femmes et les filles souffrent davantage des mauvaises conditions de vie dans les bidonvilles et les logements insalubres, car elles passent plus de temps chez elles et à l'intérieur de la communauté pour s'occuper de leur famille. La santé et la sécurité des femmes sont un problème majeur au sein des quartiers urbains informels, car elles sont exposées à de mauvaises conditions d'assainissement, à l'insécurité, à une violence sexuelle accrue et aux conséquences des catastrophes telles que les inondations et les incendies (COHRE, 2008). L'éclairage public médiocre, les transports en commun inadaptés, l'absence de patrouilles de sécurité et de serrures sur les portes des logements contribuent à l'aggravation des violences sexistes et rendent les femmes plus vulnérables aux viols (ONU-HABITAT, 2013).

La proportion de la population urbaine vivant dans des bidonvilles continue d'augmenter dans les pays



Centre de traitement d'Ebola de Magbenteh, Sierra Leone.
Photo © UN Photo/Martine Perset

en proie à un conflit ou qui en sortent à peine. Une étude récente montre que dans 41 des 75 pays où des données ventilées par sexe sont disponibles, les femmes ont plus de chances de vivre dans la pauvreté.

Faiblesse du secteur de la santé et fragilité

Les pays fragiles affichent les indicateurs de santé les plus médiocres et ces piètres résultats peuvent renforcer leur fragilité. Celle-ci peut à son tour engendrer de forts taux de morbidité et de mortalité en raison d'une prestation de services inefficace (Haar et Rubenstein, 2012).

L'épidémie de maladie à virus Ebola la plus importante de l'histoire a frappé l'Afrique de l'Ouest en 2014. Les pays les plus touchés, à savoir la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, sont tous des États fragiles (PNUD, 2015a).

Un conflit dévastateur de 14 ans ayant détruit la plupart des infrastructures du Libéria, le secteur de la santé était mal équipé et ne disposait pas d'un personnel suffisant pour gérer l'épidémie d'Ebola quand elle a fait son apparition (PNUD, 2015a).

Les indicateurs de santé reproductive sont médiocres dans les contextes fragiles en raison des infrastructures défailtantes des services de santé et du manque de personnel au sein des établissements, ce qui peut entraîner conjointement un accès limité aux services et au matériel de santé reproductive, ainsi qu'aux informations associées. Dans 18 pays touchés par des conflits, à peine 1,30 dollar US par personne et par an a été dépensé dans le secteur de la santé reproductive entre 2003 et 2006 (Patel *et al.*, 2009).

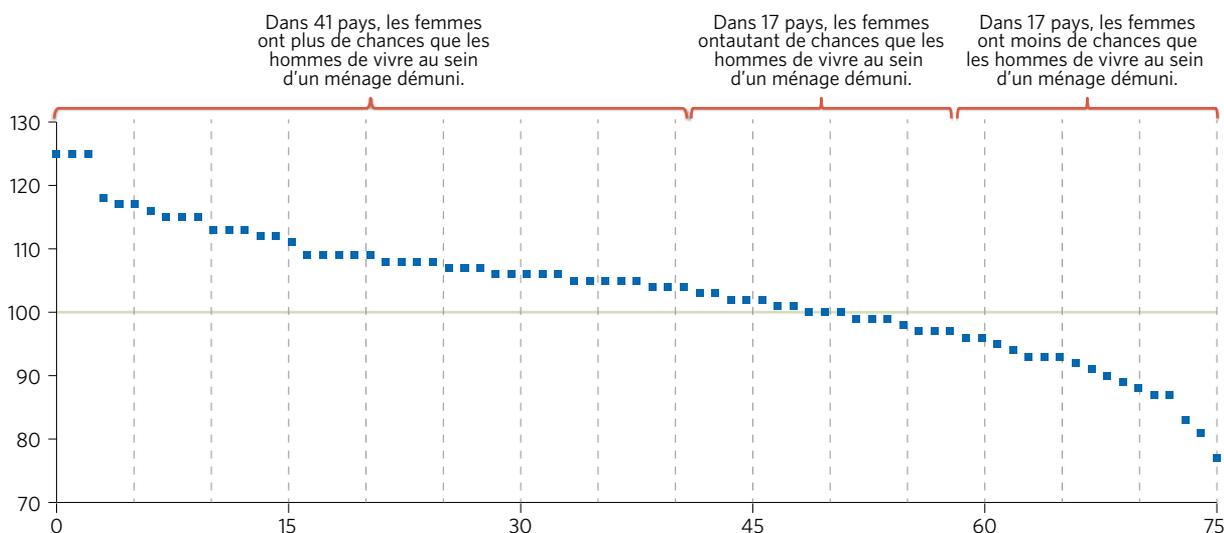
Les crises freinent le développement et entraînent une profonde vulnérabilité

Les conflits, la violence, l'instabilité, l'extrême pauvreté et la vulnérabilité aux catastrophes sont des problèmes étroitement liés qui empêchent aujourd'hui plus d'un milliard de personnes de bénéficier d'avancées sociales et économiques majeures depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Une combinaison complexe de risques entremêlés contribue au déplacement des populations et détermine les schémas de mouvement et les besoins dans les pays

LES FEMMES, PLUS VULNÉRABLES À LA PAUVRETÉ

Rapport entre les femmes et les hommes en âge de travailler (âgés de 20 à 59 ans), appartenant au quintile de richesse inférieur, tous ménages confondus, dans certains pays en développement, 2000-2013



Remarques : cet indicateur est pondéré en fonction du ratio de femmes et d'hommes âgés de 20 à 59 ans dans tous les ménages, afin de tenir compte du fait que les femmes puissent être surreprésentées au sein de la population totale. L'indice de richesse des enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples est utilisé comme indicateur indirect de la pauvreté. Les valeurs supérieures à 103 signifient que les femmes sont surreprésentées dans le quintile de richesse inférieur, tandis que les valeurs inférieures à 97 indiquent au contraire que les hommes sont surreprésentés au sein de ce quintile. Les valeurs comprises entre 97 et 103 indiquent une parité.

(Nations Unies, 2015a) Reproduit avec l'autorisation des Nations Unies.



À 65 kilomètres des côtes libanaises, un bateau traverse le canal de Sicile.

Photo © VIII Photo/Franco Pagetti

fragiles et touchés par des conflits. D'autres facteurs supplémentaires de vulnérabilité, tels que le sexe, l'origine ethnique, le niveau de revenu et le lieu de résidence, semblent accroître les risques de préjudices sur le long terme et les difficultés à se relever d'une crise. Par ailleurs, la pauvreté et un faible niveau d'éducation, qui recouvrent tous les aspects de l'exclusion sociale, entraînent une profonde vulnérabilité.

Les pays qui ne parviennent pas à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement sont principalement des pays fragiles et touchés par des conflits ou des catastrophes. C'est également dans les États fragiles que surviennent la majorité des décès maternels, les soins vitaux d'urgence ou l'accès à ces derniers n'étant pas suffisants.

La crise des réfugiés et des migrants de 2015 et l'épidémie d'Ebola nous rappellent à quel point les crises et les situations d'urgence détruisent, bouleversent et ébranlent des vies, compromettent les perspectives de développement des pays et peuvent affecter l'ensemble de la communauté internationale. Abandonner les communautés et les pays ravagés par des conflits et des catastrophes est inenvisageable.

Même si le nombre de catastrophes et de conflits n'a pas augmenté ces dernières années, leur portée, leur complexité et leurs répercussions se sont amplifiées, en particulier dans les pays les plus pauvres. Les femmes et les filles sont davantage touchées, car elles sont largement désavantagées en termes d'accès aux services (notamment de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale), aux ressources économiques et sociales ainsi qu'aux institutions dont elles ont besoin pour construire leur capital social et mieux s'armer pour faire face aux crises et s'en remettre.

De nombreuses forces intensifient la fragilité et la vulnérabilité aux conflits ou aux conséquences des catastrophes, notamment la pauvreté, les inégalités de développement, l'atteinte aux droits fondamentaux et la faiblesse des institutions. La fragilité est un défi à multiples facettes qui requiert une réponse, elle aussi multidimensionnelle.

D'une manière ou d'une autre, nous ne formons après tout qu'une seule humanité. Nos avancées resteront compromises tant que nous ne parviendrons pas à mieux atténuer, prévenir et gérer l'instabilité, les conflits et les catastrophes.

La situation particulièrement difficile des femmes et des adolescentes

Les crises peuvent aggraver les risques et la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection à VIH, aux grossesses non planifiées ou non désirées, à la mortalité maternelle, à la violence sexiste, au mariage d'enfants, au viol et à la traite.

En Colombie, les conflits, la pauvreté et l'isolement forment un cercle vicieux qui porte atteinte à la santé et aux droits des femmes et des filles.



« J'exerce en tant que sage-femme depuis 37 ans », déclare Neida Waitotó, l'une des quatre sages-femmes exerçant à Docordó. Située au fin fond de la jungle colombienne, à deux heures de bateau de la ville la plus proche et en bordure du fleuve du même nom, cette communauté compte environ 1 200 âmes descendant pour la plupart d'Africains.

« En 1978, des religieuses sont venues à Docordó pour nous apprendre à pratiquer les accouchements et nous donner du matériel. » Depuis, les sages-femmes de Docordó ont reçu une formation supplémentaire, mais aucun matériel. Elles ont réussi à faire avec les moyens du bord et ont assisté la naissance de centaines de bébés en bonne santé. « Aucune mère n'est décédée », affirme Neida Waitotó

Nimia Teresa Vargas

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

qui, une semaine auparavant, a assuré la mise au monde de jumeaux.

À Docordó, et dans de nombreuses autres communautés colombiennes privées de services de santé publics en raison non seulement de leur isolement géographique, mais également du conflit armé et de la violence qui ravagent une grande partie du pays depuis plus de 50 ans, la présence des sages-femmes est essentielle à la survie des femmes et des nourrissons. D'après les estimations récentes, le conflit a entraîné le déplacement de près de 7 millions de personnes, dont 90 % de populations autochtones.

Les acteurs non étatiques, dont les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC), l'Armée de libération nationale (ELN), les paramilitaires, les bandes criminelles et l'armée colombienne s'affrontent depuis des décennies ; de nombreuses communautés sont ainsi littéralement prises entre les feux croisés



Neida Waitotó (à g.) et Maria-Estela Ibargüen, Docordó, Colombie.
Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

des belligérants et beaucoup sont en proie à la coercition, à l'exploitation, à l'intimidation et aux exactions.

Dans certaines provinces (ou départements), dont Chocó, où se situe Docordó, le bilan économique des combats et de la violence est lourd et exacerbe la pauvreté et le sous-développement de nombreuses communautés. À Chocó, quatre personnes sur cinq vivent dans l'extrême pauvreté.

Le taux de mortalité maternelle est plus élevé dans les zones affectées par le conflit

Le conflit et la violence — et l'isolement qui en découle — ont également de graves répercussions sur la santé des femmes. La mortalité maternelle est presque huit fois plus importante dans les communautés où les groupes armés sont présents. D'autres indicateurs de santé corroborent les effets néfastes de l'insécurité sur la santé sexuelle et reproductive de la population locale : les décès liés au VIH et au

sida sont trois fois plus nombreux que la moyenne nationale, et les grossesses d'adolescentes âgées de moins de quinze ans, deux fois plus nombreuses.

Neida Waitotó signale que dans certains cas, elle ne peut pas pratiquer seule les accouchements compliqués et a besoin de l'intervention vitale d'un médecin. Mais ceux-ci se font très rares en raison des problèmes de sécurité et de l'isolement extrême. « Lorsque les médecins viennent, ils ne restent jamais longtemps », déclare-t-elle. Récemment, la communauté a dû se passer de médecins ou de tout autre professionnel de la santé pendant quatre mois d'affilée.

De nombreuses femmes sont ainsi contraintes de se rendre à l'hôpital de Buenaventura, qui se trouve à plusieurs heures de bateau ; le coût du trajet est prohibitif pour la plupart d'entre elles. Si les complications surviennent pendant la nuit, il est tout simplement impossible

de se rendre à l'hôpital en raison de l'insécurité qui sévit. Même lorsque le dispensaire local, désormais fermé par manque de ressources, était encore en service, les médicaments susceptibles de sauver les mères et les nourrissons n'étaient généralement pas disponibles.

Maria-Estela Ibargüen est elle aussi sage-femme à Docordó. Elle a aidé Neida Waitotó à accoucher et celle-ci l'a également aidée au moment de son propre accouchement. Elle s'inquiète de voir vieillir les sages-femmes de la communauté sans qu'aucune jeune femme ne prenne la relève. « Que se passera-t-il lorsque notre génération ne sera plus là ? », s'inquiète-t-elle.

La santé des femmes est encore plus précaire de l'autre côté du fleuve, à Union Balsalito, une communauté autochtone wounaan comptant près de 360 âmes. Les sages-femmes y pratiquent des accouchements traditionnels et

Les crises humanitaires affectent les femmes et les adolescentes de manière disproportionnée. Les crises, qu'elles soient soudaines ou prolongées, exposent les femmes et les filles – de même que leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation – à plusieurs niveaux de risques disproportionnés.

Les conflits et les catastrophes peuvent aggraver une situation déjà délicate. Le déclenchement d'une crise accroît la vulnérabilité des femmes et des adolescentes aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, aux grossesses non prévues et non désirées, à la morbidité et à la mortalité maternelles, ainsi qu'à d'autres problèmes de santé qui peuvent aussi concerner les nourrissons. Les femmes et les adolescentes sont également plus exposées à la violence sexiste, notamment à la violence au sein du couple, aux viols, à la traite et au mariage précoce.

La dégradation des services et l'inégalité entre les sexes aggravent la vulnérabilité

L'expérience des femmes et des jeunes diffère en fonction d'un ensemble complexe de facteurs,

comme l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le statut économique ou le lieu de résidence. D'autres vulnérabilités sont liées à l'appartenance à une minorité ethnique, à la séropositivité ou au handicap, au statut de réfugié, de personne déplacée ou pauvre, au soutien apporté par la famille ou aux personnes à charge.

Tous ces facteurs, souvent reliés entre eux de manière complexe et variée, influencent les risques et les vulnérabilités des personnes.

Les recherches et l'expérience acquise permettent de mieux comprendre ces différences et d'avoir un aperçu plus nuancé des effets des crises sur les femmes et les jeunes, notamment les adolescentes. Il n'est cependant pas toujours facile de démêler ces différences en raison du manque de données solides, qu'il peut être très difficile de recueillir dans une situation de crise.

Si l'on constate d'importantes différences entre les femmes et les jeunes dans tout contexte de crise, on relève cependant deux facteurs primordiaux communs susceptibles d'aggraver les risques : le premier est l'inégalité entre les sexes, qui se

manquent de matériel essentiel, tel que les gants de caoutchouc.

L'accès des femmes aux services y est particulièrement difficile, même à Buenaventura : la plupart ne parlent pas espagnol et sont encore plus démunies que les habitantes de Docordó. Celles qui réussissent à accéder aux services disponibles en ville sont victimes de la discrimination des prestataires de soins de santé.

Le gouvernement déploie des brigades sanitaires itinérantes dans l'ensemble du pays chargées de fournir des services élémentaires aux populations pauvres et marginalisées comme à Docordó. Mais les problèmes de sécurité qui sévissent sur une grande partie du territoire national empêchent d'atteindre un grand nombre de communautés qui vivent pourtant dans la plus grande précarité.

À Docordó, l'accès aux fournitures, aux médicaments et aux services, y compris aux soins obstétricaux d'urgence et à la planification familiale, est régulièrement entravé par les conflits et la violence, les catastrophes naturelles, en particulier les inondations et les glissements de terrain. Les précipitations annuelles moyennes dans la région s'élèvent en effet à 10 160 mm.

D'après les Nations Unies, au cours des six premiers mois de 2015, jusqu'à 2 millions de personnes auraient souffert « d'une mobilité ou d'un accès limité » en raison de « 122 événements liés à des actions armées, à des catastrophes naturelles ou à des manifestations de masse ».

La violence sexuelle utilisée comme arme de guerre

Le conflit colombien n'a pas seulement entravé l'accès aux services de santé, il a également directement bouleversé la

santé, la vie et la survie de milliers de femmes et de filles.

D'après une étude d'Oxfam et de House of Women, 500 000 femmes et filles ont subi un viol ou d'autres formes de violence sexuelle depuis le début du conflit il y a plusieurs décennies. Le viol est parfois utilisé comme arme de guerre, ou comme moyen d'intimidation de communautés entières ; les membres des groupes armés menacent de s'en prendre à d'autres personnes si la communauté ne leur fait pas allégeance. Les données disponibles suggèrent que, dans les zones touchées par le conflit, une victime de violences sexuelles sur dix est de sexe masculin.

Nimia Teresa Vargas dirige le réseau départemental des femmes de Chocó, dont le siège se trouve à Quibdó. L'UNFPA et d'autres organismes des Nations Unies apportent une assistance

poursuit et se creuse souvent davantage pendant les crises humanitaires.

De nombreuses sociétés se caractérisent par un profond enracinement des inégalités entre les sexes et de la discrimination sexiste ; les femmes et les filles y ont moins de pouvoir que les hommes et les garçons et tiennent une place inférieure au sein de leur famille et de leur communauté. Les inégalités se manifestent par leur accès réduit à l'éducation, aux ressources économiques et politiques et aux réseaux sociaux et peuvent avoir des conséquences dramatiques en cas de pénurie alimentaire, lorsque les familles assurent uniquement ou presque l'alimentation des garçons.

Les adolescentes ont généralement moins accès que les adolescents aux informations relatives à la santé sexuelle et reproductive, aux réseaux de pairs, et aux possibilités et aux ressources qui leur permettraient de développer leurs compétences, leurs capacités et leurs potentialités (Women's Refugee Commission, 2014). Les inégalités entre les sexes aggravent les risques et les vulnérabilités des femmes et des filles et entravent leur capacité à se tirer d'affaire en cas de crise (Women's Refugee Commission, 2014 ; Plan International, 2013).

“ Les catastrophes naturelles et les conflits armés sont [...] des processus profondément discriminatoires qui affectent les femmes, les hommes, les filles et les garçons de façon sensiblement différente. ”

Mazurana *et al.*, 2011

Le deuxième facteur primordial d'aggravation des risques est la dégradation ou la perturbation des infrastructures et des services indispensables de santé sexuelle et reproductive en cas de crise et l'accès réduit à ces services, s'ils existent encore, en raison du chaos ou de l'insécurité.

financière et technique et des fournitures, comme des troussees d'accouchement hygiénique, à ce réseau créé en 1991 en tant que groupe d'autonomisation des femmes, qui est devenu une organisation de défense des droits fondamentaux et vient en aide aux victimes de violences sexuelles.

« Au fur et à mesure que les femmes apprennent à connaître leurs droits dans nos groupes de discussion, elles sont de plus en plus nombreuses à révéler qu'elles ont été victimes de violences

sexuelles », déclare Mme Vargas. « Elles nous ont ainsi parlé des groupes armés qui font irruption dans leur communauté pour en prendre le contrôle en ayant recours à la violence sexuelle afin de prouver qu'ils sont les plus forts. »

Elle explique qu'il est courant que les membres des groupes armés violent les femmes devant leur époux ou les filles devant leur père pour vaincre la résistance des communautés et menacent de commettre plus de viols si leurs demandes ne sont pas satisfaites.

Face à cette situation, l'organisation de Mme Vargas a créé des groupes de soutien aux victimes de viols et signale systématiquement les incidents aux autorités tout en veillant à ce que les femmes

de Chocó aient accès non seulement à des soins de santé de qualité et à un soutien psychologique, mais également à la justice.

Les groupes armés pratiquant la violence sexuelle ont maintes fois menacé d'attenter à la vie de Mme Vargas. Une ancienne participante aux programmes de formation du réseau, par la suite devenue une militante chevronnée, a d'ailleurs été assassinée.

Un nouveau soutien pour les victimes

En 2011, la Colombie a promulgué une loi sur les victimes et la restitution des terres (loi 1448), qui vise à venir en aide aux victimes du conflit armé, soit, d'après les estimations, 7,3 millions de personnes. Cette loi a entraîné la création de l'Unité nationale d'attention et de réparation intégrale des victimes (UARIV), qui vise à aider les victimes du conflit armé, dont les victimes de violences sexuelles.

Waitotó (à g.) et une mère qu'elle a aidée à accoucher.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto



“ Il est indéniable que les catastrophes renforcent, perpétuent et creusent les inégalités entre les sexes, et aggravent la situation déjà difficile des femmes. ”

Margareta Wahlström

Représentante spéciale du Secrétaire général des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe

Un accès réduit aux services de santé sexuelle et reproductive au moment où ils sont plus que jamais nécessaires

Les crises humanitaires entravent souvent l'accès aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive. Les raisons en sont diverses : les infrastructures sanitaires sont endommagées ou détruites ; le personnel sanitaire est tué, blessé, trop bouleversé pour travailler, déplacé ou s'est enfui. Dans les situations de crise et

de violence, les infrastructures sanitaires peuvent être la cible de frappes aériennes et de tirs d'armes légères, et les prestataires de soins de santé risquent d'être victimes d'agressions physiques, de menaces et de violences sexuelles (Comité international de la Croix-Rouge, 2015).

Les services, lorsqu'ils existent, peuvent être retardés ou perturbés, souffrir de ruptures de stock de médicaments et d'autres fournitures ou être inaccessibles en raison de l'insécurité ou des restrictions de mouvements. Ces circonstances peuvent avoir des conséquences graves, voire fatales pour les victimes de violences sexistes et sexuelles, les personnes contraintes d'adopter des stratégies de survie à risque (comme les rapports sexuels transactionnels, les populations séropositives, les filles mariées, les femmes et les filles enceintes, les femmes venant d'accoucher et leurs nourrissons).

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive varie considérablement selon les situations de crise, voire dans un même contexte (Casey *et al.*, 2015). La qualité des soins et l'accès des femmes et des jeunes aux services obstétricaux et néonataux d'urgence, aux soins cliniques après un viol et à la planification familiale,

Les victimes faisant appel à l'UARIV ont droit à une restitution en espèces et à un ensemble de services intégrés, entre autres des soins de santé, un soutien psychologique et une aide à la réinsertion. Le réseau, qui respecte la vie privée des victimes, leur apprend également à connaître leurs droits, qu'elles méconnaissent souvent complètement.

D'après Licet Ciénfuegos, membre du groupe des femmes et de la problématique hommes-femmes de l'UARIV, les victimes accédant aux services de l'Unité « prennent conscience qu'elles ne sont pas seules, qu'elles sont des citoyennes ayant des droits et peuvent contribuer au changement ». Elle ajoute qu'elles sont nombreuses à créer ensuite leur propre groupe de soutien ou de plaidoyer. « Nous tentons d'aider les femmes à prendre conscience de leur rôle transformateur et de leur capacité à façonner l'avenir de leur communauté. »

En septembre 2015, 9 892 femmes, 863 hommes et 53 personnes se déclarant lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles ou transgenres, ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles. Si certains faits ont eu lieu ces deux dernières années, la plupart remontent à bien plus longtemps.

L'UNFPA a aidé l'UARIV à mettre au point une formation permettant aux premiers intervenants d'apporter un soutien psychosocial aux victimes en tenant compte de leurs particularités culturelles. « Nous leur apprenons à s'adresser aux victimes de façon à éviter leur revictimisation », explique Licet Ciénfuegos.

Le conflit a également des conséquences indirectes, et peut-être plus insidieuses,



Femme wounaan, Union Balsalito, Colombie.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto

sur la santé — et les droits — des femmes et des filles de Chocó.

Les conséquences sanitaires de la pauvreté due au conflit

Les économies locales de la région ayant été ruinées par la violence ou les menaces de violence, de nombreux individus et familles se sont retrouvés avec

y compris la contraception, diffèrent selon qu'ils se trouvent dans un camp de réfugiés permanent, dans un environnement urbain ou rural, au sein d'une population hôte ou dans un camp de déplacés. Les réfugiés des camps permanents bénéficient parfois d'un meilleur accès aux soins que les communautés locales voisines ou que dans leur propre pays avant le déclenchement de la crise (Chynoweth, 2015). Pour compliquer davantage la situation, le niveau d'accessibilité et de qualité fourni par les camps de réfugiés et de personnes déplacées varie d'un cas à l'autre.

Dans les camps de déplacés, l'âge et le handicap déterminent également le niveau d'accessibilité. Les personnes souffrant d'un handicap physique ou psychologique, ou de troubles du développement doivent surmonter plus de difficultés pour accéder aux services. Les femmes et les filles réfugiées et handicapées se heurtent aux attitudes négatives et au comportement irrespectueux des prestataires de soins de santé, attitudes qui sont considérées comme les « principaux obstacles dissuadant » l'accès aux services de santé, entre autres de santé sexuelle et reproductive (Consortium, 2015).

Les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables à la malnutrition et aux maladies, que l'absence de services de santé sexuelle et reproductive ne fait qu'aggraver. Ainsi, d'après les estimations du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, près d'un million de femmes enceintes et allaitantes souffrent de malnutrition aiguë en République démocratique du Congo (Save the Children, 2014).

Les femmes sont physiologiquement plus susceptibles de souffrir de carences en vitamines et en fer et d'anémie. Dans les situations de crise, ces carences sont exacerbées en cas de pénurie alimentaire, car les femmes et les filles sont souvent les premières à souffrir de la faim. Chez les femmes enceintes ou allaitantes, qui ont des besoins alimentaires plus importants, la malnutrition ou la sous-alimentation peut entraîner des complications pendant l'accouchement et l'allaitement et, ce faisant, menacer la santé des nourrissons. Chez les femmes et les filles enceintes, l'anémie accroît le risque de mortalité maternelle, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale des nourrissons à la naissance (Save the Children, 2014).

peu voire aucune possibilité d'emploi ou de subsistance. La pauvreté décuple les vulnérabilités, en particulier des femmes et des adolescentes.

Dans certains cas, les femmes et les filles entretiennent des rapports sexuels avec les membres des groupes armés en échange de nourriture et d'autres produits essentiels à leur survie. Dans d'autres cas, elles sont contraintes de se prostituer.

Les groupes armés ont parfois des gestes en apparence de bonne volonté envers les communautés, par exemple en leur fournissant des aliments et d'autres biens. Mais ils finissent généralement par exiger une contrepartie, qui consiste parfois à leur remettre des jeunes filles qu'ils risquent de transformer en esclaves sexuelles ou en combattantes armées.

La pauvreté due au conflit incite en outre les hommes issus de communautés isolées à chercher du travail dans les villes.

Lorsqu'ils reviennent chez eux, certains ont contracté des infections sexuellement transmissibles qu'ils transmettent ensuite à leur épouse. Étant donné la pénurie de soins de santé dans la plupart de ces communautés, ces infections ne sont pas toujours diagnostiquées ou soignées.

« Le conflit a touché tout le monde d'une manière ou d'une autre », affirme Jorge Parra, représentant de l'UNFPA. « Mais les femmes et les filles sont touchées de façon disproportionnée ; elles sont privées de leurs droits fondamentaux à la santé et à la sécurité, privées du pouvoir et des moyens de décider si et quand elles auront des enfants et combien », ajoute-t-il. « La tâche qui nous attend est

monumentale, mais avec la volonté politique et les ressources adéquates, nous pouvons atteindre les femmes et les filles les plus vulnérables dans l'ensemble du pays. »

Habitants de Docordó, Colombie.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto





Une mère et ses enfants,
camp de Domiz, Iraq.
Photo © UNFPA/Aral Kaki

Des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La planification familiale est une intervention qui sauve des vies : elle prévient les grossesses non prévues et non désirées et réduit les risques pour la santé liés à l'accouchement ainsi que le recours aux avortements non médicalisés. Dans certains cas, elle diminue le risque d'infection sexuellement transmissible (Save the Children, 2014).

Ce type d'intervention est crucial dans les crises humanitaires, qui se caractérisent souvent par la violence sexuelle, la violence au sein du couple, les mariages précoces et les comportements à haut risque, comme les rapports sexuels rémunérés, transactionnels et de survie. Pourtant, selon les situations de crise, voire dans un même contexte, les services de planification familiale, y compris la contraception, sont souvent limités, insuffisants, voire inexistantes (Casey *et al.*, 2015).

Même lorsque des services de planification familiale sont disponibles, dans de nombreuses

sociétés les femmes et les filles risquent de ne pas y avoir accès en raison de leur statut inférieur au sein de la famille qui les empêche de négocier avec leur partenaire le recours à ces services (Klasing, 2011 ; Plan International, 2013). L'accès des adolescentes et des femmes célibataires peut être particulièrement difficile, notamment en ce qui concerne la contraception, en raison de normes sexospécifiques condamnant l'activité sexuelle et l'intérêt pour le sexe chez les femmes (Casey *et al.*, 2015). Ces normes peuvent également influencer le comportement des prestataires de santé et la qualité des soins qu'ils prodiguent aux personnes du sexe féminin (Casey *et al.*, 2015).

Les écoles, même dans les situations de déplacement, peuvent jouer un rôle important dans la fourniture d'une éducation sexuelle complète et la sensibilisation à l'utilisation de la contraception. Mais la scolarité peut être sérieusement perturbée en situation de crise et entraîner de profondes lacunes et contraintes à cet égard.



Vulnérabilité aux grossesses non prévues et non désirées

Dans les situations de crise, les femmes et les filles sont davantage exposées au risque de grossesse non prévue et non désirée. Le viol, le recours au sexe comme moyen de survie, le manque d'accès à la planification familiale, notamment la contraception, et l'incapacité à négocier l'utilisation de contraceptifs, notamment les préservatifs, avec leur partenaire sont autant de facteurs de grossesses non désirées. Les filles non accompagnées sont particulièrement vulnérables, notamment dans les situations de déplacement (Plan International, 2013). D'après une étude menée en Haïti suite au tremblement de terre, le taux de grossesse dans les camps était trois fois plus élevé que dans les villes avant la catastrophe, et environ 66 % étaient non prévues ou non désirées (Klasing, 2011). Dans de nombreux pays, ces grossesses incitent les femmes et en particulier les adolescentes à recourir aux avortements non médicalisés, mettant ainsi leur santé et leur vie en danger.

Des grossesses et des accouchements sans soins prénatals et obstétricaux

Dans les situations de crise humanitaire, la grossesse met souvent en danger la vie de la mère. Les femmes enceintes n'ont pas toujours accès à des installations propres et sûres, à des soins prénatals et obstétricaux, au matériel et aux fournitures essentiels, comme les transfusions sanguines, et à un personnel de santé compétent (Casey *et al.* 2015). Privées d'accès aux services prénatals et d'accouchement, les femmes et les filles sont vulnérables aux infections, aux fausses couches, aux accouchements prématurés, aux mortalités, aux avortements non médicalisés, à la morbidité grave à long terme, comme la fistule obstétricale, et à la mortalité. Sans soins obstétricaux d'urgence, les complications, qui sont autrement largement évitables et soignables, peuvent mettre en danger la vie de la mère et du bébé. Le stress lié aux situations de crise peut en outre affecter la santé physique des femmes et des filles enceintes et provoquer des accouchements prématurés. Aux

Philippines, par exemple, des taux anormalement élevés de pré-éclampsie – hypertension gestationnelle – ont été relevés suite au passage du typhon Haiyan (Save the Children, 2014).

Les filles, en particulier celles qui ont moins de 16 ans, ont un bassin encore étroit qui peut rendre l'accouchement plus difficile et dangereux. Leur manque de maturité physique peut entraîner une obstruction du travail et, si les soins obstétricaux d'urgence ne sont pas immédiatement disponibles, une fistule obstétricale, une rupture utérine, une hémorragie et le décès de la mère et du nourrisson (Save the Children et UNFPA, 2009). Chez les adolescentes enceintes, le risque d'avortement spontané, d'accouchement prématuré et de mortinatalité est plus élevé (Save the Children et UNFPA, 2009).

Pendant les crises humanitaires, les services et les infrastructures en matière de soins prénatals et obstétricaux dont les femmes et les filles enceintes ont besoin risquent d'être détruits, endommagés ou perturbés. Aux Philippines, les établissements de santé reproductive n'ont pas résisté au passage du typhon Haiyan : la province de Leyte a perdu pratiquement toutes ses maisons de naissance. Une évaluation de 52 établissements de santé reproductive a révélé que plus de la moitié présentaient de graves dommages structurels (Save the Children, 2014). À Gaza, six hôpitaux ont été endommagés et six maternités ont fermé leurs portes en 2014 (UNFPA, 2014).

En République démocratique du Congo, près de deux décennies de conflit ont eu raison du système de santé. D'après Save the Children, de nombreux établissements de santé – pour ne pas dire tous – situés dans les zones affectées par le conflit n'ont pas les moyens de réaliser des césariennes (Save the Children, 2014).

On attend des prestataires de santé qu'ils soient compétents et garantissent la sécurité des femmes

et des filles enceintes ainsi que celle de leurs bébés pendant la grossesse et l'accouchement. Cependant, ces prestataires sont eux aussi affectés par les crises et peuvent être blessés ou tués. En Afrique de l'Ouest, pendant la crise de l'Ebola, le personnel médical risquait de contracter le virus en pratiquant des accouchements, qui présentaient d'ailleurs également un risque d'infection pour les mères (PNUD, 2015).

Les crises peuvent accroître le nombre d'accouchements non assistés

Compte tenu des dommages, des perturbations, de la détresse, des pertes et de la peur qui ponctuent les crises humanitaires, de nombreuses femmes et filles enceintes accouchent sans l'aide d'un personnel médical spécialisé, ce qui constitue un facteur majeur de mortalité maternelle. En Syrie, avant le conflit, 96 % des accouchements étaient médicalisés ; aujourd'hui, l'accès aux soins prénatals, aux services d'accouchement sans risques et aux soins obstétricaux d'urgence est devenu extrêmement limité, voire inexistant dans certaines régions, notamment certains quartiers de Homs (Save the Children, 2014).

En Afrique de l'Ouest, l'épidémie d'Ebola a fait bondir les taux de mortalité maternelle, qui étaient déjà parmi les plus élevés au monde (Diggins et Mills, 2015) : un rapport récent des Nations Unies décrit la « baisse considérable » de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015). Au Libéria, les accouchements médicalisés ont chuté de 52 % en 2013 à environ 38 % de mai à août 2014, et en Guinée, de 20 à 7 % pendant la même période (CPI, 2015).

Les soins postnatals et néonataux sont souvent limités

Les soins postnatals et néonataux, y compris l'aide à l'allaitement, sont limités dans de nombreuses situations de crise. Les femmes qui viennent d'accoucher,



Compte tenu des dommages, des perturbations, de la détresse, des pertes et de la peur qui ponctuent les crises humanitaires, de nombreuses femmes et filles enceintes accouchent sans l'aide d'un personnel médical spécialisé, ce qui constitue un facteur majeur de mortalité maternelle.

en particulier celles qui ont souffert de complications, ont également besoin de soins postnatals.

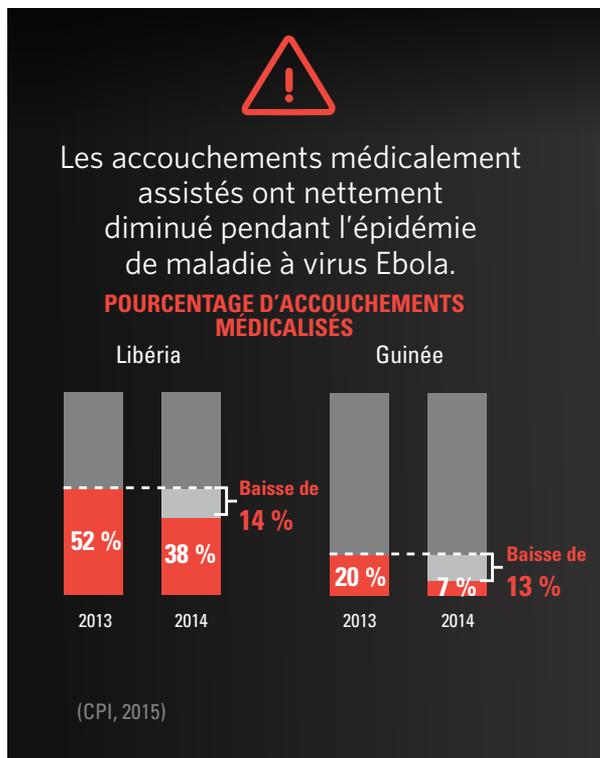
Devenir mère et se remettre de l'accouchement est en soi suffisamment difficile sans les risques et les vulnérabilités associés aux crises humanitaires. La situation est particulièrement difficile pour les jeunes mères : les crises peuvent « entraver et dissuader » la pratique de l'allaitement (Save the Children, 2014). Cela explique le recul des taux d'allaitement dans certaines situations de crise. Pour être efficace, l'allaitement doit être accompagné d'instructions, de conseils et d'un soutien individuel et personnalisé, qui font souvent défaut dans les situations de crise.

Les problèmes d'allaitement peuvent en outre s'aggraver pendant les urgences humanitaires. La malnutrition sévère peut réduire la production de lait, tout comme le stress (World Vision, n. d.). Les crises peuvent également perturber l'approvisionnement en substituts du lait maternel, ce qui, conjugué aux problèmes d'allaitement et de lactation, peut entraîner la malnutrition des bébés et les exposer à un risque accru de morbidité ou de mortalité.

Les crises augmentent le risque d'infections sexuellement transmissibles

Les crises humanitaires sont propices à la transmission des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH ; les femmes, et en particulier les jeunes filles, sont beaucoup plus vulnérables à cet égard. Les violences sexuelles et sexistes, y compris le viol et l'esclavage sexuel, sont l'un des principaux facteurs de risque de transmission du VIH : les rapports sexuels violents et contraints représentent un danger d'infection certain pour les femmes et encore plus pour les filles (UNFPA, n. d.). Parmi les facteurs de transmission aggravants, citons la traite, la violence au sein du couple et les stratégies de survie à haut risque, comme les rapports sexuels transactionnels et rémunérés.

Même avant le déclenchement d'une crise, les femmes et les filles sont disproportionnellement vulnérables aux infections sexuellement transmissibles en raison de leurs prédispositions biologiques et de l'omniprésence des inégalités entre les sexes dans de nombreuses sociétés (UNFPA, n. d.). Leurs relations, qu'elles soient intimes ou non, sont ainsi marquées



par une situation d'infériorité qui leur ôte tout pouvoir de décision concernant leur activité sexuelle et celle de leur partenaire ainsi que l'utilisation de préservatifs, en particulier dans le cadre d'une relation entre une fille et un homme plus âgé (Plan International, 2013 ; UNFPA, n. d.). Les normes sexospécifiques concernant les comportements exigés des femmes peuvent empêcher les filles non mariées et les adolescentes d'accéder aux informations sur la santé sexuelle et sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (Plan International, 2013 ; UNFPA, n. d.). Au Burkina Faso, en République démocratique du Congo et au Soudan du Sud, une évaluation des contextes de déplacement a constaté que les jeunes femmes célibataires étaient les « moins informées » sur le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur les moyens de minimiser la transmission, notamment l'utilisation du préservatif (Casey *et al.*, 2015).

Les normes sexospécifiques peuvent également accroître la vulnérabilité des jeunes hommes et des garçons aux infections en encourageant les comportements sexuels agressifs, dominants et à risque (UNFPA, n. d.).

Les crises peuvent compromettre l'accès aux traitements préventifs et aux informations et ainsi exacerber la vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Même dans les environnements préalablement stables, l'accès à la prévention peut se compliquer et devenir insuffisant, voire inexistant, en raison des crises humanitaires (ONUSIDA, 2015).

Les données recueillies par le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés signalent un approvisionnement irrégulier en préservatifs dans 56 camps de réfugiés entre 2007 et 2013 (Chynoweth, 2015). L'existence de services ne garantit pas toujours la prévention : les femmes et les filles victimes de viols peuvent renoncer à la prophylaxie post-exposition leur évitant de contracter le VIH, car elles craignent d'être stigmatisées en raison de leur agression (Chynoweth, 2015).

Les effets des situations de crise humanitaire peuvent priver les populations séropositives d'un accès

aux traitements vitaux. De même, il peut être difficile d'observer un traitement antirétroviral lorsque celui-ci n'est disponible que de manière sporadique et souvent exclusivement dans les grands centres hospitaliers, et pas au niveau des soins primaires (Chynoweth, 2015).

Les stocks de médicaments peuvent être détruits ou indisponibles et l'approvisionnement en sang sûr ne plus être garanti, en particulier pendant les situations de fuite, puis de déplacement (Plan International, 2013 ; UNFPA, n. d.). Les déplacements perturbent également les protocoles de traitement. D'autres infections sexuellement transmissibles, comme la chlamydie, la gonorrhée et la syphilis, favorisent la transmission du VIH et peuvent entraîner des complications au cours de la grossesse, une infertilité et des cancers de l'appareil génital si elles ne sont pas traitées (Chynoweth, 2015).

Les femmes séropositives enceintes et qui viennent d'accoucher ont besoin d'accéder aux soins prénatals et à des médicaments spécifiques afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais les crises peuvent perturber ces services pourtant indispensables et la disponibilité des médicaments. Une évaluation réalisée en République démocratique du Congo révèle

qu'aucun des centres de santé visités ne fournissait de services adéquats en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en raison du manque de fournitures et de personnel qualifié (Casey *et al.*, 2015).

Les femmes et les adolescents handicapés vivant avec le VIH

En dépit de leur vulnérabilité particulière à la transmission du VIH dans les situations de crise, les femmes et les adolescents handicapés ont parfois un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations nécessaires à leur protection, ainsi qu'aux médicaments antirétroviraux. Human Rights Watch rapporte avoir rencontré, dans le cadre de recherches sur les femmes handicapées dans le nord de l'Ouganda, deux femmes handicapées ayant été victimes de viol qui



Les crises peuvent compromettre l'accès aux traitements préventifs et aux informations et ainsi exacerber la vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

« déclaraient ne pas avoir réalisé de test de dépistage du VIH parce qu'elles n'avaient pas pu se rendre dans un centre de soins » (Human Rights Watch, 2010).

La perception sociale des femmes et des filles handicapées comme des « êtres sans désir sexuel » peut limiter leur accès à l'éducation sexuelle et aux informations qui leur permettront de reconnaître les comportements inappropriés (Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, 2012). Il est particulièrement difficile pour les femmes et les jeunes ayant un handicap intellectuel d'appréhender les notions d'infection sexuellement transmissible et de contraception (Women's Refugee Commission, 2014a).

Un risque accru de violence sexiste

Les crises humanitaires accroissent souvent les risques de violence sexiste à l'encontre des femmes et des filles. Que ce soit au Myanmar, en Somalie ou en Syrie, la violence sexuelle est « répandue », « généralisée », « omniprésente » et constitue une « grave menace et un facteur de crise » (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015). La violence sexiste n'est cependant pas un phénomène nouveau lié exclusivement aux crises ; elle s'inscrit dans le continuum de violences quotidiennes auxquelles les femmes et les filles sont exposées et qui peuvent s'accroître pendant les situations de crise.

Les femmes et les filles réfugiées et déplacées sont particulièrement menacées, en particulier dans les camps de réfugiés, les abris temporaires ou les centres d'évacuation. Dans les situations de conflit armé, elles peuvent être victimes de violences sexistes au cours d'une perquisition, du ratisage d'un quartier résidentiel, d'une détention, de l'attaque armée d'un village, d'un déplacement forcé, à un poste de contrôle et dans le cadre de campagnes systématiques de domination, d'intimidation et de terreur menées par des groupes armés. Les auteurs de ces violences peuvent être leur partenaire, leurs proches, les membres des forces armées gouvernementales ou non étatiques, les fonctionnaires des camps, les enseignants, voire dans certains cas, les soldats de la paix et les travailleurs humanitaires. Signalons enfin qu'il peut s'agir d'hommes ou de femmes.

L'affaiblissement ou la perturbation de l'État de droit et des infrastructures accroît le risque de violence sexiste. Les situations de conflit prolongé, et l'accès aisé aux armes légères et de petit calibre favorisent l'émergence d'une culture de la violence et de l'impunité. Les systèmes et réseaux de soutien familial et communautaire sont souvent affaiblis ou détruits, et les familles séparées. Dans les familles ayant auparavant exercé cette fonction de protection, la séparation ou le décès des parents peut favoriser l'insécurité. La pauvreté, l'insécurité alimentaire, les difficultés financières, la détresse, les traumatismes, les pertes, l'ennui, le manque d'intimité et le surpeuplement deviennent des réalités quotidiennes qui influencent le comportement au sein de la famille et, plus globalement, de la communauté, y compris l'adoption de mécanismes d'adaptation extrêmes ou négatifs.

Les groupes armés établissent parfois leurs bases militaires près des centres de population et font de la violence sexuelle une pratique institutionnalisée et intentionnelle s'inscrivant dans leurs stratégies et tactiques globales (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015). Signalons, à cet égard, qu'un profond manque de respect des droits des femmes et des filles sous-tend de nombreuses violences sexuelles et sexistes.

“ De janvier à septembre 2014, l'UNFPA a recensé 11 769 cas de violences sexuelles et sexistes dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Katanga, du Maniema et Orientale (République démocratique du Congo) ; on estime que 39 % d'entre eux étaient directement liés à la dynamique du conflit et étaient le fait d'individus armés. ”

Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015

Une discrimination double et triple

Les multiples formes croisées de la discrimination, fondées, entre autres, sur le sexe, l'âge, la situation économique ou l'appartenance à une minorité ethnique peuvent accroître la vulnérabilité des femmes et des filles aux violences sexuelles et sexistes dans les environnements affectés par une crise (Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, 2011).

D'après Plan International (2013), les adolescentes se heurtent à une « double discrimination » du fait de leur jeunesse et de leur sexe, et sont exposées à un risque accru de violence sexiste dans les situations de crise, dont le viol, le mariage précoce, l'exploitation sexuelle, l'enlèvement et la traite (Women's Refugee Commission, 2014).

Les enfants âgés de moins de 18 ans sont les principales victimes de la violence sexuelle dans les pays affectés par un conflit (Save the Children, 2014).

En 2014, le Secrétaire général des Nations Unies a qualifié la violence sexuelle à l'encontre des adolescentes dans les situations de conflit de « tendance très préoccupante » (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015). Être une fille réfugiée ou déplacée constitue un autre facteur aggravant. Les filles non accompagnées, ayant perdu ou étant séparées de leurs parents sont particulièrement menacées, car elles sont privées de la protection que fournit souvent la famille. Ce type de risque a été constaté pendant l'épidémie d'Ebola lorsque des enfants se sont retrouvés sans protection chez eux suite au décès ou à l'incapacité de leurs parents (CPI, 2015). Une situation semblable peut se produire dans un contexte d'insécurité alimentaire lorsque les parents sont contraints de laisser leurs enfants chez eux, sous la responsabilité de filles plus âgées notamment, pour

trouver de la nourriture ou un emploi (Plan International, 2013).

Les femmes et les filles ayant un handicap physique ou des troubles du développement sont particulièrement vulnérables dans les situations de crise, lorsque le soutien de la famille et de la communauté s'érode et que l'État de droit s'effondre (Women's Refugee Commission, 2013 ; Ortoleva et Lewis, 2012). D'après le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, 49 % des personnes adultes ayant été victimes de viol dans les camps de réfugiés bhoutanais au Népal entre 2009 et 2011 souffraient de handicap ou de déficience physique ou du développement (Women's Refugee Commission, 2013). Du fait de leur mobilité et de leur capacité à communiquer réduites, de leur exclusion sociale et de leur plus grande exposition à la pauvreté, les femmes et les filles handicapées constituent un groupe particulièrement vulnérable à la violence sexuelle (HCR, 2011a ; Consortium, 2015 ; Women's Refugee Commission, 2013 ; Human Rights Watch, 2010). Il comprend des sous-groupes très menacés en raison de ce que l'on peut appeler une triple discrimination : les femmes âgées handicapées, les personnes de sexe féminin handicapées et appartenant à une minorité ethnique, linguistique ou religieuse, ainsi que les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels ou les

“ Nous n'avons pas tous le même départ dans la vie. Pratiquement tout le monde a un avantage sur les adolescentes. ”

Women's Refugee Commission, 2014a



Ayan, 16 ans, vit dans le camp de Minkaman, au Soudan du Sud : « J'ai peur quand je dois m'éloigner du camp parce qu'il arrive souvent que des femmes se fassent violer. »

Photo © Panos Pictures/Chris de Bode

LE MANQUE D'INTIMITÉ ACCROÎT LES RISQUES

Dans de nombreuses situations de déplacement, le manque d'intimité peut entraîner de graves répercussions sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles. Elles attendent souvent la tombée de la nuit pour se laver ou aller aux toilettes ; cela est particulièrement vrai pendant la menstruation des adolescentes (Plan International, 2013). Ce faisant, elles courent un risque accru de subir des violences sexistes (UNIFEM, 2010 ; Plan International, 2013). L'éclairage insuffisant et le sentiment d'insécurité peuvent dissuader les femmes et les filles d'utiliser les latrines pendant la nuit (Sous-groupe de travail sur la protection de l'enfance et la violence sexiste en Jordanie, 2013). Que ce soit pour des raisons d'insécurité, d'insalubrité ou de manque d'intimité, les femmes et les filles ne satisfont pas toujours leurs besoins physiologiques et peuvent contracter des infections urinaires ou autres (Pincha, 2008 ; Plan International, 2013).

Pendant leur menstruation, les femmes et les filles ne peuvent pas toujours se laver convenablement, se changer ou nettoyer leurs serviettes hygiéniques, ce qui peut entraîner des conséquences physiques (éruptions cutanées du périnée et infections urinaires) et psychiques (mauvaise image de soi et perte d'assurance) (OMS, 2002 ; Plan International, 2013). Le manque d'intimité peut également gêner et stresser les mères allaitantes, perturbant la production de lait, fragilisant leur assurance et, par conséquent, influant sur la nutrition, la santé et la survie du nourrisson (World Vision, n. d.). Au Pakistan, plusieurs rapports font état d'un grand nombre de femmes abandonnant l'allaitement en raison du manque d'intimité et de la gêne que suscite cette pratique en présence de parents éloignés de sexe masculin ou d'autres hommes dans les abris partagés suite au tremblement de terre de 2005 et aux inondations de 2010 (Bradshaw et Fordham, 2013 ; UNIFEM, 2010).

personnes transgenres (HCR, 2011a ; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, 2012).

« Nous ne pouvons pas verrouiller des portes qui n'existent pas »

De nombreuses personnes abandonnant leur foyer et leur communauté suite à un tremblement de terre, un cyclone, une inondation ou à cause de la violence et de la guerre cherchent à se mettre en sécurité dans des camps de réfugiés et de déplacés, des abris temporaires, des logements improvisés, des installations spontanées, des taudis urbains, des

centres d'évacuation et des sites de transit. Les facteurs de risque des violences sexistes sont courants dans nombre de ces environnements. Même les camps de réfugiés officiels ne protègent pas contre la violence sexuelle. Ainsi, dans le camp de réfugiés de Dadaab, au Kenya, où les systèmes d'éclairage et la pose de clôtures dans les nouvelles parties du camp restent insuffisants au vu de l'augmentation de la population, on a constaté une recrudescence de la violence sexuelle (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015). Les conditions de vie et les caractéristiques physiques propres à ces situations de déplacement constituent une importante source de danger pour les femmes et les filles.

Les environnements regroupant les populations déplacées suite à une catastrophe ou à un conflit sont caractérisés par des facteurs de risque de violences sexistes : le surpeuplement, le manque d'intimité, les portes sans serrure, le partage des latrines et des espaces de couchage, les installations d'hygiène et sanitaires inadéquates, et l'éclairage insuffisant ou les

“ J'avais honte car après la catastrophe, je ne pouvais pas faire ma toilette et tout le monde pouvait voir les taches de sang. ”

Mirasol, 16 ans, Philippines

coupures d'électricité (Women's Refugee Commission, 2014 ; CARE, 2014, 2015b ; Plan International, 2013 ; Observatoire des situations de déplacement interne et Comité international de secours, 2015 ; Groupe de coordination intersectorielle de l'équipe de pays humanitaire, 2014 ; UNFPA, 2014 ; Sous-groupe de travail sur la protection de l'enfance et la violence sexiste en Jordanie, 2013). Une habitante du camp de réfugiés de Za'atari, en Jordanie, remarque : « Nous ne pouvons pas verrouiller des portes qui n'existent pas » (Save the Children, 2014).

Après le passage du cyclone Pam à Vanuatu en mars 2015, les centres d'évacuation sur l'île d'Emae étaient « surpeuplés, rendant toute intimité impossible et avaient un éclairage défaillant, en particulier près des installations sanitaires... » (CARE, 2015b). Aux Philippines, dans les régions affectées par le typhon Haiyan en 2013, les femmes et les enfants étaient logés dans des sites « surpeuplés » où « la sécurité était limitée, les installations d'hygiène et sanitaires inadéquates et le manque d'intimité prédominant » (Groupe de coordination intersectorielle de l'équipe de pays humanitaire, 2014). Au Bangladesh, les abris contre les cyclones « ne comptent généralement pas de dortoirs séparés pour les hommes et les femmes ni d'installations sanitaires séparées et sûres » (Plan International, 2011).

« Incapables de la protéger, nous avons été contraints de la marier »

Les conflits armés et les catastrophes peuvent entraîner une hausse des mariages d'enfants dans les

situations de crise et dans les camps de déplacés. Dans les contextes fragiles, la peur est l'une des « principales causes de mariage précoce », notamment la peur que suscitent les violences sexuelles et la faim (World Vision Royaume-Uni, 2013). Du fait de leur âge et de leur sexe, les filles sont particulièrement vulnérables à ces pratiques. En Syrie, les mariages précoces sont une coutume largement acceptée tant par les hommes que par les femmes (ONU-Femmes, 2013). Si elles existaient avant les situations de crise, il semble que celles-ci favorisent leur hausse, notamment dans les situations de déplacements prolongés ; elles sont ainsi adoptées par des familles qui n'y auraient pas eu recours auparavant et concernent des filles de plus en plus jeunes (CARE, 2015).

Dans les situations de pénurie alimentaire due à l'extrême pauvreté ou à la sécheresse, les familles marient parfois leurs filles afin d'avoir moins de bouches à nourrir et de générer des revenus sous forme de dot versée par la famille du prétendant (Save the Children, 2014 ; CARE, 2015). Il peut aussi s'agir de protéger l'« honneur » de leur fille et d'éviter que celle-ci soit contrainte de recourir aux rapports sexuels transactionnels ou de survie en raison de l'insécurité alimentaire (Plan International, 2013).

La crise en Syrie a entraîné une hausse des mariages précoces chez les filles syriennes réfugiées en Égypte, en Jordanie ou au Liban (CARE, 2015). Les réfugiés syriens citent la perpétration ou le risque de violences sexuelles, notamment à l'égard des filles, comme l'une des principales raisons les ayant incités à fuir leur pays (CARE, 2015 ; Comité international de secours, 2013).

Le mariage précoce menace et entrave les droits des filles en matière de procréation, leur santé et leur bien-être ainsi que celui de leurs enfants. En raison de leur jeune âge et de leur sexe, les filles mariées ont un pouvoir et une influence limités et ne sont pas maîtresses de leur corps. L'utilisation de la contraception, la fréquence des rapports sexuels, l'espacement des grossesses et le nombre d'enfants qu'elles mettent au monde sont autant de décisions qui leur sont refusées (CARE, 2015). Ce manque de pouvoir, qui peut avoir des conséquences dramatiques, voire fatales, les rend vulnérables aux

“ Ma fille a 16 ans [...] nous nous faisons trop de souci pour elle. De nombreuses femmes étaient victimes d'agressions. Incapables de la protéger, nous avons été contraints de la marier [...] contre son gré, elle voulait étudier. ”

Une mère syrienne au Liban

infections sexuellement transmissibles, à la morbidité et à la mortalité maternelles.

Violence au sein du couple

Les crises entraînent souvent une évolution des relations entre les sexes au sein de la cellule familiale, qui peuvent ouvrir la voie à la violence au sein du couple. Les situations de déplacement favorisent particulièrement cette évolution (UNFPA, 2010). Les hommes étant en proie au chômage, à la perte de leurs moyens de subsistance, à l'oisiveté et à la frustration, certaines femmes deviennent le principal soutien de la famille. Principales bénéficiaires de l'aide alimentaire, elles accèdent parfois à de nouvelles possibilités impensables par le passé grâce aux programmes des organisations humanitaires (Comité international de secours, 2015). Cette évolution des responsabilités peut entraîner une « crise d'identité » chez certains hommes (Anderlini, 2010). Dans l'est de la République démocratique du Congo, où l'on a observé et signalé cette évolution des rôles attribués aux deux sexes, les hommes déclarent s'être sentis humiliés et « diminués » et avoir ressenti une sensation d'échec (Lwambo, 2011). En infligeant des violences à leur partenaire, ainsi qu'à leurs enfants, certains pensent réaffirmer leur autorité, leur domination et leur masculinité.

Les sentiments tels que le stress, la perte, l'ennui et la frustration peuvent inciter les hommes déplacés à s'adonner à la consommation d'alcool et de drogues ou à recourir à d'autres mécanismes d'adaptation négatifs, qui alimentent la violence au sein du couple. Les filles mariées, du fait de leur dépendance « extrême » et de leur manque de pouvoir, renforcés par leur jeune âge et leur sexe, sont particulièrement vulnérables à ce type de violence (Comité international de secours, 2015 ; CARE, 2015).

Des éléments de plus en plus nombreux suggèrent que la violence au sein du couple est le principal type de violence que les femmes subissent dans les situations de crise humanitaire (Comité international de secours, 2015). Dans certains environnements affectés par un conflit, la violence au sein du couple, notamment le viol conjugal et les violences sexuelles au sein de la famille, est plus répandue que les violences sexuelles infligées par les combattants (Wood, 2015 ;



Une jeune femme vivant dans le camp de Bachid Kendal, Zakho, Iraq.

Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

Human Security Report Project, 2012). Dans le cadre d'une évaluation réalisée en 2013 dans le camp de réfugiés de Za'atari, en Jordanie, les membres de la communauté et les prestataires de services citent la violence au sein du couple comme le « type de violence le plus répandu » « devenant très préoccupant » parmi les réfugiés syriens, les filles âgées de 12 à 18 ans étant les principales victimes (Sous-groupe de travail sur la protection de l'enfance et la violence sexiste en Jordanie, 2013).

Les catastrophes naturelles sont souvent suivies d'une recrudescence de la violence au sein du couple, comme le prouvent ces exemples récents :

- **Tremblement de terre au Népal** : si aucun chiffre officiel n'est disponible, les conseillers et autres

acteurs humanitaires déployés au Népal ont constaté une « augmentation considérable » des violences conjugales et sexuelles à l'encontre des femmes suite au tremblement de terre (ONU-Femmes, 2015).

- **Cyclones Vania et Atu** : à Vanuatu, qui affiche en temps normal un taux élevé de violences sexistes, y compris de violence au sein du couple, un centre de conseil a enregistré une hausse de 300 % du nombre de cas traités suite aux cyclones Vania et Atu en 2011 (CARE, 2015b).
- Une montée de la violence au sein du couple a également été signalée après les feux de brousse du « samedi noir » en **Australie** (2009), le tremblement de terre de Christchurch en **Nouvelle-Zélande** (2011), l'ouragan Katrina aux États-Unis (2005), le tsunami dans l'**océan Indien** (2004) et le tremblement de terre au **Japon** (2011).

« Que peut-on faire ? »

Le risque de rapports sexuels transactionnels s'accroît dans les environnements affectés par une crise, en particulier dans les situations de déplacement où les possibilités en matière de moyens de subsistance sont particulièrement limitées. Les rapports sexuels deviennent alors une stratégie de survie et un mécanisme d'adaptation extrême et négatif pour certaines femmes et filles. En proie à une situation financière très difficile, à l'insécurité alimentaire, et privés d'accès à une activité génératrice de revenus, il n'est pas rare que les femmes, les adolescentes, ainsi que les garçons, vendent leur corps pour assurer leur survie et parfois celle des personnes à leur charge, que ce soit leurs propres enfants ou ceux de proches décédés (HCR, 2011). Le commerce sexuel leur permet d'obtenir de la nourriture, des médicaments, des articles sanitaires ou des cadeaux, ou d'avoir accès aux distributions (Klasing, 2011 ; HCR, 2011).



Dans un camp à Dohuk, Iraq.

Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

Les rapports sexuels transactionnels liés aux crises ont été signalés en Haïti, aux Philippines, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Soudan du Sud (ONUSIDA, 2015 ; CARE, 2014 ; The Inquirer, 2015 ; Groupe de coordination intersectoriel de l'équipe de pays humanitaire, 2014 ; Klasing, 2011).

Les femmes et les filles peuvent également recourir aux rapports sexuels rémunérés pour générer des revenus. La présence de forces de maintien de la paix ou de travailleurs humanitaires internationaux accroît le risque d'exploitation sexuelle compte tenu de la disparité des richesses (Human Rights Watch, 2015b). Les filles non accompagnées et les femmes et les filles handicapées sont particulièrement vulnérables à cet égard (Women's Refugee Commission, 2013). Des recherches menées en Éthiopie révèlent que pendant les périodes de sécheresse, les filles ont eu recours à la prostitution pour gagner leur vie (Plan International, 2011). En Haïti, suite au tremblement de terre, des filles, en particulier celles qui n'étaient pas accompagnées, ont noué des relations avec des hommes aux seules fins de sécurité économique (Klasing, 2011).

Un risque accru d'être victimes de la traite

Les conflits et les catastrophes naturelles sont un terrain propice pour les trafiquants d'êtres humains qui exploitent les vulnérabilités des populations touchées par les crises. L'Organisation internationale pour les migrations (2015) décrit les camps de réfugiés et de déplacés comme un « terrain idéal pour les trafiquants d'êtres humains », et les installations spontanées et les communautés hôtes comme des « lieux particulièrement dangereux » (2015). Les femmes et les filles sont principalement visées par les trafiquants : séduites par la promesse d'un emploi ou kidnappées, elles sont ensuite contraintes à la prostitution dans des maisons de passe, à l'esclavage sexuel ou au travail forcé (Organisation internationale pour les migrations, 2015). Celles qui ont recours à des stratégies de survie à risque, comme les rapports sexuels transactionnels ou de survie, les filles non accompagnées privées de la protection de leur famille, et les enfants en général, dénués de toute protection

ou structure scolaires, courent un risque accru d'être victimes de la traite (Organisation internationale pour les migrations, 2015). La discrimination est également un facteur de risque important, entre autres celle des minorités ethniques et religieuses, comme les Yézidis en Iraq (Organisation internationale pour les migrations, 2015).

Les Nations Unies ont signalé une augmentation de la traite d'adolescentes dans les zones de conflit au Myanmar (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015). Des cas ont également été signalés suite aux catastrophes récentes au Népal (Burke, 2015) et aux Philippines (Groupe de coordination intersectorielle de l'équipe de pays humanitaire, 2014). L'UNICEF n'a cependant pas constaté de hausse importante des incidences suite au passage du typhon Haiyan aux Philippines (Erakit, 2014). Les liens entre la traite et les crises demeurent flous : peu de recherches ont été consacrées à la prévalence de la traite et les données disponibles sont rares (Organisation internationale pour les migrations, 2015).

“ Les gens survivent comme ils peuvent. Les femmes nouent des relations avec des hommes afin de pouvoir nourrir leurs enfants. Cela est très courant [...] Ce n'est pas bien de se prostituer, mais que peut-on faire ? Il faut bien manger. ”

Un résident du camp de Croix-de-Bouquets, en Haïti



Khokhana, en périphérie de Katmandou, dévasté par le tremblement de terre qui a frappé le Népal en 2015.

Photo © Panos Pictures/Vlad Sokhin

Les victimes de violences sexuelles ont besoin de soins cliniques spécifiques auxquels elles n'ont pas toujours accès dans les situations de crise

Les victimes de violences sexuelles ont besoin de soins cliniques de qualité, dont la prophylaxie post-exposition (dans les 72 heures suivant l'agression) afin de minimiser le risque de transmission du VIH, d'une contraception d'urgence, d'antibiotiques pour prévenir les infections sexuellement transmissibles, de soins médicaux généraux, ainsi que de services de santé mentale et d'un soutien psychosocial et juridique (Casey *et al.*, 2015).

Les crises peuvent cependant empêcher les victimes de viol de bénéficier d'une prise en charge clinique de qualité : il est possible que les soins ne soient pas disponibles en raison de la destruction des établissements de soins primaires, de l'accès restreint des acteurs humanitaires ou du manque de formation adaptée des

travailleurs médicaux disponibles. Les soins peuvent en outre être compromis par la pénurie de fournitures, dont les médicaments. Les restrictions de circulation peuvent également entraver l'accès aux soins. Même lorsque les services existent, il est possible que les victimes n'en soient pas informées ou qu'elles renoncent à recevoir des soins en raison du climat de peur et du non-dit qui continue d'entourer la violence sexuelle dans de nombreuses sociétés (Conseil de sécurité des Nations Unies, 2015 ; Casey *et al.*, 2015).

« Des butins de guerre »

Dans le nord de l'Iraq et l'est de la Syrie, l'autoproclamé État islamique en Iraq et au Levant (EIIL) a institutionnalisé la violence sexuelle, en particulier le viol, l'esclavage sexuel et les mariages forcés à l'encontre des « infidèles » dans les zones qui sont sous son contrôle (Reinl, 2015). Si les femmes et les filles de la minorité religieuse yézidie sont particulièrement ciblées (Amnesty International, 2014), les chrétiens, certaines communautés musulmanes non arabes et non sunnites, et les minorités turkmènes et shabaks chiites semblent également exposées à ces violations des droits de l'homme (Mission des Nations Unies en Iraq, 2014).

Les femmes et les filles, considérées des « butins de guerre », sont enlevées et violées par les combattants de l'EIIL, contraintes de se « marier », vendues aux enchères aux guerriers de l'EIIL locaux ou étrangers, parfois à plusieurs reprises, et données en « cadeau » (Human Rights Watch, 2015a ; HCR, 2015). Ces pratiques, censées avoir des « bienfaits spirituels », sont devenues un argument courant de recrutement des combattants de l'EIIL (Callimachi et Limaug, 2015).

Les traumatismes

Les effets des traumatismes sur les individus, les populations, entre les générations et sur la paix et la sécurité sont une source de préoccupation croissante ; la crainte de voir les traumatismes non guéris et collectifs entraîner des conséquences intergénérationnelles et de nouveaux cycles de violence et de conflit s'impose de plus en plus. La santé mentale et le bien-être des populations sont

particulièrement fragilisés dans les situations de conflit et de crise ; il faut consacrer de plus amples recherches aux effets de ces situations sur la santé mentale, à la violence intergénérationnelle, à la reproduction (ou non) de la violence, et aux liens entre les besoins psychosociaux et la consolidation de la paix à l'échelle communautaire (Searle, n. d.).

Un besoin de changement

En dépit de tout ce que nous savons sur les inégalités entre les sexes, la violence sexiste et la discrimination, les femmes et les filles continuent d'être affectées de manière disproportionnée par les catastrophes, les conflits et les déplacements.

Que ce soit chez elles, dans les camps de déplacés ou au sein de leur communauté, leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation sont nettement plus menacés que ceux des hommes et des garçons.

En outre, les vulnérabilités et les expériences des femmes et des adolescentes varient sensiblement. Elles sont exposées à des niveaux *accrus* de risque en fonction de leur appartenance ethnique, leur âge, leur santé, leur éventuel handicap, leur situation économique et de facteurs tels que le déplacement et la migration.

Les acteurs humanitaires participant aux processus décisionnels et à la mise en œuvre des programmes doivent respecter leurs engagements afin de réduire les risques importants auxquels sont confrontées les femmes et les adolescentes, risques qui s'ajoutent à l'épreuve en soi dramatique du déracinement, et de la privation du soutien de la famille, de la communauté et des autorités suite au déclenchement d'une situation de crise.

L'intervention humanitaire doit s'adapter pour garantir que les besoins urgents des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive sont satisfaits, par exemple en rétablissant immédiatement l'accès aux services et aux fournitures, y compris à la contraception.

Si les situations de crise peuvent réduire l'accès à la contraception et à la planification familiale, elles sont également l'occasion d'améliorer l'accès en mettant en œuvre une programmation humanitaire ciblée (Plan International, 2013).

Mais la réduction des risques requiert aussi des investissements à long terme et la volonté politique de corriger les inégalités entre les sexes susceptibles de multiplier les risques.

Si certains facteurs peuvent accroître les risques dans les situations de crise, ils peuvent également favoriser le changement. Ainsi, en ce qui concerne la lutte contre le VIH, les situations de crise peuvent être l'occasion d'améliorer les soins ou d'atteindre les personnes jusque-là laissées pour compte (ONUSIDA, 2015). Dans les camps correctement gérés et disposant de ressources suffisantes, les populations déplacées peuvent bénéficier d'une protection, d'une éducation à la santé et de services de meilleure qualité qu'avant le déclenchement de la crise. Les adolescentes sont particulièrement exposées à certains risques. Les acteurs humanitaires doivent tenir compte dès le début des facteurs aggravants et privilégier les interventions visant à répondre aux besoins des adolescentes, à assurer leur sécurité et à protéger leur dignité.

Évolution des interventions : d'un dispositif de base à un dispositif complet

Lorsque les femmes et les filles peuvent bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive en parallèle de programmes humanitaires variés s'attaquant sciemment aux inégalités, les avantages des interventions croissent de façon exponentielle, depuis la phase d'extrême urgence jusque loin dans l'avenir, à mesure que les pays et les communautés se reconstruisent et que chaque personne reprend le cours de sa vie.

Sauver la vie des femmes et des adolescentes syriennes en Jordanie



Reema Diab et une patiente.

Photo © UNFPA/Salah Malkawi

Un matin d'août, au camp de Za'atari, en Jordanie. Des milliers de réfugiés syriens vaquent à leurs activités quotidiennes avant les fortes chaleurs de la mi-journée.

À 11 heures, la température extérieure atteint déjà 30 °C. À l'intérieur de l'une des quatre cliniques de santé reproductive de l'UNFPA, en revanche, la climatisation rafraîchit cinq parturientes dont les contractions se sont intensifiées.

D'après la gynécologue-obstétricienne Reema Diab, il naît en moyenne 10 enfants par jour à la maternité de Za'atari. Ces maternités sont conçues, gérées et suivies par l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), en association avec une organisation non gouvernementale locale, la Jordan Health Aid Society, et avec le soutien financier de la Commission européenne et des États-Unis.

Mme Diab est l'un des cinq médecins qui, aidés de 17 sages-femmes, mettent au monde des centaines d'enfants tous les mois, malgré les conditions difficiles. Jusqu'à présent, aucune femme n'est morte durant sa grossesse ou en couches à Za'atari.

Mais il s'en faut souvent de peu.

Selon Mme Diab, l'une des cinq femmes en travail en ce matin d'août souffre de pré-éclampsie, une pathologie potentiellement mortelle. Elle doit être transférée dans un hôpital équipé d'un bloc opératoire, de matériel d'anesthésie et des équipements indispensables aux accouchements avec complications et aux césariennes. Certains cas sont orientés vers un hôpital jordanien voisin. Mais, la plupart du temps, les patientes sont transférées vers un hôpital régi par l'armée marocaine, à l'intérieur même



Clinique de santé familiale, Deir Alla, Jordanie.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

du camp. Cet hôpital pratique trois césariennes par jour, en moyenne, et les chirurgiens ont également été formés à la réparation des déchirures vaginales et des fistules obstétricales.

Sajah, 25 ans, est l'une des nombreuses femmes à avoir bénéficié des soins spécialisés qui y sont disponibles. Elle a récemment été admise pour un accouchement à haut risque, après cinq fausses couches. L'enfant est né en bonne santé et sans danger, par césarienne.

Des soins complets et intégrés

Les maternités ne constituent qu'un aspect des services de santé sexuelle et reproductive complets mis à la disposition des habitants de Za'atari, où les femmes et les adolescentes en âge de procréer représentent le quart de la population.

Les femmes du camp peuvent également bénéficier de soins prénatals et d'un suivi post-partum. Les femmes, les hommes et les jeunes peuvent se renseigner sur la planification familiale et ont accès gratuitement aux moyens de contraception modernes. Le personnel médical des centres a reçu une formation sur les violences sexuelles et sexistes, afin de les détecter, d'en assurer la gestion clinique et d'orienter les personnes concernées vers les centres de conseil et de prise en charge dans le camp.

La vie au camp n'en est pas moins difficile. Même si elles peuvent facilement accéder aux services, les réfugiées font face à de nombreux obstacles d'ordre physique et psychologique, qu'il s'agisse du traumatisme durable provoqué par leur déplacement, des effets de mauvaises stratégies d'adaptation ou des mariages d'enfants forcés.

Comblent des pertes sans fin

Au centre d'accouchement, deux filles de 16 ans sont devenues mères ce matin-là. Les grossesses précoces sont en effet monnaie courante à Za'atari. D'après Omar Laghzaoui, chirurgien obstétrical en chef à l'hôpital marocain, un tiers des accouchements qu'il pratique concernent des adolescentes de 15 ans ou moins. La plus jeune qu'il a vue avait 12 ans. Les grossesses précoces présentent un risque accru de complications et imposent souvent le recours à une césarienne.

Les difficultés propres aux jeunes et aux adolescentes

Ces grossesses précoces sont souvent liées à des mariages d'enfants dans le camp, explique Asma Nemrawi, psychologue auprès des jeunes du camp. Les parents arrangent fréquemment le mariage de leurs fillettes pour ne plus les avoir à leur charge ou en présumant – à tort –

Imaginez-vous enceinte de neuf mois, seule, séparée de votre famille et de vos proches, à des kilomètres de tout médecin ou d'une aide éventuelle. Vous ressentez les premières contractions. Vous êtes confrontée à la perspective d'accoucher seule.

Ce scénario absolument terrifiant était une réalité pour des milliers de femmes en cas de conflit ou de catastrophe naturelle il y a seulement 20 ans.

Jusqu'à récemment, les interventions humanitaires visaient avant tout à satisfaire les besoins élémentaires : de l'eau, de la nourriture et un toit. Les autres besoins, notamment ceux liés à la santé sexuelle et reproductive et à la maternité, étaient souvent considérés comme secondaires.

Mais pour une femme accouchant seule, la présence d'une sage-femme, d'un environnement salubre et d'instruments propres pour éviter l'infection est absolument essentielle.

En cas de crise, la santé sexuelle et reproductive n'était qu'exceptionnellement prise en compte. Ainsi, d'après une étude datée de 1994, presque aucun service de santé sexuelle et reproductive n'était proposé aux personnes réfugiées et déplacées sur les

différents sites qui les accueillait dans huit pays (Wulf, 1994).

Heureusement, les acteurs humanitaires ont depuis pris conscience de l'importance de protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation en période de crise, non seulement à titre d'élément essentiel, mais aussi pour renforcer l'efficacité des programmes humanitaires transversaux et favoriser le relèvement, la réhabilitation et la résilience à long terme.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, adopté par 179 gouvernements, a permis d'attirer l'attention sur les besoins insatisfaits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire : « Les réfugiés devraient avoir accès au logement, à l'éducation, aux services de santé, y compris les services de planification familiale, et aux autres services sociaux nécessaires, dans des conditions adéquates » (Nations Unies, 1994). Cette approche a été réaffirmée par le Programme d'action de Beijing,

qu'un mari saura mieux les protéger des violences sexuelles. Nemrawi s'entretient régulièrement avec des adolescentes mariées ou sur le point d'être mariées. Certaines n'ont que 14 ans. « Certaines veulent savoir comment on fait des bébés, précise-t-elle. D'autres sont déjà enceintes et veulent un soutien psychologique. »

Certaines filles disent vouloir des enfants pour compenser tout ce qu'elles ont perdu dans leur vie. D'autres redoutent que leur mari ne devienne violent ou ne demande le divorce si elles n'ont pas d'enfants. Dans ces situations difficiles, Mme Nemrawi s'efforce de rencontrer les deux époux ensemble pour évoquer l'intérêt médical, psychologique et économique de reporter les grossesses de quelques années, en attirant l'attention sur la difficulté d'élever un enfant dans un camp de réfugiés.

Elle parle également de planification familiale aux jeunes du camp. « Au début, ils ne voulaient pas en entendre parler », se souvient-elle. Mais ses efforts pour en expliquer le fonctionnement et l'utilité pour la santé de la mère portent leurs fruits. Près de 60 % des jeunes venus assister à l'une de ses séances d'information repartent convaincus.

Atteindre les réfugiés vivant hors des camps

Za'atari accueille près de 80 000 réfugiés syriens, et 30 000 autres vivent dans quatre autres camps. Pourtant, ces réfugiés ne représentent au total que 18 % environ des Syriens réfugiés en Jordanie. Les 82 % restants habitent dans les villes et les zones rurales du pays, où nombre d'entre eux peinent à accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive.

Il est difficile de desservir les réfugiés vivant hors des camps : les populations sont dispersées et beaucoup sont trop loin pour être prises en charge par les institutions jordaniennes.

De plus, les services des hôpitaux publics et des cliniques d'État ne sont gratuits que pour les citoyens assurés. Les Syriens et les réfugiés d'autres pays doivent payer des honoraires, certes modiques comparés à ceux de services privés, mais tout de même trop élevés pour la plupart d'entre eux. Une solution consiste à recourir aux services de prestataires à but non lucratif, comme l'Institute for Family Health (IFH), qui dispose d'un réseau national de cliniques proposant des services de santé sexuelle et reproductive aussi bien aux Syriens qu'aux Jordaniens. L'IFH met en œuvre des programmes soutenus par l'UNFPA.

AUX PHILIPPINES, AU LENDEMAIN DU TYPHON DÉVASTATEUR, LES FEMMES CONTINUENT D'ACCOUCHER EN TOUTE SÉCURITÉ

Lorsque l'alerte a été donnée à l'approche du typhon Haiyan, la directrice du Felipe Abrigo Memorial Hospital, Lilia Daguinod, n'a pas perdu son temps. Elle a rassemblé les médicaments de première nécessité de l'hôpital pour constituer une petite pharmacie dans la pièce principale de sa maison.

En tant qu'obstétricienne, le Dr Daguinod savait que les accouchements ne cesseraient pas pour autant et que les femmes seraient en danger quoi qu'il advienne. Elle se devait d'être prête.

Peu après le passage du terrible typhon, qui avait dévasté la ville et démolit l'hôpital, le Dr Daguinod a mis trois enfants au monde dans cette pièce. « Dieu merci, il n'y a pas eu de complications. »

Quand un centre d'accouchement de fortune a été installé près d'un centre de soins au toit arraché, elle a continué d'accueillir chez elle les mères qui venaient d'accoucher et leur bébé.

Quatre millions de personnes ont perdu leur maison à cause du typhon Haiyan — ou Yolanda, pour la population locale — qui a frappé l'archipel en novembre 2014.

Des centaines de femmes déplacées accouchaient chaque jour, des dizaines d'entre elles souffrant de complications pouvant mettre leur vie en danger. La plupart des centres de santé endommagés ont repris une partie de leurs services très tôt après la crise, mais le personnel a eu du mal à s'occuper des patients en certains endroits, faute d'équipement ou d'électricité et en raison de la rareté des ambulances et des fournitures.

Pour faire face à cette crise, l'UNFPA a ciblé en priorité les services assurant la sécurité des femmes enceintes ou en couches. L'organisation a fourni à ses partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux du matériel médical et des fournitures indispensables, y compris des médicaments et des trousseaux d'accouchement et d'hygiène, contribuant ainsi aux soins dans les régions les plus touchées.

Hanin Zoubi est la responsable du programme conjoint IFH-UNFPA. « Nous adoptons une démarche intégrée », explique-t-elle. Celle-ci englobe l'offre de services prénatals et postnatals gratuits, des conseils et des services de planification familiale, le traitement des infections sexuellement transmissibles et un soutien psychosocial aux personnes victimes de violence sexiste et de traumatismes, et tout cela sous le même toit.

Cependant, tout le monde n'est pas en mesure de se rendre à la clinique. Aussi IFH propose-t-il des services de proximité. « Nous allons à la rencontre des gens », se réjouit Mme Zoubi. IFH se rend par exemple dans les écoles pour informer les adolescents, ou dans les organisations communautaires pour former les jeunes aux compétences de la vie courante.

Selon Mme Zoubi, ces informations sont appréciées, d'autant que les populations vulnérables ont rarement accès à Internet et ne savent pas comment se renseigner par elles-mêmes pour éviter une grossesse ou une infection sexuellement transmissible.

Les réfugiés vivant en dehors des camps constituent une population différente à plusieurs égards : leur demande de services de planification familiale est plus importante, et les grossesses précoces sont moins nombreuses.

Selon Haya Badri, coordinatrice des cliniques de l'IFH, le centre d'Amman accueille jusqu'à 65 patients syriens et jordaniens par jour. La plupart d'entre eux viennent pour un bilan de santé, notamment pour des échographies, mais certains reçoivent également un traitement contre l'anémie ou



Nouveaux-nés, camp de Za'atari, Jordanie.

Photo © UNFPA/Salah Malkawi

demandent un moyen de contraception. Ils sont également nombreux à venir pour signaler des actes de violence sexuelle ou sexiste, et pour recevoir un traitement et des conseils à la suite de tels actes. Des séances

fruit de la Conférence mondiale sur les femmes de 1995 (Nations Unies, 1995).

En 1995, l'UNFPA et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ont œuvré à la création du Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situation de crise (IAWG), dans le sillage de la reconnaissance croissante des besoins des personnes réfugiées et déplacées en matière de santé sexuelle et reproductive et du manque général d'interventions dans ce secteur. Depuis, l'IAWG est devenu une coalition internationale rassemblant des organismes des Nations Unies, des donateurs, des organisations universitaires, des organisations non gouvernementales locales et internationales et des ministères de la Santé, en vue de faciliter l'accès des populations touchées par des conflits et des catastrophes naturelles à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité (IAWG, 2014).

Aujourd'hui, les personnes réfugiées et déplacées sont *plus nombreuses* qu'avant à bénéficier d'un *accès amélioré* à des *services diversifiés*. En 2014, l'UNFPA a fourni 8 437 trousseaux de santé reproductive

contenant des articles essentiels, des médicaments, des moyens de contraception et du matériel à plus de 35 millions de femmes, d'hommes et d'adolescents vivant dans un contexte humanitaire. Cependant, du fait de l'augmentation persistante du nombre de personnes dans le besoin et de la volonté réaffirmée de leur offrir des services complets, les lacunes qui subsistent pourraient s'aggraver en l'absence d'une action concertée.

Les acteurs humanitaires ont parcouru un long chemin en 20 ans. Une panoplie complète de services et de soutiens est désormais disponible dans la plupart des situations de crise humanitaire. Dans d'autres, un nombre variable d'éléments fait encore défaut. Les services de santé sexuelle et reproductive ne sont pas encore complets ni universels d'une crise à l'autre.

Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, en 1994, 179 gouvernements ont reconnu que les droits en matière de reproduction faisaient partie des droits de la personne humaine. À ce titre, la communauté internationale est tenue de respecter ces droits, même en situation de crise.

d'accompagnement individuel et des groupes de soutien sont également disponibles pour les adultes et les enfants traumatisés, ainsi que pour ceux ayant survécu à des actes de torture.

Confidentialité et respect

Quel que soit le service fourni, la confidentialité est essentielle. Tous les membres du personnel ont reçu une formation et signé un code de déontologie par lequel ils s'engagent à respecter le principe de confidentialité, en s'abstenant de tout jugement. Cette garantie de confidentialité aide les clients à surmonter leur peur et à préserver leur dignité lorsqu'ils demandent de l'aide.

Dans un autre centre, à Deir Alla dans la vallée du Jourdain, Nadia om-Hassan, 35 ans, vient pour bénéficier de la planification familiale, rencontrer des

conseillers et participer à des groupes de soutien social. Il y a trois ans, quand elle vivait encore en Syrie, elle venait juste de mettre au monde son cinquième enfant — par césarienne — et ne s'était pas encore remise de l'anesthésie quand les bombes ont frappé l'hôpital, imposant une évacuation d'urgence. Dans les jours qui ont suivi, son incision chirurgicale s'est infectée. Malgré son état, elle a fui en Jordanie avec son mari, le nouveau-né et leurs quatre autres enfants.

Par la suite, son mari l'a poussée à avoir un autre enfant. « Il voulait d'autres garçons pour qu'ils l'aident à soutenir la famille, raconte Nadia. Je suis tombée enceinte au bout de trois mois, mais j'ai fait une fausse couche. » Le personnel d'IFH à Deir Alla lui a expliqué ce qu'était la planification familiale et son importance pour sa santé. « À présent,

c'est moi qui explique à mon mari que c'est aussi une bonne chose pour la santé de toute notre famille. »

« Lorsque je viens à la clinique et que j'ai la chance de pouvoir parler de mes problèmes, je suis heureuse et soulagée. »

Le centre de Deir Alla accompagne également les adolescentes. Malak, 15 ans, est arrivée de Damas il y a quatre ans avec ses parents, ses grands-parents et ses trois frères et sœurs. Elle suit des études secondaires. Les sciences sont sa matière préférée, mais elle a l'intention d'entrer dans la police plus tard. Cette année, sa tante a contacté ses parents pour arranger un mariage avec son fils de 20 ans. « Je n'étais pas contente, mais je n'ai pas pu refuser. Je ne voulais pas abandonner mes études. »

Établissement d'une norme pour les produits de première nécessité

En 1998, l'IAWG a instauré ce que l'on considère aujourd'hui comme des produits et services de première nécessité en matière de santé reproductive, qui doivent être mis à disposition dès le début d'une crise. Ce Dispositif minimum d'urgence constitue la norme internationale en ce qui concerne la protection de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation des femmes et des filles durant la phase d'urgence des conflits et des catastrophes.

Il vise à prévenir et à gérer les conséquences des actes de violence sexuelle, à réduire la transmission du VIH, à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales et à intégrer les soins de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires.

Bien que ce dispositif soit désormais une référence largement acceptée en matière de services et de mesures incontournables en temps de crise, certaines interventions n'ont pas été à la hauteur, mettant en danger la santé des femmes et des

adolescentes et niant leurs droits en matière de reproduction.

Des services complets après la phase initiale

L'IAWG a recensé d'autres services de santé sexuelle et reproductive importants qu'il faudrait mettre à disposition dès qu'une situation de crise se stabilise.

L'éventail complet des méthodes de planification familiale

S'il n'est pas possible de prévenir les catastrophes, il est tout de même possible d'éviter les grossesses non désirées au lendemain d'une crise.

Depuis le tremblement de terre d'avril 2015 au Népal, par exemple, l'UNFPA et ses partenaires ont rétabli l'accès des femmes aux services de planification familiale dans les régions où les établissements de santé avaient été endommagés ou détruits. Des agents de santé et des volontaires locaux, formés par l'UNFPA, ont expliqué aux habitants comment accéder aux méthodes

Un jour où Malak accompagnait sa mère au centre, elles ont entendu parler des séances d'information sur le mariage d'enfants. Elles y ont assisté ensemble. Sa mère, puis son père, ont fini par accepter qu'il valait mieux pour Malak qu'elle aille jusqu'au bout de ses études. Les fiançailles ont été rompues au bout d'un mois.

Selon Daniel Baker, qui coordonne les actions de l'UNFPA en soutien aux réfugiés syriens en Jordanie, en Égypte, en Iraq, au Liban et en Turquie, ainsi qu'aux Syriens restés dans leur pays, « la situation des réfugiés syriens est dramatique, malgré la générosité des pays d'accueil voisins. Avec la guerre qui se poursuit sans aucune perspective de paix, leur situation est de plus en plus désespérée, car ils épuisent leurs ressources. Il incombe à la communauté humanitaire internationale de fournir des

services de base, notamment des soins de santé maternelle, pour préserver la vie et offrir l'espoir d'un avenir meilleur lorsque la guerre s'achèvera. »

Malak, Deir Alla, Jordanie.

Photo © UNFPA/Salah Malkawi



L'ACTION HUMANITAIRE DES NATIONS UNIES

Plus des deux tiers des situations d'urgence humanitaire dans lesquelles les Nations Unies interviennent aujourd'hui sont liés à des catastrophes naturelles. En 2014, elles sont ainsi intervenues dans 60 situations de ce type, contre seulement sept situations d'urgence complexes ou conflits.

Depuis 2013, les Nations Unies évaluent l'ampleur et le type des situations d'urgence sur une échelle à trois points, les plus graves étant le niveau 3, qui requiert une mobilisation de l'ensemble du système en raison de l'ampleur, de la complexité et de l'urgence de la situation. Une urgence de niveau 2 pourra nécessiter une intervention majoritairement régionale. Les cas de niveau 1 peuvent être gérés par le pays concerné, ou pris en charge par les organismes présents.

En septembre 2015, le système des Nations Unies intervenait dans le cadre de quatre situations d'urgence

de niveau 3 : en Iraq, où l'escalade de la violence entre les groupes armés et les forces de l'État aurait provoqué le déplacement de 1,9 million de personnes ; en Syrie, où des millions de personnes dans le besoin sont piégées dans des régions difficiles d'accès ; en République centrafricaine, où la crise politique majeure de l'an dernier a laissé 2,5 millions de Centrafricains (soit plus de la moitié de la population) dans la plus grande précarité ; et au Soudan du Sud, où 1,7 million de personnes ont été déplacées et quelque 4 millions souffriraient d'insécurité alimentaire (UNOCHA, 2015).

Au cours des 12 derniers mois, 30 appels humanitaires ont été lancés par les Nations Unies, dont près de la moitié concernant des pays d'Afrique subsaharienne.

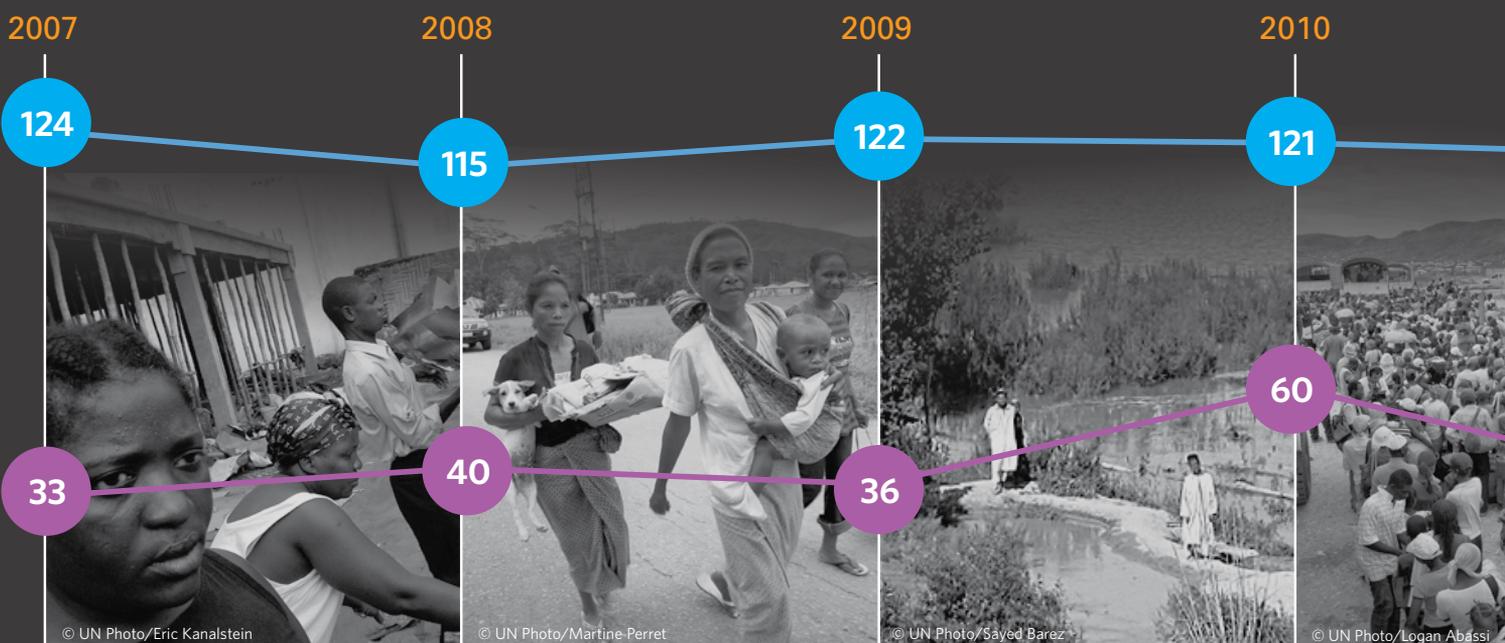
D'après l'ACAPS (Assessment Capacities Project), l'Afghanistan, l'Érythrée, l'Iraq, le Niger, le Nigéria,

la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud, la Syrie et le Yémen connaissent des crises humanitaires « graves ». L'ACAPS est une initiative à but non lucratif menée collectivement par Action Contre La Faim, le Conseil norvégien pour les réfugiés et Save the Children International pour aider la communauté humanitaire à évaluer les besoins.

Toujours selon l'ACAPS, d'autres pays sont touchés par des crises humanitaires : le Cameroun, la Colombie, Djibouti, l'Éthiopie, la Gambie, Haïti, le Kenya, le Liban, le Libéria, la Libye, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, le Népal, le Pakistan, la Palestine, la République populaire démocratique de Corée, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad et l'Ukraine.

INTERVENTIONS HUMANITAIRES DES NATIONS UNIES 2007-2014

● Catastrophes ● Conflits



LES SITUATIONS DE CONFLIT, DE DÉPLACEMENT ET DE CATASTROPHE NATURELLE ENGENDRENT :



53 %
des décès d'enfants
de moins de cinq ans



TROIS décès
maternels évitables
SUR CINQ

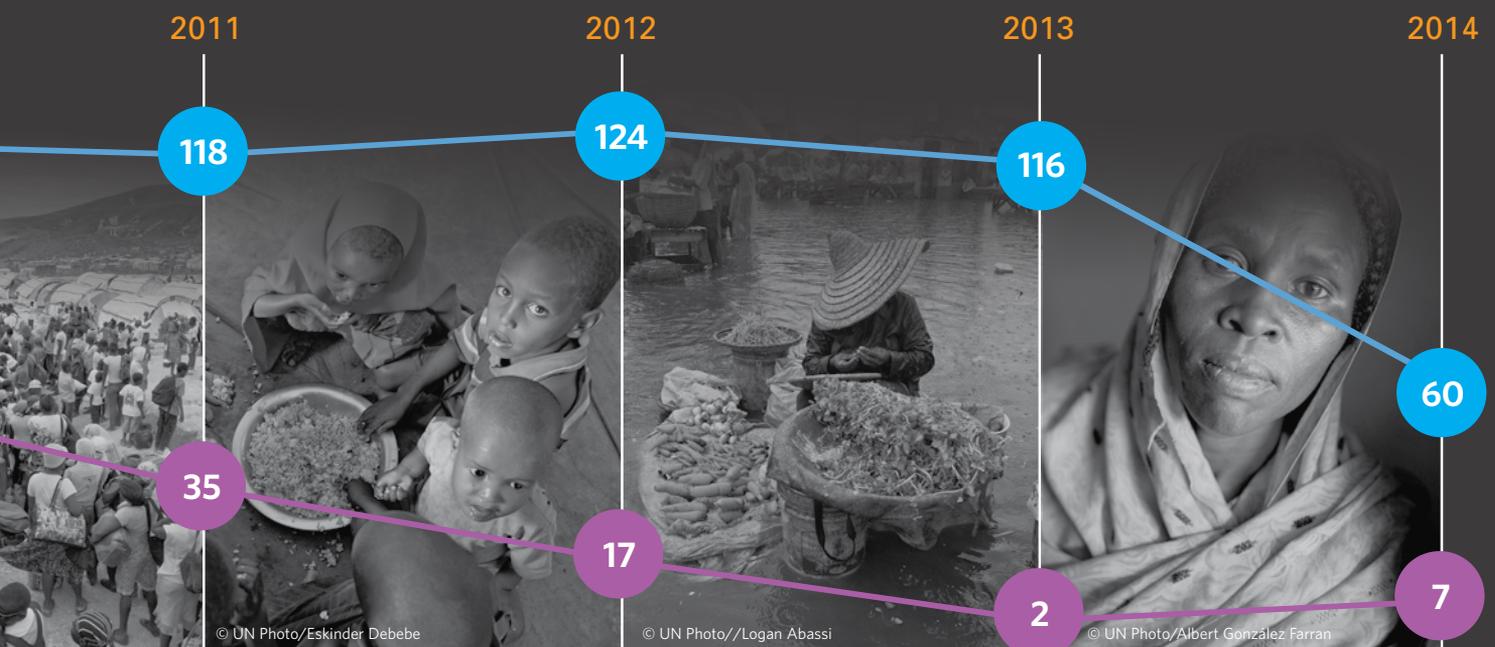


45 %
des décès de
nouveau-nés



Sur plus de
100 MILLIONS DE PERSONNES
ayant besoin d'aide
humanitaire en 2015,
**26 MILLIONS SERAIENT
DES FEMMES ET
DES FILLES ÂGÉES DE
15 À 49 ANS.**

Plus de **80 %** des pays qui n'ont pas atteint les OMD relatifs à la survie de la mère et de l'enfant ont essuyé des conflits récents, des catastrophes naturelles récurrentes ou les deux. En effet, la plupart des cibles des OMD n'ont pas été atteintes dans les États fragiles, et les 10 pays situés au bas du classement Mothers' Index de Save the Children sont tous définis comme étant fragiles ou en proie à un conflit.



LIEUX D'INTERVENTION DE L'UNFPA À DES FINS HUMANITAIRES EN 2015

Dans toute situation humanitaire, le rôle de l'UNFPA consiste à veiller à ce que les femmes puissent accéder à des services d'accouchement sûrs, quelles que soient les circonstances, afin de protéger la vie et la santé des mères et des enfants.



*Les estimations relatives au nombre de femmes susceptibles d'être enceintes dans un pays ou sur un territoire donné (et non uniquement dans les régions précisément touchées par un conflit ou une catastrophe naturelle) sont tirées des données produites à l'échelle nationale. Indépendamment du lieu, le nombre total de femmes enceintes à un instant T serait inférieur si les estimations portaient uniquement sur les régions touchées par une crise dans chaque pays ou sur chaque territoire.

**Pour des questions de disponibilité des données, l'estimation concernant Vanuatu est fondée sur l'indice synthétique de fécondité, et non sur le taux global de fécondité.

Sources des données

Enquêtes démographiques et de santé : Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Jordanie, Malawi, Mali, Mauritanie, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Pérou, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Yémen ; recensements : République centrafricaine, République populaire démocratique de Corée, Soudan, Soudan du Sud, Vanuatu ; état civil : Chili, ex-République yougoslave de Macédoine, Guatemala, Turquie, Ukraine ; Projet panarabe pour la santé familiale : Djibouti, Liban, Palestine ; enquêtes par grappes à indicateurs multiples : Iraq, Somalie ; statistiques nationales : Myanmar, République arabe syrienne.

	Nombre estimé de femmes enceintes à un instant T*
Burkina Faso	598 610
Burundi	373 871
Cameroun	695 698
Chili	193 042
Djibouti	21 836
Égypte	1 991 512
Érythrée	134 236
Éthiopie	2 711 606
Ex-République yougoslave de Macédoine	17 611
Guatemala	365 965
Iraq	934 973
Jordanie	157 846
Liban	74 572
Malawi	555 483
Mali	573 961
Mauritanie	103 372
Myanmar	609 344
Népal	517 850
Niger	763 201
Nigéria	5 366 797
Ouganda	1 304 798
Palestine	128 179
Pérou	473 691
République arabe syrienne	355 706
République centrafricaine	150 727
République démocratique du Congo	2 753 898
République populaire démocratique de Corée	276 175
Rwanda	310 901
Sénégal	432 879
Somalie	373 756
Soudan	860 404
Soudan du Sud	244 317
Tanzanie	1 605 941
Tchad	472 898
Turquie	945 434
Ukraine	306 902
Vanuatu**	6 839
Yémen	687 058
Total	28 451 889

de planification familiale et les utiliser de façon efficace. La communication passe par des relais santé dans les comités de développement des villages (les plus petites subdivisions administratives), ce qui permet de connaître précisément l'utilisation locale de la planification familiale en vue de répondre aux besoins insatisfaits. D'après une étude gouvernementale menée dans 30 centres concernés par l'initiative, la prévalence de la contraception a augmenté, passant de 34 à 45 %.

Pendant une crise humanitaire, la planification familiale constitue un investissement fiable lorsque les fonds réservés aux interventions d'urgence sont limités. En règle générale, chaque dollar dépensé pour des services de contraception représente une économie de 1,70 à 4 dollars sur les frais médicaux de santé maternelle et néonatale.

L'an dernier, l'UNFPA a fourni des contraceptifs et d'autres articles de planification familiale dans ses trousseaux de santé reproductive d'urgence, destinés aux 20 780 000 femmes, hommes et adolescents en âge de procréer vivant en situation de crise humanitaire dans le monde.

L'accès à des services de planification familiale est un droit fondamental ; le négliger peut avoir de graves conséquences pour la santé, surtout dans les contextes humanitaires. En mai 2013, l'UNFPA et la Fédération internationale pour la planification familiale ont conclu un partenariat visant à aider 22 millions de femmes à accéder à la planification familiale et à des informations à ce sujet dans les pays et les territoires touchés par des conflits ou des catastrophes naturelles.

Cette initiative entend combler les lacunes en matière d'infrastructures de santé, renforcer les compétences du personnel de santé, mettre en place des systèmes efficaces de distribution des méthodes de planification familiale et proposer des articles à un prix abordable. Les pays ciblés sont ceux où la prévalence de la contraception est faible et où les besoins de planification familiale insatisfaits

sont considérables : Bolivie, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Haïti, îles du Pacifique, Inde, Kenya, Libéria, Myanmar, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo et Soudan du Sud.

La planification familiale est un élément indispensable des interventions d'urgence, mais aussi de la reconstruction et du relèvement. Elle profite directement aux femmes et aux filles en augmentant l'épargne et la productivité des familles et en améliorant les perspectives d'éducation et d'emploi. Elle est également bénéfique pour la santé, car la diminution des grossesses non désirées entraîne une réduction des complications à l'accouchement et des décès maternels.

Les données révèlent des désirs de fécondité variables chez les personnes touchées par une crise. La fécondité peut aussi bien augmenter que baisser en cas de conflit, de catastrophe naturelle, de récession économique, de bouleversements politiques ou de séparation conjugale forcée (McGinn, 2000). En vertu des droits de l'homme et du droit à la santé, cependant, les services de santé doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de la meilleure qualité possible pour ceux qui choisissent d'y recourir (Foreman, 2015). En outre, les programmes de planification familiale ont pour principe fondamental que les clients prennent leurs décisions librement et en toute connaissance de cause (Foreman, 2015 ; IAWG, 2010).

Une bonne programmation exige que *tous* les moyens de contraception efficaces soient mis à la disposition des femmes et des hommes. L'expérience des programmes proposant la gamme complète des contraceptifs à courte et à longue durée d'action montre que les femmes choisissent des dispositifs intra-utérins et des implants à longue durée d'action lorsqu'ils sont disponibles et que les services sont de bonne qualité.

Les programmes de planification familiale s'adressent aux femmes et aux adolescentes touchées



L'UNFPA a fourni des contraceptifs et d'autres articles de planification familiale dans ses trousseaux de santé reproductive d'urgence, destinés à 20 780 000 personnes en âge de procréer.

par une crise offrent avant tout des moyens de contraception de courte durée, lorsqu'ils en proposent (Casey, 2015).

Si l'on en croit l'expérience des programmes, cependant, les femmes préfèrent les méthodes de longue durée lorsqu'elles sont disponibles. Dans la province du Nord-Kivu, en République démocratique du Congo, une région où les conflits et l'insécurité sont chroniques, toutes les méthodes réversibles sont proposées dans des établissements du ministère de la Santé soutenus par des organisations non gouvernementales internationales. Non seulement la prévalence de la contraception y est supérieure au taux national, mais les méthodes réversibles à longue durée d'action sont deux fois plus utilisées dans le Nord-Kivu qu'à Kinshasa, voire plus (ministère du Plan *et al.*, 2014).

Autres mesures salutaires pour les mères et les nouveau-nés

Les 10 pays où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé sont ravagés par les conflits ou en cours de relèvement.

Dans toute situation humanitaire, le rôle de l'UNFPA consiste à veiller à ce que les femmes puissent accéder à des services d'accouchement sûrs, quelles que soient les circonstances, afin de protéger la vie et la santé des mères et des enfants. L'organisation n'assure pas nécessairement elle-même ces services ; en général, certains établissements de santé publics et privés continuent de fonctionner, et de nombreuses organisations non gouvernementales sont également spécialisées dans les services liés à la maternité. Toutefois, l'UNFPA comble les lacunes, le cas échéant.

Il faut parfois faire preuve de créativité pour garantir aux femmes des communautés lointaines ou dispersées un accès à des services de santé maternelle et néonatale.

Les agents de santé communautaires chargés de la lutte contre Ebola en Guinée, par exemple, se servaient de smartphones pour enregistrer les personnes exposées au virus et transmettre les renseignements clés aux responsables de la santé.

En Somalie, le personnel infirmier a recours à des systèmes GPS pour faciliter la prestation de services

de santé aux personnes déplacées dans les régions reculées (Shaikh, 2008).

Toujours en Somalie, l'UNFPA soutient 34 foyers où les femmes enceintes souffrant de complications sont soignées et placées en observation en attendant leur accouchement dans un établissement de santé.

Aux Philippines, après le passage du typhon Haiyan, l'UNFPA a contribué à la création d'un service de maternité d'urgence dans un « hôpital mobile » où des professionnels de la santé ont mis au monde 97 enfants, dont 83 par césarienne. L'UNFPA a également fourni des trousseaux d'accouchement hygiénique qui ont servi pour les accouchements d'urgence de près de 26 000 femmes, pratiqués dans des installations de fortune, par exemple dans des édifices municipaux.

Les réfugiés eux-mêmes sont à l'origine de nombreuses initiatives. En Guinée, par exemple, les réfugiées animent des séances sur la santé maternelle dans les communautés, pratiquent des accouchements et proposent le recours à d'autres services (Howard *et al.*, 2011). En Syrie, où quelque 7,6 millions de personnes sont déplacées, des coupons de santé reproductive ont été institués pour que les femmes vulnérables puissent obtenir des services essentiels gratuitement, notamment des soins avant, pendant et après l'accouchement ainsi que des soins obstétricaux d'urgence, dans des centres médicaux et des hôpitaux désignés. Parmi les femmes qui ont bénéficié de services de santé reproductive soutenus par l'UNFPA en Syrie depuis le début de la crise, plus de 810 000 ont pu accoucher en toute sécurité, et 93 000 femmes déplacées ont profité du système de coupons.

À Gaza, quatre maternités et cinq centres de soins de santé primaires fréquentés par 50 000 personnes par an souffraient d'une pénurie chronique de médicaments essentiels depuis 2006, jusqu'à ce que les stocks atteignent un seuil critique après le conflit de 2014. L'UNFPA a réapprovisionné les stocks de médicaments et de fournitures, grâce à quoi 35 000 femmes ont pu vivre leur grossesse en bonne santé et accoucher en toute sécurité.

L'UNFPA SOUTIENT L'ACCÈS DES FEMMES ET DES FILLES AUX SERVICES

Fournitures et services fournis entre janvier et septembre 2015
dans les pays du bassin du lac Tchad où sévit Boko Haram

NIGER

53 312 préservatifs distribués

10 913 femmes et adolescentes bénéficiaires de la **planification familiale**

1 458 accouchements pratiqués en toute **sécurité**

1 407 kits de dignité distribués aux réfugiées

906 femmes bénéficiaires de **soins prénatals**

118 adolescents et jeunes formés en tant **qu'éducateurs en santé** reproductive pour les réfugiés

40 prestataires de santé formés

22 victimes de violence sexiste bénéficiaires d'un **soutien psychologique**

TCHAD

28 000 préservatifs distribués

2 500 femmes, hommes et jeunes sensibilisés à la **violence sexiste** dans le cadre de séances d'information

1 500 femmes bénéficiaires de **soins prénatals**

1 500 femmes bénéficiaires de **services relatifs à la violence sexiste**

510 accouchements pratiqués en toute **sécurité**

500 femmes bénéficiaires de moyens de **contraception**

CAMEROUN

4 075 trousse d'accouchement médicalisé distribuées dans les relais santé des camps et les centres de santé

5 400 kits de dignité fournis aux femmes et aux filles enceintes ou vulnérables

10 000 préservatifs masculins distribués

110 femmes bénéficiaires de moyens de **contraception**

11 cas de **viol pris en charge sur le plan clinique**

30 agents de santé de district et **40** agents de santé communautaires **formés et déployés**

22 nouvelles **sages-femmes déployées**

5 maisons des jeunes équipées pour permettre aux adolescents d'acquies des compétences et d'être accompagnés

4 établissements de santé publics équipés destinés aux réfugiés, proposant des **services de santé reproductive de qualité**

4 espaces dédiés aux jeunes et aux femmes créés dans le camp de Minawao

NIGÉRIA

2 108 441 personnes sensibilisées à la prévention et à la neutralisation de la **violence sexiste**

27 293 accouchements pratiqués en toute **sécurité**

22 000 femmes et adolescentes bénéficiaires de **kits de dignité**

214 trousse de santé reproductive (1 759 cartons) distribuées, contenant du matériel médical de première nécessité, des médicaments et d'autres articles

213 agents de santé et responsables de programme formés à la prestation de services de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire

56 sages-femmes et infirmières formées à l'administration de moyens de contraception réversibles à longue durée d'action

Jeunes femmes ayant échappé à
Boko Haram, Chibok, Nigéria.
Photo © Panos Pictures/Sven Torfinn

À Gaza encore, l'Harazeen Hospital, seul établissement desservant Shejaiia, avait été lourdement endommagé par les combats en 2014. L'UNFPA a financé les réparations. L'hôpital fournit des soins prénatals et postnatals et des services d'accouchement à quelque 300 femmes par mois.

En outre, l'UNFPA a financé les cliniques mobiles qui desservent les femmes enceintes vivant à Gaza dans des camps de personnes déplacées, des abris de fortune et des caravanes dans des régions frontalières reculées qui compteraient une centaine de milliers de sans-abri. En juillet 2015 seulement, les cliniques mobiles ont prodigué leurs services à 389 femmes, dont 156 futures mamans.

Certains programmes humanitaires ont enregistré des progrès notables en matière d'élargissement et d'accessibilité des services de santé reproductive, quel que soit le contexte. Les centres de santé maternelle et infantile sont ainsi accessibles à tous les résidents du camp de réfugiés de Za'atari, en Jordanie ; d'autres centres desservent les réfugiés syriens vivant en dehors des camps (Krause *et al.*, 2015).

Des soins post-avortement pour sauver des vies

Dans les situations de crise humanitaire, les femmes et les filles sont plus exposées au risque d'une grossesse non désirée et d'un avortement non médicalisé, en raison de la recrudescence des viols et des interruptions de la contraception liée aux déplacements (IAWG, 2010). Si les lois nationales sur l'avortement et l'accès à un avortement médicalisé varient selon les pays, 99 % de la population mondiale vit dans des pays où l'avortement est autorisé sous certaines conditions ; six États seulement l'interdisent en toute circonstance (RAISE, 2015 ; Centre pour les droits reproductifs, 2014).

Les soins post-avortement sont un service vital qui prévient la mortalité et la morbidité liées aux complications en cas de fausse couche ou d'interruption de la grossesse. La politique de l'UNFPA en matière d'avortement est fondée sur le Programme d'action de la CIPD : lorsque l'avortement est légal, il doit être sans danger. Lorsqu'il est illégal, des soins post-avortement doivent être disponibles pour sauver des vies.

D'après une évaluation réalisée par l'IAWG, dans trois pays d'Afrique subsaharienne en situation de crise, les hôpitaux étaient en mesure de fournir des soins post-avortement, mais la disponibilité réelle des soins était limitée (Casey *et al.*, 2015).

Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH

Le VIH fait depuis 20 ans l'objet d'une attention croissante dans les situations de crise humanitaire. Il reçoit plus de fonds et d'aide ciblée que les autres volets de la santé sexuelle et reproductive (Tanabe *et al.*, 2015). Une évaluation réalisée par l'IAWG en 2014 a révélé que de nombreux pays avaient sensiblement progressé dans l'accès aux antirétroviraux et dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais que les services de prévention ou de traitement d'autres infections sexuellement transmissibles accusaient du retard (Chynoweth, 2015).

En 2014, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ont élaboré un programme de lutte contre le VIH pour les réfugiés afghans en Iran et au Pakistan et les rapatriés en Afghanistan. Celui-ci prévoyait une prévention complète, la réduction des risques, ainsi que des services de dépistage, de conseil et de traitement. Dans le cadre de ce programme ont été distribués des préservatifs et des seringues. Les services liés au VIH ont été soutenus de chaque côté des frontières, encourageant ainsi la continuation des services après le retour des rapatriés. En Afghanistan, le programme a aidé quelque 3 000 consommateurs de drogues injectables, dont près de 500 femmes (ONUSIDA, 2015).

Protection du droit à la santé des adolescents

Les situations de crise humanitaire s'accompagnent de risques inhérents qui augmentent la vulnérabilité des adolescents à la violence, à la pauvreté, à la séparation des familles, aux abus sexuels et à l'exploitation. De surcroît, les adolescentes sont davantage exposées au risque de grossesse non désirée en raison du nombre accru de rapports sexuels forcés, d'une plus grande prise de risques et d'une disponibilité réduite des services de santé sexuelle et reproductive destinés

aux adolescents, jugés moins impératifs (Women's Refugee Commission *et al.*, 2012).

Rien ne permet d'affirmer que la santé sexuelle et reproductive des adolescents reçoit une attention suffisante dans les contextes humanitaires.

Toutefois, il existe plusieurs programmes qui adoptent des démarches encourageantes : prestation de services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents dans le cadre de programmes en milieu scolaire, travail auprès des populations déplacées en ville et intégration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans la réduction des risques de catastrophe (Women's Refugee Commission *et al.*, 2012).

Il y a un sujet qui préoccupe toutes les femmes en âge de procréer vivant en situation de crise, mais qui prend une résonance particulière chez les adolescentes : l'hygiène menstruelle. L'IAWG appelle à la mise en place d'installations sanitaires sécurisées et distinctes pour les garçons et les filles dans les établissements scolaires, ainsi que la fourniture de linge ou de tout autre article culturellement adapté qui puisse être utilisé pendant les règles. L'UNFPA a été l'un des premiers organismes à fournir des protections hygiéniques dans les situations de crise humanitaire, distribuées dans ses « kits de dignité » depuis le début des années 2000.

Les jeunes peuvent être des acteurs du changement, capables de faire progresser la reconstruction et le développement de leurs communautés. Mais pour s'engager dans ce processus, ils doivent pouvoir accéder à divers programmes (éducation formelle et informelle, compétences de la vie courante, alphabétisation, calcul, formation professionnelle) et à des stratégies innovantes pour lutter contre l'insécurité et la pénurie de personnel (IAWG, 2010). Les recouvrements entre éducation, moyens de subsistance et protection des adolescents, cependant, sont souvent négligés (UNFPA, 2015b).

Prévention et neutralisation de la violence sexiste

La lutte contre la violence sexiste dans les situations de crise humanitaire nécessite la mise en place de services et de soutiens pour protéger les populations concernées, réduire les conséquences néfastes et prévenir blessures, traumatismes et souffrances. Les directives

CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES PERFORMANTS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE POUR LES ADOLESCENTS

- mobilisation des parties prenantes
- participation et engagement des adolescents en vue de convaincre leurs pairs et d'augmenter la demande de services
- prise en charge des différents besoins des sous-populations d'adolescents
- présence de personnel qualifié et dévoué
- prestation de services complets sur un seul site
- approches globales et multisectorielles de la programmation
- supervision structurée, reconnaissance et encadrement continu des pairs-éducateurs
- stratégies de sensibilisation modulables et création de budgets pour le transport
- prise en compte de la santé sexuelle et reproductive des adolescents durant les exercices de préparation aux situations d'urgence

(Women's Refugee Commission *et al.*, 2012)

des Nations Unies à ce sujet insistent sur le fait que « tout le personnel humanitaire doit être convaincu de l'existence de la violence sexiste au sein des populations concernées ; qu'il s'agit d'un problème grave, mettant des vies en péril ; et qu'il convient de prendre des mesures [...] sans tenir compte de l'existence ou de l'absence de preuves concrètes » (CPI, 2005).

La violence sexiste englobe la violence sexuelle (viol, abus, exploitation, prostitution forcée), la violence domestique, les mariages forcés ou précoces, les pratiques traditionnelles néfastes (telles que les mutilations génitales féminines), les crimes d'honneur, le lévirat et la traite d'êtres humains (IAWG, 2010). En cas de crise humanitaire, la lutte contre la violence sexiste exige dès lors une approche multisectorielle.

En août 2015, le Comité permanent interorganisations (CPI), qui participe à la coordination de l'aide humanitaire entre les diverses instances des Nations Unies et organisations humanitaires partenaires, a publié une version révisée de ses Directives

pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire, qui appelle les acteurs nationaux et internationaux à protéger les populations touchées : « l'inaction face à la violence basée sur le genre [...] constitue [...] un manquement des acteurs humanitaires à leurs responsabilités les plus élémentaires de promotion et de protection des droits des populations touchées » (CPI, 2015).

La population féminine locale est généralement la première à réagir et à trouver des solutions, parfois simples, pour que la vie l'emporte. Lorsqu'un séisme a dévasté Haïti en 2010, le nombre de viols a sensiblement augmenté, car les institutions qui auraient normalement pu les prévenir n'étaient plus opérationnelles. Les femmes se sont alors mobilisées dans les camps de personnes déplacées pour se protéger mutuellement et soutenir les victimes. Les organisations non gouvernementales MADRE et KOFATIV ont distribué des sifflets aux femmes vivant dans les camps, ce qui a contribué à réduire de 80 % l'incidence des viols dans un camp. L'installation d'éclairages solaires a également contribué au recul de la violence sexiste dans les camps.

Aux Philippines, ce sont aussi les femmes qui ont pris l'initiative, après le passage du typhon Haiyan, de former des équipes de surveillance et de créer des espaces dédiés aux femmes pour se protéger de la violence sexiste. En juillet 2014, lorsqu'un autre typhon a été annoncé, elles ont dépêché des équipes de surveillance dans les centres d'évacuation, en coordination avec des policières et les autorités locales.

Peu après le passage du typhon Haiyan, le ministère philippin de la Protection sociale et du Développement et l'UNFPA ont organisé des consultations dans les centres d'évacuation de Tacloban pour que les femmes et les filles puissent signaler les risques pour leur santé et leur sécurité. Beaucoup ont cité le manque d'intimité, la promiscuité et l'éclairage insuffisant parmi les principales menaces. Les adolescentes ont dit avoir peur de se rendre aux toilettes la nuit. Pour répondre à la demande d'une protection renforcée, la Police nationale philippine a déployé des policières formées pour faire face à la violence sexiste. Leur présence a contribué à la réduction des

risques de violence sexiste et à l'augmentation des signalements de ces actes.

Pour lutter contre la violence sexiste dans les situations de crise humanitaire, de nombreux programmes mettent en œuvre des interventions efficaces en adoptant des mesures novatrices. Le Tchad, par exemple, a ouvert des foyers pour les femmes célibataires (Women's Refugee Commission, 2004) et des refuges pour les victimes, où elles peuvent accéder à un soutien psychosocial et à des formations axées sur les compétences (UNFPA, 2015c). En Jordanie, comme dans beaucoup d'autres pays, des refuges sont en place pour que les femmes et les filles puissent signaler les cas de violence sexuelle et accéder à des services de prise en charge sûrs et non stigmatisants (UNFPA, 2015a).

La création de refuges pour les femmes et les filles touchées par une crise s'impose de plus en plus comme une bonne pratique pendant les interventions d'urgence et le relèvement et comme une stratégie incontournable pour assurer leur protection et favoriser leur leadership et leur autonomisation. Il s'agit de lieux formels ou informels, distincts des hébergements, où les femmes et les filles se sentent en sécurité sur le plan physique et émotionnel, et où elles peuvent tisser des liens, recevoir un soutien social, acquérir des compétences, bénéficier de services liés à la violence sexiste et se renseigner sur les questions relatives aux droits des femmes, à leur santé et aux services qui leur sont destinés.

La création d'équipes spéciales et de patrouilles communautaires a marqué un tournant dans la prestation de services de protection dans les contextes humanitaires. À la suite des inondations qui ont dévasté le Malawi cette année, par exemple, les femmes avaient peur d'être agressées lorsqu'elles se rendaient seules aux toilettes. L'UNFPA et le ministère chargé des Femmes, des Enfants, du Handicap et de la Protection sociale ont facilité l'achat d'une cinquantaine de tentes destinées à servir de refuge aux femmes et aux filles, et soutenu les fonctionnaires dans la création d'équipes spéciales chargées de lutter contre la violence sexiste.

De nombreux pays ont mis en place des « premiers secours psychologiques » pour atténuer



Des jeunes filles dansent dans le camp de Za'atari, en Jordanie.

Photo © Panos Pictures/Mads Nisse

les effets de la violence sexiste. CARE, par exemple, a assuré ce service auprès de quelque 800 000 personnes touchées par des conflits et des catastrophes en 2014. Les premiers secours psychologiques ont été déployés à titre expérimental en Haïti, où ils ont obtenu des résultats positifs chez les participants en situation de détresse psychologique (Schafer *et al.*, 2010). À Tonga, les prestataires de services de première ligne associés au ministère de la Santé et aux organisations non gouvernementales ont suivi une formation sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Aux Fidji, l'UNFPA a dirigé la mise au point d'interventions de premiers secours psychologiques menées par des organismes publics et des organisations non gouvernementales.

Les programmes impliquant les hommes et les garçons dans la prévention de la violence sexiste sont primordiaux, à l'instar des « groupes d'action masculins » de l'International Rescue Committee au Libéria et de la campagne « Sois un homme » menée par CARE dans les écoles des Balkans (Holmes et Bhuvanendra, 2014 ; Shteir, 2014).

En matière de violence sexiste, le viol fait l'objet d'une attention particulière, mais cette dernière

s'étend progressivement aux mariages forcés ou précoces, à la violence domestique, aux mutilations génitales féminines et à la traite d'êtres humains.

Une analyse systématique des activités de dissuasion des mariages d'enfants a révélé cinq approches principales :

- Donner aux filles les moyens d'élargir leurs compétences et d'améliorer leurs atouts sociaux
- Mobiliser les communautés pour transformer les normes sociales préjudiciables
- Améliorer l'accès des filles à une éducation formelle de qualité
- Améliorer la situation économique des filles et de leur famille
- Créer un cadre politique et juridique favorable (UNFPA, 2012b)

Plusieurs organismes ont lancé de grands programmes éducatifs auprès des communautés pour faire connaître les effets néfastes du mariage d'enfants sur la santé, comme le Programme volontaire d'information de CARE en Turquie ou le Programme d'action intégrée contre la pauvreté et le mariage précoce d'Oxfam au Yémen (CARE, 2015 ; Oxfam, 2008 ;

UNFPA, 2012a). La plupart des programmes s'emploient à transformer les normes sociales sous-jacentes par le biais d'actions éducatives dans les communautés ; ils sont moins nombreux à cibler les lois et politiques relatives au mariage précoce, et encore plus rares à se concentrer sur les filles déjà mariées (UNFPA, 2012a ; Feldman-Jacobs et Ryniak, 2006a).

Le chaos et la séparation des familles qui se produisent lors des crises rendent les femmes et les filles plus vulnérables à la traite d'êtres humains. ECPAT International (réseau contre la prostitution enfantine, la pornographie enfantine et le trafic d'enfants à des fins sexuelles) a conçu un guide spécifique aux situations d'urgence qui conseille aux familles de prévoir, avec leurs enfants, des lieux de réunion et des mesures d'identification dans l'éventualité d'une séparation (Delaney, 2007).

Adaptation à l'évolution des caractéristiques démographiques des réfugiés

Selon les estimations, six réfugiés sur dix vivent aujourd'hui en ville, et non dans des camps. Les pourcentages varient selon le contexte. Ainsi, plus de huit réfugiés syriens sur dix vivent en milieu urbain. Il est important de comprendre la tendance croissante de l'urbanisation des réfugiés pour adapter les stratégies

de protection et de programmation afin de satisfaire les besoins des réfugiés dans leurs différents lieux de vie. Dans cette optique, l'UNFPA et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ont mis au point un « aide-mémoire » de santé sexuelle et reproductive visant à aider les travailleurs humanitaires et leurs partenaires dans la planification et la programmation au service des réfugiés citadins. Cet aide-mémoire propose des conseils sur différents sujets : prise de décisions, analyse, recensement des établissements et services de santé, planification, suivi et évaluation, plaidoyer, coordination, mobilisation communautaire et prise en charge médicale.

La préparation sauve des vies

De plus en plus d'initiatives de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques de catastrophe intègrent désormais la santé sexuelle et reproductive parmi les services essentiels avant, pendant et après une crise. En 2014, l'UNFPA a renforcé les capacités d'intervention rapide de 48 pays pour qu'ils puissent fournir le dispositif minimum d'urgence, composé notamment de services et de fournitures de santé sexuelle et reproductive, en cas de crise. Ainsi, grâce au pré-positionnement de fournitures de santé sexuelle et reproductive au Népal avant le tremblement de terre d'avril 2015, les acteurs humanitaires ont pu les distribuer aussitôt après la catastrophe.

Au Pakistan, les moussons n'ont cessé d'inonder le district de Jhang ces dernières années, détruisant les établissements de santé locaux et forçant les milliers d'habitants de quelque 250 villages à fuir. À chaque fois, l'UNFPA et Muslim Aid ont œuvré ensemble pour rétablir les services de santé reproductive essentiels. En 2015, ils ont également aidé les communautés et les prestataires de santé à se préparer aux catastrophes futures, en mobilisant des femmes pour qu'elles prennent la tête de comités locaux de réduction des risques. Ces comités sont composés d'agents de sensibilisation à la santé, de sages-femmes et de membres de la communauté qui sensibilisent la population au risque de catastrophe naturelle et expliquent aux habitants ce qu'ils peuvent faire pour en atténuer les effets.

Des comités de réduction des risques dirigés par des jeunes ont également été mis en place. Ces



Jeunes filles dans un camp de Dohuk, en Iraq.
© Ali Arkady/VII Mentor Program

groupes sont chargés de sillonner les communautés pour recenser les groupes sanguins de la population, au cas où l'on aurait besoin de donneurs. Ils travaillent également en coordination avec les services publics de santé à l'élaboration de plans pour atteindre les femmes enceintes en cas de nouvelle catastrophe.

Ces comités dirigés par des femmes et des jeunes ont également trouvé ensemble des lieux moins exposés aux inondations pour y stocker des trousseaux d'accouchement hygiénique, des fournitures pour les soins néonataux et même des bateaux pour transporter les femmes ayant besoin d'une assistance médicale.

L'accès à des services complets s'améliore, mais des lacunes persistent

Les interventions liées à la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire ont considérablement progressé, passant d'une quasi-inexistence en 1994 à des services et à une couverture beaucoup plus complets aujourd'hui. L'action menée actuellement à Za'atari, en Jordanie, en est un parfait exemple : les services mis à la disposition des réfugiés syriens comprennent la planification familiale ; des soins prénatals et néonataux, des services d'accouchement ainsi que des soins obstétricaux d'urgence ; la lutte contre la violence sexuelle ; la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH ; ainsi que la prise en compte des adolescents.

Le succès de ces interventions jusqu'à présent est le fruit de la collaboration entre les acteurs humanitaires, les organisations de développement, les ministères de la Santé et les communautés. De plus en plus de femmes et de filles réfugiées ou déplacées jouissent d'un accès sans précédent à des services de santé sexuelle et reproductive.

Il est tout aussi clair, cependant, que ces populations ont rarement accès à la panoplie complète des services auxquels elles ont droit. L'augmentation des populations dans le besoin est le signe qu'il faut augmenter l'envergure et la portée de ces services pour qu'elles puissent faire valoir leur droit à la santé reproductive, même en temps de crise. Les mesures stratégiques privilégiant un soutien dans ce domaine sont fondamentales pour la dignité humaine. Elles doivent

tenir davantage compte du contexte et s'adapter tant à l'évolution de la situation qu'à l'âge des personnes concernées. Il est essentiel d'améliorer la prévision et la planification et d'accroître les ressources des actions ciblant la santé et des interventions globales en cas de crise dans un contexte humanitaire ou fragile.

Le monde se prépare à adopter un nouveau programme de développement durable d'une durée de 15 ans, à une époque où des crises éclatent ou perdurent. Les femmes, les enfants et les adolescents sont fortement touchés : ils font face à une pénurie de services vitaux, à une grave exclusion, à l'exploitation, et succombent par milliers.

Dans les pays qui se relèvent d'un conflit, le manque constant d'accès à une aide médicale, psychologique et sociale et à la justice, doublé de violences sexistes récurrentes, freine la reprise et le développement. Souvent, les processus de planification du développement à long terme des pays omettent la préparation, la riposte et le relèvement. Pour atteindre la plupart des objectifs de développement durable des Nations Unies, il faudra accorder une attention personnalisée au développement durable et inclusif des femmes et des adolescentes pendant les crises humanitaires.

Soucieux d'aider à relever les défis qui nous attendent, les experts des organismes des Nations Unies, des gouvernements, de la société civile, du monde universitaire et des fondations privées se sont réunis à Abu Dhabi en février 2015. À cette occasion, ils ont demandé à ce que soit adoptée une nouvelle stratégie mondiale pour protéger la santé de chaque femme et de chaque enfant dans *toutes les situations*, y compris les catastrophes et les conflits. D'après leur « Déclaration d'Abu Dhabi », le renforcement de la résilience et l'accélération du relèvement des communautés touchées par une crise dépendent de plusieurs facteurs : la satisfaction des besoins liés à la santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent et le respect des droits fondamentaux associés ; la réduction des décès maternels et infantiles évitables ; la prévention et la neutralisation de la violence sexuelle ; mais aussi la satisfaction des besoins fondamentaux relatifs à la nutrition, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (UNFPA, 2015).

Résilience et réduction des écarts de développement humanitaire

Sur le plan humain, les profondes répercussions des catastrophes et des conflits sur les individus, les communautés, les institutions et des pays entiers révèlent toute l'importance de renforcer la résilience, afin que tous ces acteurs puissent mieux résister aux effets des crises et se relever plus rapidement. Le renforcement de la résilience peut également contribuer à atténuer les impacts qui pourraient nuire à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescentes.

Les dommages collatéraux de la crise Ebola au Libéria chez les femmes et les filles en âge de procréer.



La docteure Jallah, devant l'hôpital de Paynesville, au Libéria.

Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

Par rapport à beaucoup d'autres femmes, Comfort Fayiah a eu de la chance.

Fin septembre 2014, alors que Comfort était sur le point de donner naissance à des jumeaux, la crise Ebola atteignait son paroxysme au Libéria, son pays natal. Depuis que le premier cas était apparu à Monrovia en juin 2014, le nombre de nouvelles infections ne cessait d'augmenter : en août, on en dénombrait 400 par semaine. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale a alors été contraint de suspendre la quasi-totalité des activités non liées à la maladie à virus Ebola, afin de concentrer tous les efforts sur la gestion de la crise. Victimes involontaires de ce revirement, les Libériennes en âge de procréer, qu'elles soient infectées ou non, ont subi les pires répercussions de l'épidémie.

« Toutes les opérations de routine de la chaîne d'approvisionnement nationale en matière de santé ont soudainement

été interrompues, empêchant alors les établissements de santé d'accéder au matériel et aux produits médicaux de première nécessité, explique Woseh Gobeh, administrateur du programme national de santé reproductive du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Même dans les pays moins touchés par l'épidémie, les établissements de santé ont connu de graves ruptures de stock de médicaments et de matériel médical. »

La question de l'approvisionnement n'était toutefois pas le seul problème : le corps médical du Libéria, en manque chronique d'effectifs (au début de la crise, on ne recensait dans tout le pays que 45 médecins en exercice dans le secteur public, d'après les estimations du ministère de la Santé), avait été malmené par la maladie à virus Ebola. Avant mai 2015, 8,07 pour cent des médecins, du personnel infirmier et des sages-



Comfort Fayiah et ses enfants.

Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

femmes du Libéria avait péri des suites de la maladie à virus Ebola, un taux alarmant par rapport à celui de la population générale (0,11 pour cent). La crainte de contracter le virus (d'autant plus qu'il est difficile de savoir si une personne est infectée sans faire de test en laboratoire) a poussé de nombreux agents de santé à éconduire des malades.

« Les agents de santé ont commencé à prendre peur et à refuser des patients », déclare la docteure Wilhelmina Jallah, directrice générale et responsable médicale de l'organisation non gouvernementale Hope for Women International, qui exerce à Paynesville, au Libéria. « Aucun agent de santé, même pourvu d'un équipement de protection personnel, ne voulait toucher une femme enceinte. »

Pour les femmes enceintes comme Comfort, aujourd'hui âgée de 29 ans, cela s'est traduit par un accès très limité

aux soins prénatals. Tandis que l'on avait relevé une amélioration de l'un des indicateurs couramment associés à de bons résultats en matière de santé maternelle, à savoir la réalisation de quatre consultations au cours de la grossesse, le taux de femmes en bénéficiant a chuté pendant la crise, passant de 65 pour cent en 2013 à 40 pour cent en août 2014. Il était dorénavant impossible d'accoucher dans un établissement de santé assigné en bonne et due forme. Quand le tour de Comfort est venu, elle a dû se rendre dans plusieurs hôpitaux et cliniques, mais aucun établissement n'a voulu l'accepter. « Ils m'ont éconduite en disant qu'ils ne pouvaient rien faire pour moi, explique-t-elle. Je ne pouvais pas reprocher aux agents de santé de refuser de m'aider ; tout le monde avait peur de la maladie. »

Tandis que les femmes enceintes non infectées par la maladie à virus Ebola (comme c'était le cas de Comfort)

avaient du mal à recevoir une assistance, celles qui étaient contaminées n'avaient pratiquement aucune chance de se faire aider. « Il est plus dangereux de traiter les femmes enceintes infectées, car les effets de la maladie à virus Ebola sur la grossesse sont méconnus et nous ne disposons d'aucune ligne directrice à suivre. Tout contact avec le sang et les fluides corporels des femmes enceintes peut exposer les agents de santé au virus », déclare la docteure Jallah.

Comfort n'a eu d'autre choix que de se réfugier sous un toit de tôle ondulée pour échapper à la pluie battante et de s'allonger à même le sol pour accoucher. « J'ai beaucoup souffert et j'ai cru mourir. Il ne me restait plus qu'à espérer un miracle », raconte-t-elle. Ce fut le cas : Comfort a donné naissance à deux petites filles en bonne santé avec l'assistance d'une aide-soignante qui passait par hasard à ce moment-là.

Un conflit ou une catastrophe peut anéantir en quelques instants les progrès économiques et sociaux de toute une génération.

Cela peut également ruiner la perspective d'une vie meilleure pour beaucoup d'individus, en brisant leurs projets et en limitant leurs choix.

En outre, ces crises peuvent exacerber les inégalités déjà présentes dans la société. Elles mettent encore plus à l'épreuve les personnes démunies et marginalisées, en faisant payer un prix très élevé aux femmes et aux jeunes, en particulier ceux de moins de 20 ans, qui représentent environ la moitié de la population dans de nombreuses zones de conflit ou postconflituelles (OCDE, 2015).

Sur le plan humain, les profondes répercussions des catastrophes et des conflits sur les individus, les communautés, les institutions et des pays entiers révèlent toute l'importance de renforcer la résilience, afin que tous ces acteurs puissent mieux résister aux effets des crises et se relever plus rapidement. Le renforcement de la résilience peut également contribuer à atténuer les impacts qui pourraient nuire à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescentes.

Les politiques, les programmes et le contexte social, économique et politique qui précède la crise sont autant de facteurs déterminant en grande partie quelles sont les personnes qui survivent, succombent ou se relèvent d'un conflit ou d'une catastrophe.

Un développement inclusif et équitable, qui respecte et protège les droits de l'homme, y compris les droits en matière de procréation et de santé, notamment la santé sexuelle et reproductive, est l'un des piliers de la résilience. Les principes d'inclusion, d'égalité et de droits constituent eux aussi la pierre angulaire du nouvel ensemble d'objectifs de développement durable des Nations Unies, appelés à orienter la communauté internationale face aux défis économiques et sociaux des 15 prochaines années. Le fait de garantir les droits et la santé des femmes et des adolescentes en matière de sexualité et de procréation contribuera grandement à parvenir à un développement inclusif et équitable, tout en améliorant la résilience des sociétés. Celles-ci seront alors plus à même de surmonter les crises et de se reconstruire, d'une manière qui favorisera à son tour la consolidation de la résilience.



Woseh Gobeh.

Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

D'autres femmes n'ont pas eu cette chance. Partout dans la région, les médecins ont signalé une recrudescence de la mortalité maternelle liée à des causes évitables, notamment des hémorragies, des ruptures utérines et des maladies hypertensives. Étant donné qu'il est impossible de remplacer les agents de santé dans l'immédiat (compte tenu du nombre d'années nécessaires pour instruire et former un chirurgien, par exemple), les répercussions de la crise ne feront que s'aggraver. D'après un rapport récemment publié par la Banque mondiale, la perte d'agents de santé en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone pourrait entraîner chaque année le décès de 4 022 femmes supplémentaires suite à des complications associées à la grossesse et à l'accouchement. La mortalité maternelle est ainsi susceptible d'augmenter de 38 pour cent en Guinée, de 74 pour cent en Sierra Leone et de 111 pour cent au Libéria.

Il faut aussi mentionner les répercussions de la crise sur la capacité des femmes à décider de leur grossesse (c.-à-d. si oui ou non elles veulent tomber enceintes, quand et combien de fois). Selon les estimations de l'UNFPA, lorsque la crise Ebola a atteint son apogée, près de la moitié des établissements de santé du Libéria ne disposaient plus d'aucun stock de contraceptifs injectables. D'après le ministère de la Santé, un peu plus d'un tiers seulement des établissements de santé assuraient des services de planification familiale. Les progrès notables réalisés avant la crise en matière d'utilisation des contraceptifs ont été quasiment anéantis.

« Le nombre de femmes et de filles qui meurent encore des suites de problèmes de santé évitables est beaucoup trop élevé, affirme M. Gobeh. Refuser à une femme ou à une fille l'accès à des services de santé reproductive de qualité relève d'une violation de leurs droits fondamentaux. »

En revanche, les nouvelles perspectives du développement durable pour les 15 prochaines années ne prendront forme que si tous les citoyens du monde s'engagent à y parvenir et partagent un intérêt commun à cette fin. En d'autres termes, les femmes et les adolescentes sont appelées à jouer un rôle clé dans l'orientation des efforts visant à améliorer la santé et le développement durable à tous les niveaux (au sein des ménages, de la communauté, des institutions et du gouvernement) sans être laissées pour compte ni reléguées à une fonction secondaire.

Sur la route de la résilience, de Hyogo à Sendai

Le terme « résilience », du verbe latin *resilire* (rebondir ou reculer), a été utilisée dans différents contextes, allant du domaine de l'écologie, pour expliquer comment un écosystème réagit face aux changements, à celui de la psychologie, afin de décrire comment les individus réagissent suite à un traumatisme (McAslan, 2010 ; Manyena, 2014 ; Matyas et Pelling, 2015). Dans toutes ces disciplines, on a recours à ce terme pour désigner la capacité à faire face à un choc et à s'en remettre.

De nos jours, la résilience occupe une place prépondérante dans la conceptualisation des interventions déployées face aux catastrophes naturelles, aux conflits, aux situations d'urgence et à d'autres dangers (Twigg, 2009 ; Matyas et Pelling, 2015 ; DFID, 2011). On en tient également compte dans la conception et la prestation des services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que pour améliorer la santé des femmes et des filles.

Le Cadre d'action de Hyogo 2005-2015 et le Cadre de Sendai 2015-2030, deux plans ayant vocation à protéger le monde des catastrophes naturelles, énoncent un certain nombre de priorités en vue de renforcer la résilience.

L'un des principaux objectifs stratégiques du cadre de Hyogo était le développement et le renforcement des institutions, des mécanismes et des capacités à tous les niveaux (en particulier celui de la communauté), susceptibles de contribuer de manière systématique au renforcement de la résilience face aux dangers (UNISDR, 2005). Ce cadre stipule qu'une perspective sexospécifique doit être intégrée dans tous les plans, politiques et processus de prise de décision relatifs à la gestion des risques de catastrophe, notamment

Néanmoins, les efforts déployés pour améliorer la situation ont quelque peu porté leurs fruits. L'UNFPA et d'autres organismes œuvrent actuellement à renflouer les rangs du personnel de santé, en encourageant par exemple les sages-femmes à la retraite à revenir sur le marché du travail. « Grâce à ces efforts, le nombre d'accouchements pris en charge dans des établissements de santé s'est accru en seulement deux mois, passant d'une moyenne de six à dix accouchements par mois à une moyenne de 30 à 40 par mois », déclare M. Gobeh. L'UNFPA a par ailleurs lancé une campagne nationale de promotion et de distribution de préservatifs, afin de sensibiliser les jeunes gens à l'importance de la prévention des

infections sexuellement transmissibles, y compris la maladie à virus Ebola. En outre, la baisse du nombre de nouveaux cas d'Ebola dans la région apporte un peu de soulagement aux femmes en âge de procréer.

« Il faut reconnaître le mérite du Libéria et de la communauté internationale pour avoir gagné la bataille contre Ebola en

un laps de temps relativement court, déclare M. Gobeh. Dorénavant, nous en appelons à la responsabilité du gouvernement du Libéria, des donateurs et de l'ensemble des partenaires : il est plus que jamais nécessaire de reconstruire le système de prestation des soins de santé ».

Comfort Faiyah et sa famille, chez eux.

Photo © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA





La sage-femme Christine Yakoundou examine une patiente dans un centre de santé, en République centrafricaine.

Photo © Panos Pictures/Jenny Matthews

ceux associés à l'évaluation des risques, aux alertes rapides, à la gestion de l'information, à l'éducation et à la formation.

En s'appuyant sur le cadre de Hyogo, la déclaration de Sendai élargit la définition de la résilience pour inclure explicitement l'importance de résister aux chocs, de les absorber et de se relever, mais aussi pour souligner son importance au niveau de la communauté, de la société et des individus. La résilience est définie ainsi :

« La capacité d'un système, une communauté ou une société exposée aux risques de résister, d'absorber, d'accueillir et de corriger les effets d'un danger, en temps opportun et de manière efficace, notamment par la préservation et la restauration de ses structures essentielles et de ses fonctions de base. »

(UNISDR, 2015a).

La déclaration de Sendai élargit la perspective sexospécifique du cadre de Hyogo en incluant les femmes dans les processus de planification et de conception des méthodes de préparation en prévision des catastrophes. Elle souligne également le besoin de renforcer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques inclusives et de mécanismes de protection sociale, comme la santé sexuelle et reproductive.

La résilience est à la fois un processus et une fin en soi, qui permet aux communautés et aux ménages vulnérables de prévenir les risques, de se préparer et de faire face aux crises et aux chocs sans compromettre leurs perspectives d'avenir.

Prévenir la pauvreté et les inégalités

Les facteurs socioéconomiques et structurels qui définissent la capacité de résilience des communautés sont autant de critères qui déterminent les répercussions d'une catastrophe ou d'un conflit et qui exigent l'attention soutenue des gouvernements. Même si la résilience peut être considérée comme un résultat final, il s'agit en fait d'un processus continu nécessitant des efforts permanents, afin d'aborder les facteurs socioéconomiques et structurels (pauvreté, préjugés sexistes et même insécurité alimentaire) susceptibles d'influer sur la capacité d'une communauté à supporter ou à se relever d'une crise ou d'un choc. Il convient de donner la priorité au renforcement de la résilience en tant que processus, à tous les niveaux, et de l'étayer au moyen des stratégies d'adaptation, de la culture, des connaissances et du patrimoine locaux. Cette démarche appelle à l'engagement des acteurs humanitaires et des partenaires du développement, même si la communauté doit garder le contrôle du processus (Twiggy, 2009).

Les crises humanitaires, telles que les catastrophes naturelles et les conflits, sont susceptibles d'étendre

et d'aggraver la pauvreté et les inégalités (UNISDR, 2015). La résilience peut atténuer cette tendance.

Pour renforcer la résilience, il est nécessaire d'aborder les causes sous-jacentes de la vulnérabilité, telles que la pauvreté et les inégalités, et d'adopter des mesures préventives afin de favoriser une adaptation positive avant que ne survienne la crise (Hillier et Castillo, 2013 ; FICR, 2012). Les investissements réalisés dans le domaine de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et juvénile, ainsi que

des droits en matière de procréation, protégeront les personnes les plus touchées par les catastrophes.

Investir auprès des jeunes afin d'accroître la capacité d'absorption des chocs des communautés et des pays

Les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation constituent la pierre angulaire du passage à l'âge adulte. Lorsque les gouvernements prennent des mesures en vue de veiller à ce que les jeunes entrent

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET RÉSILIENCE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT AUX OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Objectifs en matière de résilience	Objectifs en matière de santé sexuelle et reproductive
OMD (2000-2015)	
Aucun	<p>Objectif 5: Améliorer la santé maternelle</p> <p>Cible 5A: Réduire la mortalité maternelle</p> <p>Cible 5B: Rendre universel l'accès aux services de santé reproductive</p>
ODD (2016-2030)	
<p>1.5 D'ici à 2030, renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition et leur vulnérabilité aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental.</p> <p>11b D'ici à 2020, accroître considérablement le nombre de villes et d'établissements humains qui adoptent et mettent en œuvre des politiques et plans d'action intégrés en faveur de l'insertion de tous, de l'utilisation rationnelle des ressources, de l'adaptation aux effets des changements climatiques et de leur atténuation et de la résilience face aux catastrophes, et élaborer et mettre en œuvre, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2016-2030), une gestion globale des risques de catastrophe à tous les niveaux.</p> <p>13.1 Renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat.</p> <p>14.2 D'ici à 2020, gérer et protéger durablement les écosystèmes marins et côtiers, notamment en renforçant leur résilience, afin d'éviter les graves conséquences de leur dégradation et prendre des mesures en faveur de leur restauration pour rétablir la santé et la productivité des océans.</p>	<p>3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.</p> <p>5.2 Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation.</p> <p>5.6 Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.</p>

en bonne santé et en toute sécurité dans l'âge adulte, ils s'efforcent par là même d'accroître la capacité d'absorption des chocs des communautés et des pays entiers, en créant des environnements où les individus peuvent eux aussi devenir résilients.

Le renforcement de la résilience peut également contribuer à corriger et à surmonter des inégalités de longue date (UNISDR, 2015a). Ainsi, dans certains pays, le renforcement de la résilience des systèmes de santé peut concourir à élargir, avant le déclenchement d'une catastrophe, l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, des personnes qui en étaient jusqu'alors exclues.

Pour aboutir, le renforcement de la résilience doit faire évoluer les inégalités de genre et remettre en cause les structures de pouvoir inégalitaires (Winderl, 2014). Il doit inclure les femmes et les filles, non seulement en tant que bénéficiaires des services de

santé et de protection sociale, mais aussi en tant que défenseuses, agents de santé, membres actifs, représentantes et leaders de leurs communautés.

La résilience est liée à un développement solide tenant compte des vulnérabilités des individus

L'impact des catastrophes naturelles et des conflits sur les individus et les communautés dépend en grande partie de l'ampleur et de la nature de la pauvreté et du dénuement social qui précèdent la crise (UNISDR, 2015). Le renforcement de la résilience et la protection des communautés face aux effets négatifs d'une catastrophe doivent par conséquent aller de pair avec un programme de développement solide qui prenne en considération les vulnérabilités individuelles, sociales, économiques et culturelles.

Les objectifs de développement durable des Nations Unies 2016-2030, ainsi que d'autres initiatives visant à réduire le dénuement social et la pauvreté, conformément à un cadre international solide en matière de droits de l'homme, ouvrent la voie aux États et à leurs partenaires du développement afin qu'ils s'engagent à renforcer la résilience (Nations Unies, 2015d). La résolution de l'Assemblée générale relative au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 indique également le chemin à suivre :

« Les États ont également renouvelé l'engagement qu'ils avaient pris d'agir d'urgence pour atténuer les risques de catastrophe et accroître la résilience dans le contexte du développement durable et de l'élimination de la pauvreté, d'intégrer, selon qu'il conviendrait, tant la réduction des risques de catastrophe que le renforcement de la résilience dans les politiques, plans, programmes et budgets à tous les niveaux et d'en tenir compte dans les cadres pertinents. »

Associer les efforts visant à renforcer la résilience et ceux liés au développement durable est le gage que la résilience n'est pas définie à travers un ensemble indépendant de normes, mais plutôt intégrée dans l'ensemble des efforts déployés par un pays en vue d'atteindre un certain nombre d'objectifs de développement. La réalisation des objectifs en matière



Nyantit, 10 ans, Soudan du Sud : « Je suis rentrée chez moi pour me changer parce que je veux être belle sur la photo. C'est la seule belle chemise que j'ai, parce que je n'ai rien pu prendre avec moi quand nous avons dû fuir. »

Photo © Panos Pictures/Chris de Bode

de santé, par exemple, dépendra de l'amélioration de la qualité et de la portée des services de santé sexuelle et reproductive, mais aussi de la capacité à en garantir l'accès universel, y compris dans les situations d'urgence, les crises et les camps de réfugiés. Étant donné que les taux élevés de mortalité maternelle et infantile sont généralement concentrés dans les pays où sévissent des conflits et des catastrophes naturelles, il sera essentiel d'y créer des liens solides entre les programmes de renforcement de la résilience et les objectifs de développement durable pour pouvoir atteindre ces objectifs tout en atténuant les effets des catastrophes.

Investir dans la réduction des risques de catastrophe pour améliorer la santé maternelle, infantile et juvénile

La réduction des risques de catastrophe est l'un des piliers de la résilience. Tandis que l'action humanitaire est une intervention à court terme, la réduction des risques de catastrophe se veut une démarche à long terme pour traiter les causes profondes de la vulnérabilité lors d'une crise (Plan International, 2013). Même s'il est impossible de prévenir certaines catastrophes, telles que les séismes et les tsunamis, leurs répercussions peuvent tout de même être atténuées par le biais d'investissements réalisés en amont de la crise pour développer des systèmes de santé sexuelle et reproductive qui soient résilients et axés sur les besoins des segments les plus vulnérables de la communauté.

En vue d'améliorer la préparation aux catastrophes et de réduire les risques, le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe invite à mettre en œuvre des mesures économiques, structurelles, juridiques, sociales, sanitaires, culturelles, éducatives, environnementales, technologiques, politiques et institutionnelles, à la fois intégrées et inclusives, en vue de prévenir les nouvelles catastrophes et de réduire les risques. Cette approche intégrée est susceptible de prévenir et de réduire l'exposition aux dangers et la vulnérabilité face aux catastrophes, tout en renforçant la prévoyance des activités de secours et de relèvement, ce qui améliorera par conséquent la résilience (UNISDR, 2015a).

Afin de réduire les risques et de renforcer la résilience, il faut tout d'abord être au fait de l'évolution des dangers et connaître les vulnérabilités physiques, sociales, économiques et environnementales de la plupart des sociétés face aux catastrophes, puis prendre des mesures sur la base de ces constatations, d'après le Cadre d'action de Hyogo.

L'ampleur des catastrophes s'est aggravée en raison de l'accélération de l'urbanisation, de la déforestation et de la dégradation de l'environnement, ainsi que des phénomènes météorologiques extrêmes, notamment des températures plus élevées, des précipitations très denses, sans oublier les tempêtes et les orages de plus en plus violents (Leaning et Guha-Sapir, 2013). Ainsi, afin de renforcer la résilience face aux catastrophes, il convient d'appréhender les facteurs socioéconomiques et politiques à l'origine des vulnérabilités, et d'analyser l'évolution des taux de mortalité et de morbidité entre les différents groupes de population (Leaning et Guha-Sapir, 2013). Avec cette vue d'ensemble, il sera possible d'établir des mécanismes capables de réduire les facteurs sous-jacents de risque et de vulnérabilité, en tenant compte des différences de genre, de classe, de caste, de race, d'âge, d'ethnicité, de handicap et de revenus qui influent sur le degré de risque et d'exclusion sociale et politique des communautés (UNISDR, 2015).

La réduction des risques de catastrophe implique par ailleurs de reconnaître, de comprendre et de réagir face aux risques sexospécifiques, tout en ayant l'égalité des sexes comme principal objectif (Bradshaw, 2015).

Les capacités d'adaptation varient d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays

Les études de risque doivent tenir compte des écarts entre et dans les pays. L'indice de gestion des risques (INFORM) du Comité permanent interorganisations montre la capacité d'adaptation des pays, en mesurant les efforts de réduction des risques de catastrophe, la gouvernance, la communication, les infrastructures matérielles et l'accès au système de santé.

En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, le risque de décès maternel concerne une femme sur 32. Les femmes y sont donc près de cinq fois plus exposées qu'en Asie du Sud et près de 150 fois plus que

dans les pays industrialisés (Save the Children, 2014). En étudiant de plus près les statistiques ventilées au sein d'un même pays, on constate que les communautés se situent à différents niveaux sur l'échelle de réduction des risques : les effets d'une catastrophe sur une femme appartenant au quintile le plus riche et vivant en milieu urbain ne sont pas les mêmes que ceux touchant une femme du quintile le plus pauvre vivant dans la périphérie. Face à un tel contexte inégalitaire, il est urgent de renforcer la résilience. Les données ventilées doivent être utilisées pour étayer les politiques nationales et l'affectation des ressources, en contribuant à détecter les risques, à développer la résilience et à améliorer la préparation aux crises.

Les inégalités en matière d'accès aux services et aux mécanismes de protection sociale ont une incidence sur la résilience des différents groupes et individus touchés par une catastrophe, en particulier les femmes et les filles. De même, les inégalités en matière d'accès à la terre, à un revenu et aux bases de ressources influent sur la gestion des risques par les ménages et les communautés eux-mêmes. Les inégalités en matière de protection juridique, législative et réglementaire, ainsi que celles relevant de la participation et de la responsabilité, auront une incidence sur tous les programmes de réduction des risques de catastrophe, tout comme sur la capacité des pays à remédier aux causes sous-jacentes de ces risques (UNISDR, 2015).

La stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies intitulée « Toutes les femmes, tous les enfants » se fait elle aussi l'écho de l'engagement en faveur des populations les plus exposées au manque de soins ou d'accès aux services. Grâce aux données ventilées, le renforcement de la résilience ne repose plus uniquement sur la mesure globale de la santé et du bien-être, qui évalue sans distinction l'impact des conflits et des catastrophes sur les jeunes, les femmes, les migrants et les groupes marginalisés ou à faible revenu. Intégrer la collecte de données ventilées au sein des mécanismes systématiques de recueil des données, tout en renforçant les systèmes d'enregistrement des

faits d'état civil, permettrait une analyse plus fine des risques.

Il est primordial de mettre au point des mécanismes solides d'alerte précoce tenant compte du genre, de l'âge et du handicap des individus, afin de garantir un accès équitable aux informations en amont des crises (Development Initiatives, 2015).

Renforcer la résilience dans les situations d'urgence liées à des conflits

Dans le domaine des alertes précoces, les innovations ont plutôt été axées sur les phénomènes météorologiques. Les alertes et les interventions précoces liées à des conflits demeurent plus complexes, pour des motifs à la fois techniques et politiques.

Afin de renforcer la résilience lors des crises humanitaires provoquées par des conflits, il est nécessaire d'adopter un ensemble de stratégies de prévention distinctes et multidimensionnelles, y compris des mesures fermes de lutte contre la discrimination et la violence, tout en veillant à pallier les inégalités structurelles ayant une incidence sur la santé sexuelle et reproductive (Harris *et al.*, 2013). Les crises humanitaires sont de plus en plus souvent

liées à la fois à des catastrophes et des conflits, dont les causes sous-jacentes se recoupent.

Ebola

D'après les estimations, la crise Ebola aurait touché 18,7 millions de personnes, dont 9,8 millions d'adolescents et d'enfants (UNICEF, 2015). L'épidémie a mis en évidence le manque de résilience face aux chocs des systèmes de santé, où les soins primaires sont déficients. Pour qu'ils le soient, il aurait fallu développer les capacités, renforcer les systèmes de santé infranationaux, améliorer l'accès aux informations et leur diffusion, mettre en place des mécanismes de participation des intervenants à tous les niveaux de l'administration ainsi que dans le secteur de la santé, et renforcer la confiance (Kieny et Dovlo, 2015).

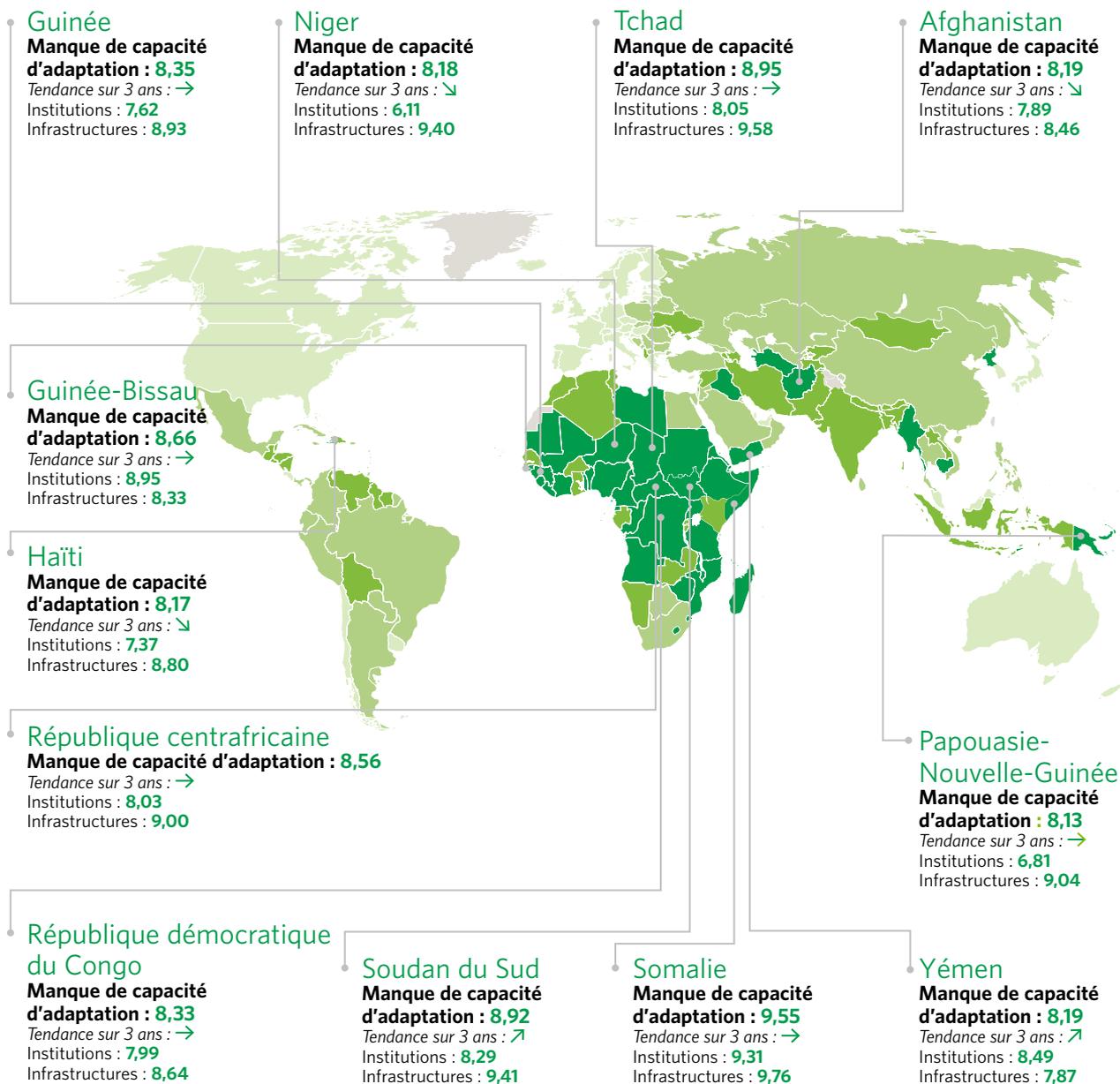
Un système de santé résilient est capable de s'adapter aux variations du profil épidémiologique d'une



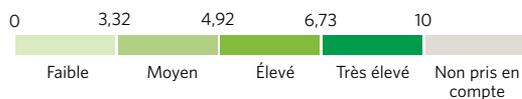
En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, le risque de décès maternel concerne une femme sur 32. Les femmes y sont donc près de cinq fois plus exposées qu'en Asie du Sud et près de 150 fois plus que dans les pays industrialisés.

MANQUE DE CAPACITÉ D'ADAPTATION EN 2015

Cet indicateur mesure le manque de ressources à disposition de la population qui lui permettent de surmonter les crises. Il comprend deux catégories : institutions et infrastructures. La carte ci-dessous présente les données des 12 pays où l'indice de manque de capacité d'adaptation est le plus élevé.



INDICE DE CAPACITÉ D'ADAPTATION INFORM



LÉGENDE ↗ Risque en hausse → Risque stable ↘ Risque en baisse

(INFORM, 2015)

population et de rester opérationnel dans des conditions difficiles. Loin de fonctionner en vase clos, les systèmes de santé résilients entretiennent des liens étroits avec des partenaires régionaux et internationaux, ce qui permet aux gouvernements de déployer rapidement un large éventail de ressources (Kruk *et al.*, 2015). Un des fondements des systèmes de santé résilients est leur caractère intersectoriel, qui vise à intégrer les plans, les priorités et les processus humanitaires dans les cadres de développement durable (Kieny et Dovlo, 2015).

L'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans la santé primaire est primordiale pour la résilience

L'intégration des services de santé sexuelle et reproductive dans les politiques nationales de santé est une condition préalable indispensable au renforcement de la résilience face aux situations d'urgence. Elle est également le gage d'un accès fiable et sûr aux soins vitaux, aux services de santé reproductive et aux fournitures nécessaires pour sauver les femmes et les adolescentes d'une mort évitable, y compris lors des accouchements difficiles et des grossesses non désirées. La qualité des services de santé maternelle et le taux de mortalité maternelle sont deux indicateurs de la qualité globale du système de santé, de son bon fonctionnement et de son degré d'inclusion.

La santé sexuelle et reproductive doit être intégrée dans les évaluations des risques sanitaires et les systèmes d'alerte précoce à l'intention des communautés et des groupes vulnérables. L'Organisation mondiale de la Santé insiste sur l'importance de disposer de centres de soins de santé primaire suffisamment équipés, en mesure de prendre en charge les services de santé sexuelle et reproductive, y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. En outre, les services de santé sexuelle et reproductive existants doivent être renforcés afin d'atténuer les effets des crises et de favoriser l'adaptation et le relèvement. L'Organisation mondiale de la Santé recommande par ailleurs que la planification de la préparation aux catastrophes prenne en considération les besoins des populations vulnérables, à savoir les femmes, les adolescents, les nouveau-nés, les personnes handicapées et les populations déplacées (OMS, 2012).

Grâce au renforcement des soins complets de santé reproductive et à leur intégration dans les soins primaires en amont des crises, un dispositif minimum d'urgence (DMU) pourra être déclenché lorsque cette crise se produira. La présence d'un ensemble de structures politiques et juridiques permettant aux femmes et aux jeunes de faire valoir leur droit à la santé reproductive contribuera au respect de ces droits pendant les crises.

Comme l'a déclaré l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, « il est essentiel de répondre aux besoins des populations en matière de santé sexuelle et reproductive, afin de favoriser la résilience et le relèvement rapide des communautés touchées » (Nations Unies, 2015c).

La protection sociale et la réduction des risques de catastrophe

Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe préconise des politiques et des programmes de protection sociale en mesure de satisfaire les besoins des plus vulnérables. Ainsi, ces interventions pourraient viser à prévenir ou traiter la malnutrition chronique, faciliter l'émission de documents d'identité, garantir l'accès des femmes à l'héritage ou encore empêcher les mariages d'enfants. Il est nécessaire de mettre en place un vaste système de protection sociale inclusif afin de protéger les ménages et les enfants les plus démunis de l'extrême pauvreté et de promouvoir des moyens de subsistance et des activités productives pour les hommes et les femmes.

Étant donné que la plupart des pays présentant des taux élevés de mariage d'enfants sont considérés comme des pays fragiles ou fortement exposés au risque de catastrophe naturelle, il est nécessaire de renforcer les efforts actuellement déployés pour protéger les filles d'un mariage précoce et de la violence sexiste (en leur permettant de poursuivre leur scolarisation, en fournissant des aides financières ciblées aux familles et en assurant une éducation complète à la sexualité, entre autres mesures), afin qu'ils ne soient pas interrompus en cas de crise ou de choc (Plan International, 2013).

Le raffermissement des mesures de lutte contre la traite des êtres humains est également important pour renforcer la résilience des communautés et des pays

confrontés à l'exploitation et la spoliation, des phénomènes qui touchent particulièrement les enfants et les adolescentes à la suite d'une catastrophe.

L'Organisation internationale pour les migrations a préconisé l'adoption et la mise en œuvre à l'échelle nationale de lois contre la traite des êtres humains. Les mesures de lutte contre la traite doivent être intégrées dans la stratégie nationale de préparation et de planification des interventions en cas d'urgence (Organisation internationale pour les migrations, 2015). Elles contribueront ainsi à l'abolition de la traite des êtres humains telle qu'exigée par les objectifs de développement durable.

Il est nécessaire de lutter contre la violence sexiste avant, pendant et après les crises

Dans un contexte post-conflictuel, les adolescents, en particulier les jeunes filles, sont exposés à un risque accru de maltraitance, d'exploitation et de comportements à risque, autant de situations qui augmentent leur vulnérabilité aux rapports sexuels précoces, aux grossesses non désirées et aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

Les jeunes âgés de 10 à 14 ans, les adolescentes enceintes et les adolescents marginalisés sont davantage exposés et nécessitent des interventions ciblées (UNFPA et Save the Children, 2009). Les filles qui ont été victimes de violences sexistes souffrent souvent de séquelles psychologiques et physiques à vie, ainsi que d'une stigmatisation sociale (DFID, 2013).

Des directives émanant du Comité permanent interorganisations soulignent la nécessité d'intégrer au sein de l'aide humanitaire la lutte contre la violence sexiste, un élément central du renforcement de la résilience (CPI, 2015).

Le renforcement de la résilience doit à la fois prévenir la violence sexiste et y remédier, tout en agissant au niveau communautaire, institutionnel et national pour la mise en œuvre des lois, des politiques et des programmes de prévention et d'atténuation de ce type de violence, qui permettent aux victimes réelles ou potentielles d'avoir accès aux soins et à l'assistance nécessaires.

En l'absence de mesures de lutte contre la violence sexiste, en amont et au moment des crises, il n'existe

pas d'assise solide sur laquelle s'appuyer pour améliorer la résilience et la santé des femmes à moyen et long terme. Par ailleurs, cette lacune constitue un obstacle à la reconstruction des vies et des moyens de subsistance des individus, des familles et des communautés entières (Comité international de secours, 2012).

L'éducation des filles réduit la vulnérabilité

De nombreuses études prouvent que l'éducation des filles est l'un des investissements les plus rentables qu'un pays puisse faire pour sortir les familles de la pauvreté et construire un avenir meilleur. Lorsque les filles instruites grandissent et deviennent mères à leur tour, elles ont généralement des enfants en meilleure santé et mieux instruits. Des données récentes apportent un autre argument de poids en faveur de l'éducation des filles : l'autonomisation des femmes grâce à une éducation plus poussée réduit leur vulnérabilité (en termes de décès et de blessures) lors des catastrophes liées aux phénomènes météorologiques (Save the Children, 2014). Les écoles, qui suscitent un sentiment de normalité et fournissent des informations et des services vitaux, peuvent jouer un rôle important. Faciliter l'accès universel à l'école peut en outre limer les sentiments d'injustice qui ont alimenté les conflits. Mais surtout, il est crucial que les générations futures soient bien instruites pour surmonter les conflits, contribuer au relèvement de la société et garantir le développement et la sécurité futurs (Coalition mondiale pour la protection de l'éducation contre les attaques, 2015).

L'éducation des adolescents (garçons et filles) en matière de développement sexuel, de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation est un élément central de l'accès généralisé à l'éducation. Une formation spécifique aux situations d'urgence est tout aussi essentielle pour promouvoir la résilience : les enfants mal informés au sujet des dangers, des alertes, des procédures d'évacuation et d'autres comportements à adopter pour se protéger ont plus de risque que les autres d'être blessés et de succomber en cas de catastrophe (Wisner, 2006). Des mesures juridiques et politiques plus larges, visant par exemple à empêcher l'occupation des écoles par les groupes armés, lors des conflits, contribueront

elles aussi à renforcer la résilience (Coalition mondiale pour la protection de l'éducation contre les attaques, 2015).

La participation des femmes, des jeunes et des minorités ethniques jette des bases solides pour la résilience

Lorsqu'un large éventail de communautés et d'acteurs s'engage à renforcer la résilience, ils jettent des bases solides pour l'obtention de bons résultats. Cet engagement doit inclure les minorités ethniques, les femmes, les adolescents et les jeunes, les personnes handicapées et les personnes âgées. Même si la plupart des lois portant sur la réduction des risques de catastrophe prévoient la participation des femmes et des groupes vulnérables, il ne s'agit bien souvent que d'une aspiration générale et aucun mécanisme spécifique n'est prévu pour la mettre en pratique (UNISDR, 2015).

Bien souvent, la réduction des risques de catastrophe et le renforcement de la résilience ignorent les jeunes. Pourtant, ces mêmes jeunes, qui sont exclus des processus préalables à la crise, finissent parfois par jouer un rôle vital au lendemain de celle-ci : ils aident à l'évacuation et à la prise en charge des blessés après une catastrophe (Peek, 2008), débloquent les décombres, diffusent les nouvelles et les informations, distribuent des aliments et s'occupent des jeunes enfants. La participation significative des jeunes est cruciale pour la localisation de l'aide humanitaire, afin de garantir la résilience et l'efficacité de cette dernière. Les jeunes peuvent s'avérer des alliés de poids dans la conception et la mise en œuvre des mesures de préparation et d'intervention en cas d'urgence (UNFPA et Women's Refugee Commission, 2015 ; Osotimehin, 2015).

Lorsque les jeunes, y compris les adolescents, jouissent d'une plus grande autonomie et sont soutenus, ils peuvent contribuer à réduire la pauvreté intergénérationnelle et à construire un dividende démographique favorisant une croissance économique durable et inclusive. En d'autres termes, de nombreux pays, y compris un certain nombre de ceux actuellement en crise, peuvent tirer parti de leur nombreuse population de jeunes bientôt en âge de travailler.

Saisir l'opportunité de ce dividende démographique pourrait précisément déclencher l'accélération du développement dont les pays sortant d'une crise ont besoin pour se relever et aller de l'avant.

La résilience dans le processus continu de développement humanitaire

Un partenariat durable entre les acteurs de l'aide humanitaire et ceux du développement est nécessaire pour renforcer la résilience. Étant donné que 43 pour cent de la population mondiale la plus démunie vit actuellement dans des États fragiles (OCDE, 2015) et que les pays exposés au risque de catastrophe et de choc reçoivent un volume moindre d'aide publique au développement par habitant (OCDE, 2015), il est plus que jamais nécessaire de relier ces acteurs. Un tel lien est aussi le gage que les investissements réalisés en vue d'atteindre les nouveaux objectifs de développement durable des Nations Unies ne négligent pas la réduction des risques de catastrophe, les interventions d'urgence, ni la transition du relèvement au développement durable.

Un certain nombre de pays ont entrepris des réformes institutionnelles, afin de soutenir l'intégration du financement associé aux risques de catastrophe au sein d'une approche stratégique plus large de gestion des risques de catastrophe (UNISDR, 2015). Ainsi, les ministères des Finances prennent de plus en plus les devants pour mettre au point des programmes nationaux et régionaux d'assurance et de crédit, tandis que les gouvernements établissent de nouveaux mécanismes institutionnels, tels que les comités nationaux du risque, auxquels participent des contrôleurs d'assurance, des agences de gestion des catastrophes et les ministères compétents (UNISDR, 2015).

La santé sexuelle et reproductive comme moyen de réduire la pauvreté et d'atténuer les risques

De nos jours, une part croissante des services de santé sexuelle et reproductive financés par la communauté internationale sont fournis en situation de crise humanitaire. En effet, en vue d'atteindre les objectifs énoncés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement,

les mesures visant à fournir ces services et informations, mais aussi à protéger les droits des personnes, doivent de plus en plus souvent se dérouler au beau milieu d'un conflit, d'un déplacement massif de population ou d'une épidémie, ou bien au lendemain d'une catastrophe, qu'elle soit naturelle ou liée aux changements climatiques.

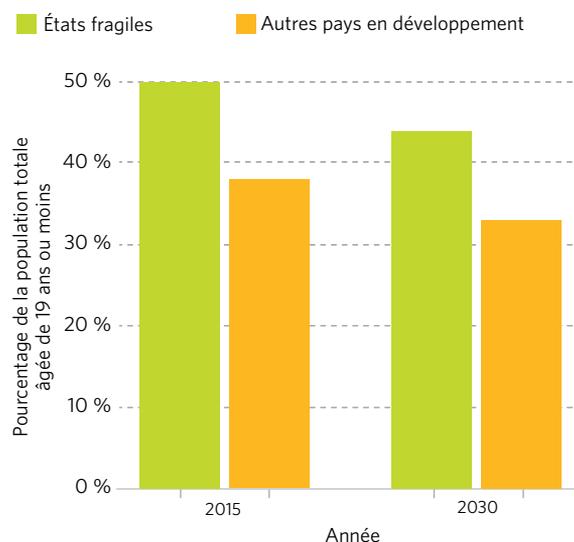
Il est indispensable de protéger les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation des femmes et des adolescentes lors des situations de crise ; il en va de leurs droits fondamentaux. Toutefois, en l'absence de préparation et sans un renforcement de la résilience, cette démarche s'avère difficile, coûteuse et non durable.

Par conséquent, il convient de prendre des mesures afin de remédier aux causes profondes des crises, en particulier le sous-développement et les inégalités, ainsi que de promouvoir la résilience des pays, des environnements, des communautés et des individus en vue d'atténuer les effets de ces crises. La résilience repose en partie sur le développement et la répartition équitable des avancées économiques et sociales d'une société. Lorsque cette dernière est faible, la vulnérabilité aux conflits et aux catastrophes est élevée. Le degré de préparation est une autre variable cruciale dans l'équation de la résilience.

Droit fondamental, la santé sexuelle et reproductive est une composante clé du développement durable. Plus un pays est à même de réduire la pauvreté et le dénuement social, plus il est résilient. Il est alors plus susceptible de supporter une crise et de s'en relever avec des pertes moindres sur le plan social, économique et humain. Les interventions d'urgence sont toujours plus coûteuses que les activités de préparation et d'atténuation des risques.

Au mois de mars dernier, la communauté internationale a adopté un Cadre de réduction des risques de catastrophe à Sendai, au Japon. Ce cadre énonce quatre priorités : la compréhension des risques de catastrophe ; le renforcement de la gouvernance des risques de catastrophe ; l'investissement dans la réduction des risques de catastrophe aux fins de résilience ; et le renforcement de l'état de préparation aux catastrophes pour une réponse efficace et « reconstruire en mieux »

POPULATION MOYENNE DE MOINS DE 20 ANS EN POURCENTAGE DE LA POPULATION TOTALE DES ÉTATS FRAGILES PAR RAPPORT À D'AUTRES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, 2015



(OCDE, 2015)

durant la phase de relèvement, de remise en état et de reconstruction. Le Cadre de Sendai relève directement du mandat de l'UNFPA. Dans l'article 30(j), il est stipulé que, sur les plans national et local, il importe « d'améliorer la conception et la mise en œuvre de politiques profitant à tous et de mécanismes de protection sociale, notamment par la participation des collectivités, et de les coordonner avec des programmes d'amélioration des moyens de subsistance, et l'accès aux services essentiels dans les domaines de la santé, y compris la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et procréative, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, du logement et de l'éducation, en vue d'éliminer la pauvreté, de trouver des solutions durables pour la phase de relèvement après une catastrophe, d'aider les populations touchées de manière disproportionnée par des catastrophes et de leur donner des moyens » (UNISDR, 2015a).

Les investissements réalisés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des



Susila Bora, 19 ans, dans le village de Saurpani-4, qui a été détruit lors du tremblement de terre de magnitude 7,8 qui a frappé le Népal en avril 2015.

Photo © Panos Pictures/Vlad Sokhin

filles (avant, pendant ou après une crise) contribuent au développement et sont appelés à jouer un rôle déterminant dans la réalisation des nouveaux objectifs de développement durable. Ils concourent également à la réduction des vulnérabilités à certaines crises.

Les femmes peuvent occuper une place centrale dans les phases de redressement et de relèvement qui succèdent à une crise, mais leur participation dépend en partie de leur santé et de leur capacité à différer une grossesse.

Il est possible de sauver davantage de vies humaines si les communautés œuvrant dans l'humanitaire, le secteur du développement et de la santé sexuelle et reproductive s'unissent, afin de s'entraider et de collaborer de façon complémentaire. Il convient d'exécuter simultanément les activités visant à gérer les risques et à renforcer la résilience plutôt que d'adopter une approche linéaire de transition des secours au développement. La coopération entre les acteurs issus de plusieurs domaines d'expertise peut contribuer à combler les écarts entre objectifs humanitaires et objectifs de développement.

Le renforcement de la résilience est un *processus* cumulatif et progressif à plusieurs niveaux (mondial, régional, national, communautaire et individuel). C'est aussi un *résultat* qui s'attaque, à titre préventif, aux inégalités de répartition des risques en situation d'urgence, en renforçant les capacités institutionnelles et les fonctions systémiques.

La résilience est par ailleurs une composante centrale de ce que l'UNFPA décrit comme la responsabilité humanitaire de protéger les droits des jeunes, notamment des adolescents, de répondre à leurs besoins spécifiques et d'encourager leur participation aux mesures de préparation, d'intervention et de relèvement, en tirant parti de leurs capacités uniques (UNFPA et Women's Refugee Commission, 2015).

Jeter les bases de l'amélioration à long terme de l'égalité entre les sexes

Une étude réalisée en 2015 par ONU-Femmes révèle que les programmes en faveur de l'égalité des sexes en pleine crise humanitaire peuvent intensifier l'impact des interventions et constituer le fondement d'un progrès à long terme en matière d'égalité entre les sexes (ONU-Femmes, 2015a).

Les programmes en faveur de l'égalité des sexes reconnaissent qu'au sein d'une population touchée par une crise, les femmes, les hommes, les filles et les garçons présentent des vulnérabilités et des besoins spécifiques et distincts.

L'étude menée par ONU-Femmes démontre que les programmes en faveur de l'égalité des sexes mis en œuvre dans les zones touchées par des crises, au Kenya, au Népal et aux Philippines, entre autres, ont eu un impact positif et ont amélioré l'accès et le recours aux services, renforcé l'efficacité de l'aide humanitaire et réduit les inégalités de genre.

En outre, ce type de programme a largement contribué à l'amélioration de la santé, particulièrement celle des femmes et des filles, mais aussi celle de tous les membres d'un même foyer. Au Népal par exemple, la mise à disposition d'infrastructures de santé accueillant les femmes aussi bien que les hommes, ainsi que le lancement de campagnes de sensibilisation à la santé et à l'hygiène, et d'incitation à recourir aux établissements de santé

ont « grandement amélioré » la santé maternelle et infantile, tout en réduisant le nombre de décès survenus pendant la grossesse ou l'accouchement. Par ailleurs, ce type de programme a permis de réduire efficacement certaines formes de violence sexiste.

Les catastrophes naturelles peuvent donner aux femmes l'occasion de remettre en cause leur place dans la société et de changer de statut, car elles doivent souvent s'atteler à des tâches « typiquement masculines », comme construire une maison ou creuser un puits.

Créer des synergies

Les investissements destinés à réduire les risques de catastrophe aux fins de renforcement de la résilience sont des investissements multisectoriels, publics et privés. Ils visent à lutter contre les causes profondes d'une catastrophe en abordant les facteurs déterminant la survie et le rétablissement, à sauver des vies, à préserver les moyens de subsistance, à prévenir et réduire les pertes, ainsi qu'à garantir un relèvement et une réhabilitation efficaces (UNISDR, 2015a).

Dans le cadre du développement humanitaire, la continuité est indispensable pour pouvoir s'engager de façon soutenue en faveur de la progression des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation. Les crises humanitaires freinent et font parfois même régresser les acquis du développement. Les investissements dans le développement amortissent les effets d'une crise ou d'une catastrophe naturelle et peuvent constituer une base solide pour reconstruire toute une société (UNFPA, 2010). L'action humanitaire et le développement doivent être cohérents et complémentaires, et reposer sur une vision commune de résultats partagés à long terme garantissant une gestion des risques efficaces (Nations Unies, 2015b). Les femmes et les jeunes doivent occuper une place centrale au sein des activités communautaires de

préparation, mais aussi pendant la phase de transition entre la crise et le développement. Tant que les droits et les besoins des plus vulnérables ne seront pas au cœur de la planification, des programmes et du financement du développement, il sera impossible d'atteindre les objectifs de développement durable des Nations Unies d'ici 2030.

De l'aspiration à la réalité

À partir de 2015, le défi que devront relever les décideurs afin de renforcer la résilience consiste à passer de l'aspiration à la réalité. Il est nécessaire d'adopter de nouveaux modèles de développement intégré, incluant un engagement ferme en faveur de la réduction des risques de catastrophe. De tels modèles incluraient par exemple le renforcement des systèmes de santé primaire en y intégrant des services de santé sexuelle et reproductive, l'adoption d'une approche multisectorielle concernant la santé des adolescents, le recours aux écoles pour diffuser les informations relatives à la préparation aux catastrophes, ou encore l'intégration des mesures d'adaptation aux changements climatiques. La garantie d'un engagement ferme en faveur de l'inclusion, de la consultation et de l'équité est la clé de voûte du développement intégré.

Il est de plus en plus urgent d'adopter des approches intégrées, capables de gérer à la fois les conflits et les risques de catastrophe naturelle. En effet, si les catastrophes naturelles sont susceptibles d'aggraver ou de déclencher des conflits, elles doivent être prises en considération dans les cadres relatifs aux conflits et au renforcement des États. De même, si les conflits et la fragilité des États augmentent la vulnérabilité et l'exposition aux catastrophes naturelles, aux épidémies ou à la famine, ils doivent être inclus dans les évaluations des risques de catastrophe et dans les cadres de lutte contre les catastrophes naturelles.

De nouvelles orientations en matière de financement de la santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire

Le nombre de personnes ayant besoin d'aide humanitaire augmente, de même que les fonds des donateurs institutionnels et individuels, des gouvernements et des entreprises. Toutefois, les déficits de financement continuent de se creuser, signe de l'instabilité des dispositifs de financement actuels.



Une mère et son nouveau-né se reposent dans le camp de Tierkidi, en Éthiopie.

Photo © UNFPA/A. Haileselassie

Protéger la santé des mères et des adolescentes du Soudan du Sud

Chaque semaine, 45 femmes en moyenne accouchent au centre de santé du camp de réfugiés de Tierkidi, en Éthiopie.

Selon le responsable du centre de santé, Yonas Zewdu, ce chiffre n'a pas toujours été si élevé. Jusqu'à récemment, la plupart des femmes accouchaient chez elles, sans l'aide de personnel qualifié.

M. Zewdu explique que le centre a déployé un personnel de proximité chargé de rendre visite aux femmes chez elles, de les encourager à aller consulter pendant la grossesse et de prendre des dispositions afin qu'elles puissent accoucher au centre,



Des mères et leurs enfants attendent à l'extérieur du centre de santé de Tierkidi, en Éthiopie.
Photo © UNFPA/A. Haileselassie

où deux sages-femmes assistent toutes les naissances.

L'une de ces sages-femmes, Lelisa Bekele, affirme que lorsqu'une femme enceinte ayant déjà effectué une consultation prénatale ne se rend pas à la consultation suivante, le personnel de proximité la contacte pour s'assurer que tout va bien.

L'UNFPA distribue des trousse d'accouchement hygiéniques aux femmes enceintes vivant loin des centres de santé. Ces trousse contiennent une serviette, un rasoir, des gants, des draps en plastique, un nœud pour le cordon et du savon.

L'UNFPA approvisionne le centre en trousse de santé reproductive d'urgence, qui comprennent tout le

nécessaire : matériel et médicaments pour des accouchements sans risque permettant d'effectuer une réparation chirurgicale des déchirures cervicales et vaginales, ainsi que pour le traitement des infections sexuellement transmissibles, sans oublier plusieurs moyens de contraception.

Selon Peter Lam Gony, qui supervise les activités de sensibilisation communautaire en matière de santé sexuelle et reproductive, de plus en plus de femmes sont au fait de l'existence de la planification familiale et décident d'y recourir, souvent contre le souhait de leur partenaire.

« Les maris pensent que leur femme verra d'autres hommes si leur couple a recours à la planification familiale », déclare M. Gony.

Dans le camp de réfugiés, un nombre croissant d'adolescentes choisissent, elles aussi, d'utiliser des moyens de contraception. Celles qui viennent profiter des services de santé confidentiels apprennent que, hormis les préservatifs, les contraceptifs permettent uniquement d'éviter les grossesses et non pas les infections sexuellement transmissibles comme le VIH.

Par ailleurs, le centre met des préservatifs à disposition de tous par le biais de distributeurs gratuits répartis dans le camp.

Le camp de Tierkidi accueille près de 52 000 réfugiés qui ont fui le Soudan du Sud.

En 2015, plus de 100 millions de personnes avaient besoin d'aide humanitaire, un chiffre en hausse par rapport aux 88 millions recensés en 2014 et aux 78 millions de 2013.

Les adolescentes et les femmes âgées de 15 à 49 ans représentent environ un quart du total.

À mesure que les crises se multiplient dans le monde et qu'elles deviennent de plus en plus complexes, il en va de même des besoins des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive.

En raison du grand nombre de crises qui sévissent dans le monde et de leur ampleur, la communauté internationale satisfait une part croissante des besoins globaux en matière de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire. En effet, en vue d'atteindre les objectifs liés aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation énoncés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, la fourniture des services et des informations doit de plus en plus souvent se dérouler au beau milieu d'un conflit, d'un déplacement massif de population ou d'une épidémie, ou bien au lendemain d'une catastrophe, qu'elle soit naturelle ou liée aux changements climatiques.

La protection des droits en matière de procréation et de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles en situation d'urgence est cruciale ; il en va

de leurs droits fondamentaux. Toutefois, tant que les modalités de prestation et de financement de l'aide humanitaire ne changeront pas, elle restera une affaire complexe et non durable.

Il est désormais impératif de changer profondément la manière dont la communauté internationale et les gouvernements touchés appréhendent et financent l'action humanitaire. Outre le fait de mobiliser des ressources pour répondre aux besoins humanitaires les plus pressants, l'ensemble des parties prenantes doit accorder davantage d'importance aux investissements à long terme susceptibles de concourir à la résolution des causes profondes des crises, notamment le sous-développement, et au renforcement de la résilience des individus, des communautés et des pays entiers, afin d'atténuer l'impact de ces crises. La résilience repose en partie sur le développement et la répartition équitable des avancées économiques et sociales d'une société. Lorsque la résilience est faible, la vulnérabilité aux conflits et aux catastrophes est élevée. Le degré de préparation est une autre variable cruciale dans l'équation de la résilience.

Droit fondamental, la santé sexuelle et reproductive est un élément crucial pour parvenir au développement durable. Plus un pays se développe, plus il devient résilient. Il est alors plus à même de supporter une crise et de s'en relever à moindre coût. Les interventions

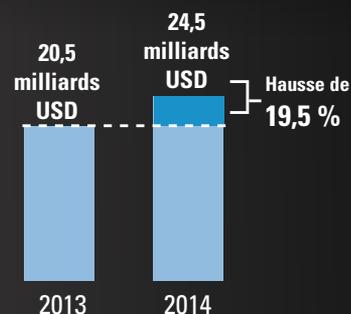
Des élèves suivent un cours dans une tente érigée suite au tremblement de terre qui a détruit l'école de Damsijhand, au Népal.

Photo © Panos Pictures/Brian Sokol



CONTRIBUTIONS

En 2014, une année marquée par de nombreuses crises de grande ampleur, les contributions ont atteint de nouveaux sommets, totalisant 24,5 milliards de dollars, soit 19,5 pour cent de plus que le précédent record, enregistré en 2013 (20,5 milliards). Pour la troisième année consécutive, l'aide humanitaire internationale a donc enregistré une hausse remarquable.



d'urgence sont toujours plus coûteuses que les activités de préparation et d'atténuation des risques.

Au mois de mars dernier, la communauté internationale a adopté un cadre de réduction des risques de catastrophe à Sendai, au Japon. Une partie de ce cadre reprend directement le mandat de l'UNFPA. Il énonce ainsi le besoin d'améliorer la conception et la mise en œuvre de politiques profitant à tous et de mécanismes de protection sociale, notamment par la participation des collectivités, et de les coordonner avec des programmes d'amélioration des moyens de subsistance, et l'accès aux services essentiels dans les domaines de la santé, y compris la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et procréative, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, du logement et de l'éducation, en vue d'éliminer la pauvreté, de trouver des solutions durables pour la phase de relèvement après une catastrophe, d'aider les populations touchées de manière disproportionnée par des catastrophes et de leur donner des moyens.

Cette même année, une réunion d'experts qui s'est tenue à Abu Dhabi a donné lieu à une déclaration préconisant une orientation plus stratégique en matière de bien-être et de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et juvénile dans le cadre d'un continuum de l'aide humanitaire et de l'action du développement. Elle invite également à consolider les systèmes de santé nationaux et infranationaux, tout en renforçant leur résilience, de sorte à pouvoir fournir plus facilement des services de qualité en situation de crise et en cas de catastrophe et de conflit.

Un besoin record de fonds pour l'aide humanitaire

Ensemble, les conflits et les catastrophes naturelles, y compris les phénomènes météorologiques extrêmes, ainsi que l'extrême pauvreté et d'autres crises prolongées, ont donné lieu au plus grand déplacement forcé de personnes hors de leur communauté ou de leur pays depuis la Seconde Guerre mondiale et les besoins de financement international pour l'aide humanitaire ont atteint de nouveaux sommets (Kim *et al.*, 2015 ; Bond for International Development, 2015).

Les besoins de financement de l'UNFPA pour l'action humanitaire dans les domaines des droits et

de la santé en matière de sexualité et de procréation ont eux aussi atteint un record historique, passant d'environ 78 millions de dollars en 2006 à près de 175 millions en 2014.

Le défi consiste actuellement à répondre aux besoins multiples et pluridimensionnels du grand nombre de personnes touchées par des crises humanitaires. Pour trouver des solutions durables, il faut aujourd'hui miser sur les nouveaux donateurs, les partenariats avec le secteur privé et d'autres stratégies innovantes.

L'aide humanitaire internationale a atteint 24,5 milliards de dollars en 2014

Entre 2009 et 2014, l'aide humanitaire internationale représentait environ 19,8 milliards de dollars par an à l'échelle mondiale (Development Initiatives, 2015). Toutefois, en 2014, une année marquée par de nombreuses crises de grande ampleur, les contributions ont atteint de nouveaux sommets, totalisant 24,5 milliards de dollars, soit 19,5 pour cent de plus que le précédent record, enregistré en 2013 (20,5 milliards). Pour la troisième année consécutive, l'aide humanitaire internationale a donc enregistré une hausse remarquable.

Les principaux gouvernements et institutions donateurs, qui ont contribué à hauteur de 18,7 milliards de dollars en 2014, étaient en tête du financement de l'aide face aux crises humanitaires de grande ampleur. Environ 90 pour cent de ces fonds (16,8 milliards) provenaient des 29 États membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE/CAD 2014b ; UNFPA, 2015). Ces mêmes États ont fourni 94 pour cent de l'aide humanitaire internationale apportée par les gouvernements au cours des dix dernières années. En 2014, les États-Unis ont financé environ 32 pour cent de l'aide humanitaire internationale.

Toujours en 2014, l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis ont rejoint la liste des 20 principaux donateurs d'aide humanitaire. Les contributions des États arabes ont augmenté de 120 pour cent entre 2013 et 2014, passant de 764 millions à 1,7 milliard de dollars, principalement en réaction aux crises en Iraq et en Syrie ; la plupart des fonds provenaient de l'Arabie saoudite, des Émirats arabes unis, du Koweït et du Qatar.

Les contributions de la Turquie se sont également considérablement accrues, jusqu'à en faire l'un des principaux donateurs dans la crise syrienne. Le pays a effet alloué 1,6 milliard de dollars aux réfugiés syriens (Start Network, 2014).

Les fonds octroyés à l'aide humanitaire par les donateurs d'Asie de l'Est ont augmenté de 11 pour cent entre 2013 et 2014. Ainsi, le Japon a apporté 882 millions de dollars, suivi de la République de Corée et de la Chine, avec respectivement 81,7 millions et 53,7 millions de dollars.

Les apports des économies nationales émergentes sont eux aussi en hausse. Les contributions du Brésil sont ainsi passées de 2,6 millions de dollars en 2005 à 14,9 millions en 2014 ; la Sierra Leone a affecté 17,2 millions de dollars de son propre budget aux interventions de lutte contre la maladie à virus Ebola.

Autres sources de financement de l'aide humanitaire

Le secteur privé et le grand public constituent d'autres sources notables d'aide humanitaire, généralement par l'entremise d'organisations non gouvernementales internationales. Ce groupe varié de donateurs, composé de particuliers, de fondations, de trusts et d'entreprises, a financé près de 27 pour cent de l'aide

humanitaire internationale entre 2009 et 2013 (Stoianova, 2013 ; Gingerich et Cohen, 2015 ; Development Initiatives, 2015).

Les donateurs privés représentaient le principal groupe de financement des actions humanitaires internationales suite au passage du typhon Haiyan en 2013 et le troisième lors de la crise de la maladie à virus Ebola en 2014 (Stoianova, 2013 ; Development Initiatives, 2015).

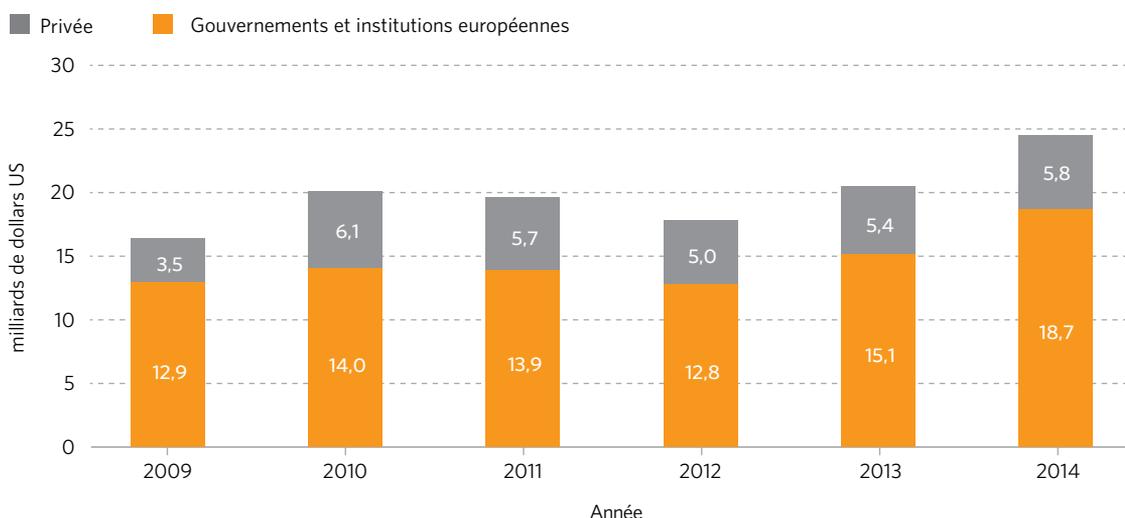
Les membres de la diaspora fournissent eux aussi de l'aide grâce aux transferts de fonds. Les organisations religieuses, dont certaines interviennent en marge du système humanitaire, procurent elles aussi une assistance. En fait, les organisations confessionnelles jouent un rôle clé dans le financement de l'aide humanitaire : elles apportent près de 16 pour cent de toute l'aide acheminée par le biais des organisations non gouvernementales.

Appels globaux des Nations Unies

Les appels globaux lancés par les Nations Unies se fondent sur l'évaluation des besoins et sur les interventions prévues par les organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales internationales qui œuvrent dans certains pays ou interviennent face à des situations d'urgence déterminées.

En 2014, les Nations Unies ont lancé 31 appels en vue de recueillir la somme record de 19,5 milliards de

ACTION HUMANITAIRE INTERNATIONALE, 2009-2014



(Development Initiatives, 2015)

dollars. En réponse à ces appels, les donateurs ont versé 12 milliards, ce qui a laissé un déficit de financement sans précédent : 7,5 milliards, soit 38 pour cent des besoins totaux.

Les fonds de financement commun gérés par les Nations Unies, tels que le Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF), regroupent des ressources non préaffectées pour faire face à une montée soudaine des besoins humanitaires. En 2014, le CERF a ainsi octroyé 290 millions de dollars à des projets d'intervention rapide et 170 millions à des initiatives qui disposaient d'un financement insuffisant. En outre, les fonds de financement commun pour les différents pays, qui dépendent des contributions des gouvernements et des donateurs privés, ont octroyé 386 millions de dollars à 19 pays en 2014. La plupart des contributions de donateurs issues de fonds communs provenaient en 2014 de l'Allemagne, du Danemark, de la Norvège, des Pays-Bas, du Qatar, du Royaume-Uni et de la Suède.

Un déficit de financement grandissant

L'aide humanitaire internationale s'est accrue moins vite que les besoins liés aux crises humanitaires actuelles, particulièrement complexes ; elle ne suffit pas à elle seule à y répondre, encore moins à corriger leurs déterminants, notamment l'instabilité, la pauvreté et la vulnérabilité (Gingerich et Cohen, 2015 ; Development Initiatives, 2015).

Ces dix dernières années, les contributions apportées suite aux appels de fonds internationaux ont augmenté de 300 pour cent (Bond for International Development, 2015). Pourtant, les écarts de financement se creusent de plus en plus (Development Initiatives, 2015).

Ces déficits sont encore aggravés par le manque de ressources et de capacités qui prévaut dans les lieux les plus vulnérables aux crises, en particulier dans les zones touchées par des conflits où les interventions nationales sont limitées, voire inexistantes. D'autre part, la pression sur le système est appelée à s'accroître dans les années à venir à cause des effets du changement climatique, des vulnérabilités liées à l'urbanisation galopante et des besoins des pays fragiles ou touchés par des conflits. Parmi les 20 pays qui ont reçu la plus grande part d'aide humanitaire internationale au cours de la dernière décennie, la plupart ont connu des conflits,

LE COÛT ÉCONOMIQUE

En 2013, le coût total cumulé des conséquences directes (endommagement des infrastructures, des logements et des cultures) et indirectes (perte de revenus, perte de production, déstabilisation du marché et perte d'emplois) des catastrophes naturelles était estimé à 118,6 milliards de dollars (UNOCHA, 2014).

En 2014, les dommages provoqués par les pluies diluviennes, les tempêtes, les inondations et les hivers rigoureux ont entraîné à eux seuls des pertes économiques de l'ordre de 110 milliards de dollars (UNISDR, 2014). Depuis 2000, la totalité des pertes économiques causées par des catastrophes s'élèverait à 2 500 milliards de dollars (UNISDR, 2014).

Le nombre de catastrophes naturelles entraînant des pertes de plusieurs milliards de dollars ne cesse d'augmenter.

Il est cependant plus difficile de déterminer avec précision les chiffres relatifs aux pertes économiques provoquées par des conflits et d'autres situations d'urgence prolongées à l'échelle mondiale. Les crises humanitaires complexes et chroniques surviennent généralement dans des contextes de paupérisation et de forte insécurité, là où les États ou les institutions publiques sont défaillants ou et les infrastructures, détruites.

sont très vulnérables aux effets du changement climatique et présentent de faibles capacités d'adaptation, de préparation ou de relèvement. En outre, ils sont tous considérés comme des États fragiles (Inomata, 2012).

Au vu de ces déficits grandissants, il semblerait que les modalités actuelles de financement des interventions humanitaires ne soient pas viables.

Les fonds ne sont pas répartis de manière équitable

En 2014, les déficits de financement ont été plus prononcés dans certains pays et certaines crises que dans d'autres. En règle générale, les appels de fonds moins ambitieux se sont soldés par un succès plus mitigé,

FINANCEMENT EFFECTIF ET BESOINS NON SATISFAITS SUITE AUX APPELS DE FONDS COORDONNÉS DES NATIONS UNIES, 2005-2014



(Development Initiatives, 2015)

avec un taux de couverture des besoins inférieur. À l'exception de la crise ukrainienne, très médiatisée, les fonds obtenus n'ont pas suffi à couvrir la moitié des besoins. En revanche, les besoins pour lutter contre les crises au Soudan du Sud, en Iraq et contre la maladie à virus Ebola (> 1 milliard de dollars chacun) ont été respectivement satisfaits à 90, 75 et 81 pour cent (Gingerich et Cohen, 2015).

La part de l'aide humanitaire directement fournie aux acteurs nationaux et locaux dans les pays touchés par des crises demeure relativement faible : ainsi, entre 2007 et 2013, ceux-ci ont reçu moins de 2 pour cent de l'aide humanitaire annuelle totale (Gingerich et Cohen, 2015).

Une part mineure des fonds est allouée à la préparation et au relèvement rapide

Actuellement, le financement humanitaire est principalement destiné à répondre aux crises, au détriment des activités de prévention et de préparation. En effet, près de 60 pour cent de l'aide humanitaire est consacrée aux secours d'urgence, 35 pour cent à la reconstruction et au redressement, et seulement 5 pour

cent à la préparation et à l'atténuation des risques de catastrophe. Ces cinq dernières années, les principaux donateurs ont affecté de 3 à 6 pour cent de leurs dépenses totales en aide humanitaire à la réduction des risques et des impacts (Gingerich et Cohen, 2015).

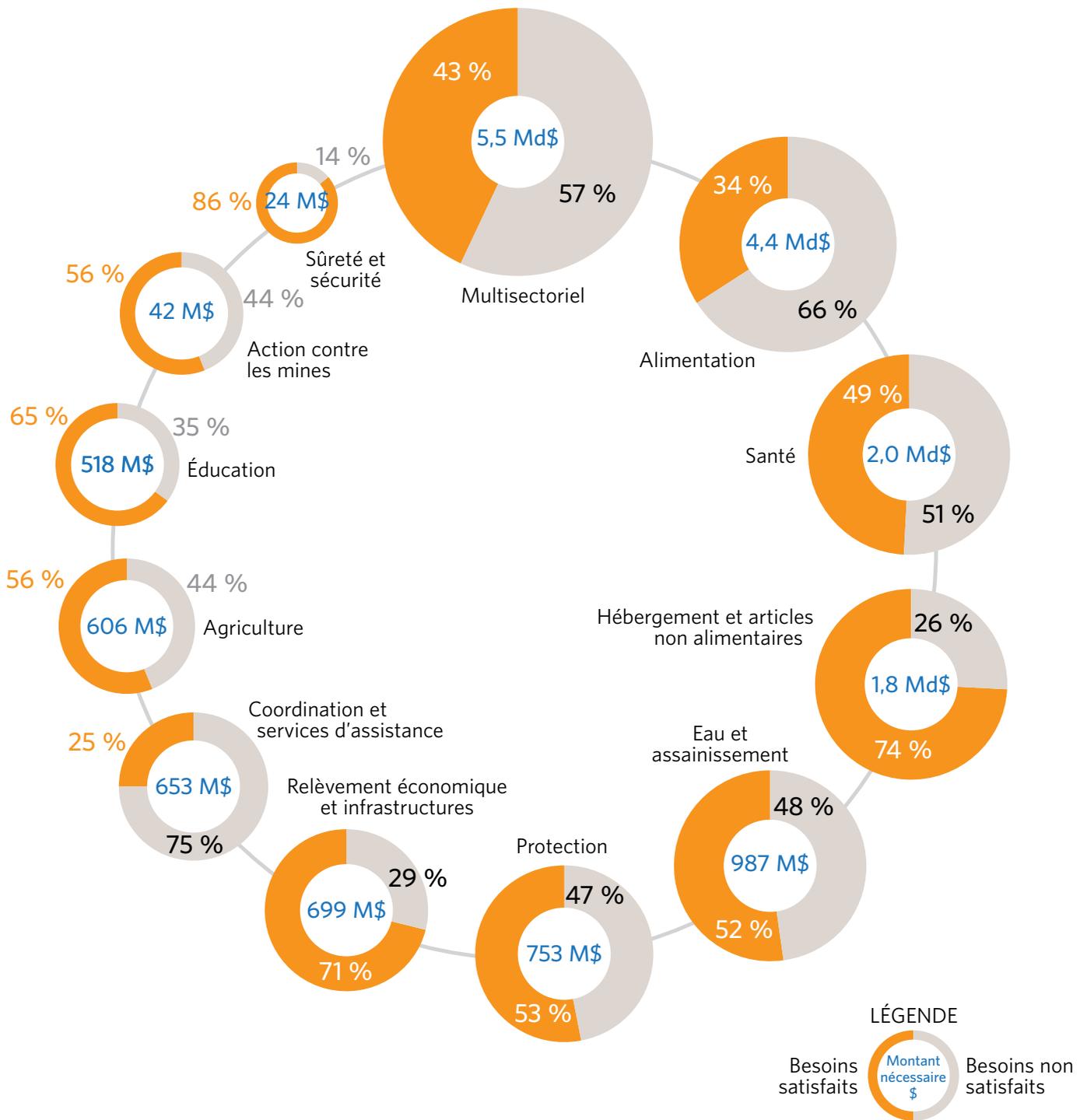
Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 illustre l'importance croissante accordée aux investissements en faveur de la prévention et de la préparation aux catastrophes naturelles.

On assiste depuis dix ans à une évolution du financement dans le domaine humanitaire. Toutefois, la plupart des fonds continuent d'être octroyés aux interventions visant à répondre aux situations d'urgence prolongées, plutôt qu'à la prévention et la préparation (Inomata, 2012).

Le financement axé sur la santé sexuelle et reproductive ne représente qu'un faible pourcentage

Les fonds alloués à la santé sexuelle et reproductive lors des crises humanitaires sont relativement faibles, aussi bien en quantité absolue qu'en proportion des ressources humanitaires.

COUVERTURE DES BESOINS DE FINANCEMENT, PAR SECTEUR, 2014



(Development Initiatives, 2015)



Clinique de santé familiale, Sweileh, Jordanie.
Photo © UNFPA/Salah Malkawi

Bien que les demandes de financement de la santé reproductive et les fonds obtenus suite aux appels lancés augmentent depuis 2002, seuls 43 pour cent des besoins ont été satisfaits entre 2002 et 2013, contre 68 pour cent pour l'ensemble du secteur humanitaire (Tanabe *et al.*, 2015).

Parmi les 11 347 propositions de financement présentées aux donateurs internationaux, qui visaient à protéger la santé et la sécurité des populations dans 345 situations d'urgence entre 2002 et 2013, 3 912 (soit 34,5 per cent) avaient trait à la santé reproductive (Tanabe *et al.*, 2015). Le nombre de propositions contenant des activités spécifiques à la santé reproductive s'est accru en moyenne de 22 pour cent par an, tandis que la proportion des appels du secteur de la santé et de la protection envisageant ce genre d'activités n'a augmenté que de 10 pour cent par an en moyenne.

Ces dernières années, la communauté des donateurs a intensifié son soutien aux services de lutte contre la violence sexuelle et sexiste, en particulier dans les situations de conflit. Ainsi, les contributions ont plus

qu'augmenté, passant de 50 millions de dollars en 2012 à 107 millions en 2014. Cependant, en dépit de cette augmentation, sa part dans l'aide humanitaire totale reste faible : 0,5 pour cent seulement en 2014 (Development Initiatives, 2015).

D'après Tanabe *et al.* (2015), 57 pour cent des appels de fonds lancés entre 2002 et 2013 en faveur d'une aide humanitaire sexospécifique incluaient des propositions concrètes dédiées à la santé maternelle et infantile. Près de 46 pour cent des demandes de financement concernaient la violence sexuelle et sexiste, 38 pour cent concernaient la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles, 27 pour cent la santé reproductive en général et environ 15 pour cent la planification familiale. Sur la même période, les propositions incluant toutes les composantes d'un dispositif minimum d'urgence (DMU) en faveur de la santé reproductive dans les situations de crise ont augmenté d'environ 40 pour cent (Chynoweth, 2015).

Il existe un manque manifeste d'intérêt pour la santé reproductive des adolescents en termes de financement, d'accès aux services, et d'élaboration/évaluation des programmes (Women's Refugee Commission, 2014). Depuis 2009, les propositions concernant les droits et la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation recueillies suite aux appels globaux et appels éclairés des Nations Unies ont représenté moins de 3,5 pour cent de toutes les propositions annuelles relatives à la santé. Par ailleurs, 68 pour cent d'entre elles n'ont pas reçu les fonds nécessaires (Women's Refugee Commission, 2014).

Plus de la moitié des réfugiés, des personnes déplacées et des demandeurs d'asile sont des femmes et des jeunes filles, qui ont besoin d'accéder aux soins essentiels de santé reproductive. Les déplacements exacerbent les besoins : le manque de services et d'interventions vitales, tels que les soins obstétricaux, donne lieu à une augmentation des grossesses non désirées et des avortements non médicalisés, ainsi qu'à une hausse de la morbidité et de la mortalité provoquées par la violence sexiste et par les complications liées à la grossesse (Comité international de secours, 2012).

Le financement humanitaire vu sous un nouvel angle

Alors que les conflits prolongés entraînent le déplacement forcé d'un nombre record de personnes pendant des années voire des décennies et que la pénurie d'eau, l'insécurité alimentaire et les phénomènes météorologiques extrêmes ont un impact de plus en plus fort sur la population, en particulier sur les personnes les plus démunies des zones urbaines densément peuplées, les besoins en matière d'action humanitaire ne cessent de croître.

Au regard de la demande grandissante, il devient impératif d'aider les femmes et les filles et de répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, que la communauté internationale a par le passé relégués au second plan afin de satisfaire d'abord les besoins élémentaires en eau, en nourriture et en logement.

Ces derniers temps, il est apparu de plus en plus évident que la santé sexuelle et reproductive revêtait une importance capitale lors des crises humanitaires. De même, la communauté internationale s'est rendu compte que la réalisation des objectifs humanitaires dans d'autres secteurs, tels que l'éducation, la sécurité alimentaire et la survie des enfants, reposait en partie sur l'autonomie et les moyens donnés aux femmes et aux filles afin qu'elles décident de leur grossesse (c.-à-d. si elles veulent être enceintes, quand et combien de fois) et de leur mariage (si elles veulent se marier et quand), et puissent se protéger des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH.

La communauté internationale commence également à prendre conscience à quel point les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation sont indispensables pour se préparer aux catastrophes et en atténuer les risques, ainsi que pour améliorer le relèvement, la réhabilitation et la résilience.

Partout dans le monde, et en particulier dans les pays les plus pauvres, les femmes et les filles sont particulièrement défavorisées, même là où la situation est stable. Leur accès aux services et aux opportunités est limité et leur pouvoir économique moindre, tout comme leurs possibilités de faire valoir leurs droits. En outre, elles sont exposées à des risques de santé accrus lors de la grossesse et de l'accouchement. Ces inégalités se font plus criantes lorsque survient une catastrophe ou un conflit.

Un virage décisif pour le modèle d'activité du système humanitaire

À l'instar du financement de l'action humanitaire en général, les fonds destinés à la santé sexuelle et reproductive ne sont aujourd'hui pas suffisants pour satisfaire l'augmentation rapide des besoins.

Les déficits de financement de l'action humanitaire (relative aux interventions humanitaires en général et à la santé sexuelle et reproductive) persistent, ce qui porte à croire que les dispositions actuelles ne suffiront pas à satisfaire les besoins dans les années à venir. Il s'avère donc nécessaire d'adopter des approches innovantes en matière de financement, mais aussi de changer le modèle global de l'aide humanitaire en général.

Le groupe de travail indépendant Future Humanitarian Financing (FHF) conseille le Comité permanent interorganisations des Nations Unies, un organisme de coordination composé de neuf membres de plein droit, dont l'UNFPA. Le rapport du FHF pour 2015, intitulé *Looking Beyond the Crisis* (« Voir au-delà de la crise ») préconise un certain nombre de changements majeurs en ce qui concerne le financement et l'exécution de l'aide humanitaire, à commencer par un « virage décisif pour le modèle d'activité du système humanitaire », en abandonnant une culture et un ensemble de pratiques tendant à la compartimentation, à la réactivité et à la compétition, pour se tourner vers un modèle axé sur l'anticipation, la transparence, la recherche, l'expérimentation et la collaboration stratégique.

Une démarche mondiale ferme en vue de satisfaire les besoins de financement de l'action humanitaire

Selon le FHF, les acteurs humanitaires doivent non seulement s'efforcer de répondre aux besoins humanitaires actuels, mais aussi œuvrer à un avenir meilleur dans lequel, dans la mesure du possible, les interventions humanitaires internationales ne seraient pas nécessaires ou resteraient exceptionnelles, et la plupart des besoins seraient satisfaits par les acteurs locaux. Ce changement demande une vision à long terme et des alliances stratégiques avec un large éventail d'acteurs, capables de faire évoluer la vulnérabilité et la gestion des risques de manière radicale.

Cela exige également une démarche ferme à l'échelle mondiale, afin de relever les défis futurs du financement de l'action humanitaire, en favorisant la participation d'un plus grand nombre d'acteurs et en leur donnant la possibilité de prendre en charge les coûts associés à la gestion des risques, tout en considérant les situations d'après-crise comme une question relevant de « la responsabilité partagée et de l'intérêt commun ».

Les appels de fonds ne sont désormais plus une prérogative occidentale. En janvier dernier, par exemple, un téléthon en faveur de réfugiés syriens qui étaient pris dans une violente tempête de neige, organisé par le Croissant-Rouge à Dubaï, a permis de recueillir 40 millions de dollars en six heures. À l'avenir, il est probable qu'en cas d'affinités culturelles et géographiques avec la population touchée par une catastrophe, les organisations et donateurs régionaux jouent davantage un rôle de premier plan dans les interventions humanitaires.

Faire le lien entre le financement de l'action humanitaire et le développement

Dans un rapport présenté à l'Assemblée générale en 2015, le Secrétaire général des Nations Unies a préconisé un financement plus prévisible de l'aide humanitaire et une efficacité accrue des interventions, en accordant la priorité aux besoins les plus pressants. Il a également souligné l'importance de resserrer les liens entre ce financement et celui du développement, afin de renforcer la résilience des populations et des institutions vulnérables avant, pendant et après les crises (Nations Unies, 2015c).

Le Conseil économique et social des Nations Unies a adopté cette année une résolution contenant des recommandations similaires, enjoignant les États membres, le système des Nations Unies, le secteur privé et les autres organismes concernés à affecter des fonds et à investir de manière adéquate dans le renforcement de la préparation et de la résilience, en puisant notamment dans les budgets de l'aide humanitaire et du développement, ainsi que dans les fonds de base à des fins non spécifiées et les fonds souples des projets pluriannuels, en vue de combler les écarts entre le financement de l'action humanitaire et celui du développement (Nations Unies, 2015c).

Un autre défi important à relever réside dans la nature même des cycles de financement de l'action humanitaire au sein des Nations Unies, qui sont pensés sur le court terme. D'après le Secrétaire général, cette optique rend plus ardue une planification efficace de l'aide humanitaire, tenant compte des risques et s'étendant sur plusieurs années : « collecter des fonds sur une base annuelle pour des crises de longue durée est loin d'être le moyen le plus efficace de financer notre action » et cela ne permet pas aux organismes humanitaires de tirer parti des gains d'efficacité qui pourraient résulter d'une planification pluriannuelle (Nations Unies, 2015c).

Le manque de données entrave le ciblage des fonds affectés à la santé sexuelle et reproductive

L'un des enjeux liés à la mobilisation des ressources en faveur de la santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire (et de l'aide humanitaire en général) est le manque de données relatives à la population touchée par les crises, ventilées par sexe et par âge. Il est également rare de trouver des données fiables et complètes sur la nature et la quantité des fonds affectés à la santé sexuelle et reproductive et sur l'origine de ces fonds. Il existe bien quelques données relatives aux apports du secteur privé, des fondations et autres, mais ces informations sont souvent incomplètes. Tant que l'on ne pourra pas dresser un tableau précis de toutes les sources de financement contribuant à la résolution d'une crise humanitaire donnée, il sera difficile de mettre au point des interventions coordonnées, sans compter que les acteurs risquent de passer à côté de certaines opportunités de synergies.

Vers un financement plus prévisible et davantage consacré à la préparation et à la réduction des risques

Depuis dix ans, le nombre de personnes nécessitant une aide humanitaire s'est accru, tout comme les fonds affectés afin de répondre à leurs besoins. Pourtant, les déficits de financement se sont creusés. Cette tendance vaut également pour l'aide humanitaire apportée au secteur de la santé sexuelle et reproductive.

En parallèle, le coût de la mise à disposition des fournitures et des services essentiels de santé sexuelle et reproductive a augmenté. Cela s'explique notamment par le fait que ces derniers sont en grande partie fournis en situation d'urgence et de crise.

Les modalités actuelles de financement de l'aide humanitaire peuvent donc s'avérer non viables. Pour cette raison, il est nécessaire de revoir l'optique du financement, mais aussi de l'aide humanitaire en général. Des modalités de financement permettant une planification à long terme, assorties de mesures visant à améliorer la prévisibilité de ce financement et la souplesse de l'affectation des ressources, peuvent donner lieu à des programmes plus efficaces et à des interventions mieux ciblées, là où ces ressources font le plus défaut. En outre, les systèmes de suivi et de compte rendu doivent être renforcés et la transparence améliorée, afin que les pays donateurs puissent démontrer à leur électorat que ses contributions font réellement la différence dans la vie des personnes touchées par une catastrophe ou un conflit.

Tout en continuant à satisfaire les besoins humanitaires urgents, la communauté internationale et les gouvernements eux-mêmes devraient investir davantage dans le renforcement des capacités en vue d'accroître la résilience, ainsi que dans la préparation aux catastrophes et à la réduction des risques, dans l'objectif de réduire la vulnérabilité aux conflits et aux catastrophes, mais aussi d'accélérer le relèvement quand ceux-ci se produisent.

Le système humanitaire international pourrait trouver des modèles adéquats de financement durable dans le secteur du développement. L'aide d'urgence doit être fournie de sorte à favoriser le développement à long terme, en vue d'assurer une bonne transition de la phase des secours à celle du relèvement, puis du développement. De même, les organisations qui se consacrent à l'aide au développement doivent intégrer dans leurs programmes des mesures de préparation aux catastrophes, de réduction des risques et de renforcement de la résilience (Comité intergouvernemental d'experts sur le financement du développement durable, Nations Unies, 2014).



Réfugiés afghans, Chiraz, Iran.

Photo © UNHCR/Sebastian Rich

Cette année, le Secrétaire général a organisé une table ronde de haut niveau sur le financement de l'aide humanitaire, chargée d'étudier les enjeux actuels et à venir, ainsi que de trouver les moyens de combler les déficits de financement.

Le prochain Sommet mondial sur l'action humanitaire offrira aux pays donateurs, aux organisations internationales et aux gouvernements une occasion sans précédent de repenser la façon dont l'aide humanitaire est financée et mise en œuvre, et d'aligner leurs futures interventions sur les objectifs de développement durable 2016-2030 des Nations Unies (Nations Unies, 2015c).

CHAPITRE 6

Une vision porteuse de changements en matière de réduction des risques, d'intervention et de résilience

L'action humanitaire peut jeter les bases d'un développement durable. Un développement profitable à tous, où chacun peut faire valoir ses droits, y compris ses droits en matière de reproduction, peut aider les personnes, les institutions et les communautés à surmonter une crise. Il peut aussi accélérer le relèvement.



Ishwori Dangol.

Photo © UNFPA/Santosh Chhetri

Un nouvel espoir au Népal

Lorsque le pire séisme qu'aït connu le Népal a frappé le pays le 25 avril dernier, la vie d'Ishwori Dangol a été bouleversée à jamais.

La jeune femme de 30 ans, originaire du village de Betrawati, situé dans le district de Nuwakot, et enceinte de sept mois à l'époque, a cherché désespérément son fils de sept ans qui jouait dans une maison voisine, jusqu'à ce qu'elle découvre qu'il faisait partie des 9 000 personnes ayant perdu la vie dans le tremblement de terre ce jour-là.

Rongée par le chagrin, Ishwori était également préoccupée par la santé de l'enfant qu'elle portait et s'inquiétait de devoir accoucher seule, le séisme de magnitude 7,8 ayant endommagé ou détruit 70 pour cent des centres de



Dangol (au centre).

Photo © UNFPA/Santosh Chhetri

naissance dans les 14 districts népalais les plus touchés, y compris Nuwakot.

Comme Ishwori, des milliers de femmes enceintes ont été pratiquement ou totalement coupées des services de santé essentiels leur permettant d'accoucher en toute sécurité.

Sushila, agent de santé communautaire bénévole locale, a parlé à Ishwori d'un camp de santé reproductive soutenu par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et dirigé conjointement par l'hôpital communautaire Manamohan Memorial Community Hospital et l'Agence adventiste d'aide et de développement, en coordination avec le ministère de la Santé et de la Population.

Ce camp a fourni à Ishwori et à plus de 400 autres femmes des informations et des services en matière de survie au cours des trois premiers jours d'intervention. L'UNFPA a soutenu et financé 109 camps similaires et distribué des produits de santé reproductive au sein de 124 établissements de santé, ce qui a permis d'atteindre environ 1,8 million de personnes au cours des cinq premiers mois qui ont suivi le tremblement de terre.

Les services offerts par ces camps comprenaient notamment des soins prénatals et postnatals, l'accouchement sans risques, l'accès à la planification familiale, le dépistage et le traitement d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, un soutien psychosocial et une

prise en charge des victimes de violence sexiste.

Après avoir examiné Ishwori, le médecin du camp, le Dr Suman Panta, lui a expliqué que son fœtus se trouvait dans une position anormale. Ishwori a été orientée vers Trishuli, l'hôpital voisin, qui a continué d'accueillir des patients malgré les dégâts subis. Dix semaines après le décès de son premier enfant dans le tremblement de terre, la jeune femme a pu mettre au monde, par césarienne, un petit garçon en parfaite santé.

Le monde dans lequel nous vivons doit faire face à des crises humanitaires de plus en plus coûteuses pour les économies, les communautés et les individus. Les guerres et les catastrophes naturelles arrivent en tête, au moins dans un premier temps. En revanche, si elles sont moins visibles, les crises dues à la fragilité, à la vulnérabilité et à des inégalités croissantes sont tout aussi onéreuses, et laissent à des millions de personnes de bien fragiles espoirs de paix et de développement.

Toutes les crises, qu'elles frappent dans les heures qui suivent une violente tempête ou qu'elles écartent toute optique de paix pendant des dizaines d'années, anéantissent souvent profondément toute perspective de développement. Les populations perdent leur vie et leurs moyens de subsistance, leur foyer et leur communauté, subissent de graves blessures et peuvent souffrir de handicaps. Les services d'éducation et de santé disparaissent, privant la population de ses droits, ce qui entraîne des conséquences à long terme qui compliquent encore plus les possibilités de se relever après la crise.

Parmi les pertes majeures figurent les services de santé sexuelle et reproductive ; même si les interventions humanitaires assurent de plus en plus ces services, des inégalités frappantes demeurent. Pour la femme sur le point d'accoucher ou la petite fille victime de viol alors qu'elle tente de fuir le chaos des bombardements, les conséquences d'un tel choc peuvent être démultipliées et entraîner le décès ou l'invalidité, dans le pire des cas.

La communauté internationale n'a de cesse d'affirmer les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles ; il est désormais nécessaire de les garantir dans toutes les situations, y compris les crises humanitaires.

Les conflits et les catastrophes ne dispensent aucun gouvernement ou acteur humanitaire de ses obligations, formulées dans le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, de faire respecter les droits individuels à la santé sexuelle et reproductive, y compris le droit de décider librement et de manière responsable de tomber enceinte ou non, et, le cas échéant, quand et comment.

Éliminer les cloisonnements faisant obstacle à une intervention intégrée

Une époque marquée par des crises grandissantes exige un niveau d'action humanitaire toujours plus élevé. Même s'il faudra toujours faire face à des situations d'« embrasement » humanitaire, en particulier des catastrophes naturelles de plus en plus nombreuses en raison des changements climatiques, d'importants progrès pourraient néanmoins être réalisés en vue d'éliminer les causes profondes de ces crises et de diminuer les vulnérabilités sous-jacentes.

Les sources de risque sont multiples. La marginalisation politique et l'inégalité économique peuvent éclater sous forme de conflit. Un bidonville construit par la population démunie sur les mauvais terrains d'une plaine inondable subira les dégâts les plus importants en cas de violente tempête. La discrimination sexuelle peut priver les femmes d'un niveau d'éducation ou de revenus suffisant pour les protéger des catastrophes.

Un développement de piètre qualité entraîne de nombreux risques, car il empêche certains groupes d'occuper des emplois décents et d'accéder à des services essentiels, par exemple, ou détruit les ressources naturelles communes. Partout dans le monde, les populations et les pays qui bénéficient de niveaux de développement plus élevés possèdent généralement de meilleures capacités leur permettant de faire face aux pires conséquences en cas de crise. Lors de catastrophes naturelles, le taux de mortalité est trois fois plus élevé dans les pays à faible revenu que dans ceux à revenu élevé.

En outre, la discrimination sexuelle réduit encore davantage les perspectives de développement des femmes et des filles. Ces dernières sont souvent plus vulnérables que les hommes et les garçons aux catastrophes naturelles, parfois pour des raisons aussi simples que l'incapacité à nager. Leurs capacités à chercher un refuge et à se remettre d'un choc sont entravées par un accès plus limité aux revenus et au capital, ainsi qu'aux réseaux sociaux et aux moyens de transport, entre autres, ce qui crée une « double catastrophe ».

Bien que développement et crise soient étroitement liés, la majorité des acteurs humanitaires mondiaux reste focalisée sur une perspective « interventionniste » et n'agissent qu'après le début de la crise. Interventions

d'urgence et aide au développement restent deux domaines bien distincts pour les organisations mondiales qui opèrent à ces deux niveaux, même lorsque les interventions d'urgence se révèlent bien plus onéreuses que les investissements en faveur du développement, ce qui contribue à réduire les risques.

Cette approche est non seulement contestable en termes de pertinence, mais également d'équité, du point de vue de l'inclusion. Il est temps d'établir des liens plus étroits et d'agir sur tout le continuum – depuis le développement jusqu'à l'intervention humanitaire – une notion qui reflète l'importance que le Programme 2030 des Nations Unies accorde aux mesures intégrées et interdépendantes. Cette stratégie pourrait permettre de réduire les risques et les vulnérabilités tout en renforçant la résilience. Elle impliquerait d'intégrer à l'ensemble des interventions humanitaires tous les principaux éléments relatifs aux droits des personnes et au développement, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive. Le Programme 2030 est un plan d'action international qui agira en faveur de la population, de la planète et de la prospérité durant les 15 prochaines années. Il reconnaît l'éradication de la pauvreté sous toutes ses formes, y compris l'extrême pauvreté, comme le plus grand défi mondial de notre époque et une condition indispensable au développement durable.

Traditionnellement, l'accès à la nourriture et à un abri est perçu comme un besoin humanitaire « essentiel ». Pourtant, les soins de santé sexuelle et reproductive sauvent des vies, protègent des familles et aident la population à se relever plus rapidement après une crise : trois éléments qui figurent en tête des engagements en faveur des droits fondamentaux pris par 179 pays lors de la Conférence internationale historique sur la population et le développement. Toutes les personnes touchées par une crise, en particulier les femmes et les filles, ont besoin d'accéder à des services de qualité en matière de grossesse, de contraception, de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH, et de protection contre la violence sexiste, ainsi qu'à des services de soutien offerts aux survivants.

Place à la proactivité, non à la réactivité

La compréhension des risques permet de mieux orienter les choix de développement, à la fois pour les



Centre de santé familiale, Sweileh, Jordanie.

Photo © UNFPA/Isalah Malkawi

individus, les communautés et les nations. Elle peut favoriser la préparation et renforcer la résilience ; en cas de crise, les conséquences sont ainsi amoindries, la nécessité d'une intervention humanitaire est plus faible et le pays se relève plus rapidement.

Établir un programme exhaustif de gestion des risques de catastrophe

Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 définit les priorités essentielles en matière de compréhension et de gestion des risques de catastrophe, en réexaminant les accords de financement et en intensifiant la préparation aux catastrophes. Sa réussite dépend aussi bien de la quantité de ressources disponibles et des institutions que de pratiques inclusives, telles que la participation de tous les groupes potentiellement concernés. De manière générale, les acteurs humanitaires doivent mieux se préparer à intervenir en cas de crise, au moyen d'une analyse des capacités et des dynamiques plus sophistiquée et mieux coordonnée, ces deux éléments ayant une influence considérable sur la réussite des interventions (ALNAP, 2015).



Personnes déplacées par le typhon Haiyan, Tacloban, Philippines.

Photo © Panos Pictures/Andrew McConnell

Viser la continuité des services essentiels

Les efforts déployés en vue de faire face aux risques de crise doivent être incorporés à des interventions visant à diminuer le dénuement social et la pauvreté, notamment dans le cadre du Programme 2030 et des nouveaux objectifs de développement durable définis par les Nations Unies pour la période 2016-2030. Les services doivent être conçus de manière à maintenir la continuité, y compris en appliquant des modèles intégrés pouvant contribuer à étendre la disponibilité. Il peut par exemple s'agir de systèmes de soins de santé primaires solides, qui intègrent des services de santé sexuelle et reproductive, et la prise en charge des adolescents liée aux services en matière d'éducation, de santé sexuelle et de moyens de subsistance.

Il est nécessaire de prévoir des plans permettant de gérer le manque potentiel de personnel et de fournitures. Les mesures visant à prépositionner des produits en cas d'urgence devraient inclure par défaut les produits de santé sexuelle et reproductive essentiels, comme les contraceptifs.

Investir dès maintenant dans la protection sociale

Les programmes de protection sociale permettent de protéger la population contre un certain nombre de risques, en particulier les personnes les plus

vulnérables, parmi lesquelles les enfants, les jeunes, les femmes et les personnes démunies. Ces programmes favorisent grandement la résilience et la survie en cas de crise. Après la catastrophe, ils peuvent constituer un appui crucial lorsque l'aide humanitaire extérieure touche à son terme, afin de garantir un accès continu aux besoins essentiels tels que la nutrition et la santé, entre autres.

Considérer les risques croisés

On considère trop souvent que chacun encourt les mêmes risques, que toutes les personnes se trouvant sur la trajectoire d'un glissement de terrain risquent de perdre leur maison, par exemple. Pourtant, de nombreux facteurs influencent le niveau de risque et la capacité à se préparer et à se relever d'une crise. Le sexe, l'âge, la race, le handicap et de nombreux autres facteurs se combinent de manière complexe. Ces éléments devraient être davantage pris en considération dans les données utilisées pour l'évaluation des risques et la préparation aux situations d'urgence.

La participation directe des femmes et des jeunes, en particulier les adolescentes, à l'élaboration des plans de préparation aux situations d'urgence permet de garantir que leurs droits et besoins ne seront pas négligés lors des interventions d'urgence. En outre, le fait d'impliquer les hommes et les jeunes garçons dans

les initiatives visant à réduire les risques de violence sexuelle peut encourager un plus grand respect des droits des femmes et ainsi renforcer leur résilience.

Rassembler la volonté et les ressources indispensables à une meilleure planification urbaine

L'essor urbain concentre les populations et exploite considérablement les ressources environnementales, ce qui place les villes au cœur des risques. Il est probable que les crises surviennent de plus en plus en zone urbaine et les plans de préparation aux catastrophes doivent davantage refléter cette tendance. Dans le cadre de la gestion des risques, les urbanistes et planificateurs nationaux doivent disposer des capacités, des ressources et de la volonté politique suffisantes pour orchestrer correctement cette croissance. Les bidonvilles insalubres situés dans des zones reculées peuvent poser des problèmes de santé et couper les habitants des services publics essentiels.

Financement intégré des risques de catastrophe

Le financement des risques de catastrophe est souvent inadapté ; il convient donc de diffuser et d'encourager les efforts déployés par certains pays en vue d'en faire la pièce maîtresse d'une approche stratégique de la gestion des risques de catastrophe (UNISDR, 2015). La formation de conseils nationaux pour la gestion des risques, réunissant des contrôleurs d'assurance, des agences de gestion des catastrophes et les ministères appropriés, y compris ceux relatifs à la santé et à l'égalité des sexes, constitue également une avancée.

Répondre aux besoins pressants

Un certain nombre de priorités se dégage dès les prémices de la prévention humanitaire. Même si certaines d'entre elles sont déjà prises en compte dans de nombreuses interventions, elles sont toutes primordiales, peu importe la situation.

Sauver des vies dès le premier jour grâce à un ensemble de services essentiels convenu à l'échelle internationale

Pendant la phase d'extrême urgence de la crise, un dispositif minimum d'urgence doit immédiatement être mis en place pour santé reproductive afin de stopper

et de lutter contre les violences sexuelles, de réduire la transmission du VIH et de prévenir les maladies et décès maternels et néonataux. Ces services contribuent également à la planification des soins de santé sexuelle et reproductive, afin de pouvoir assurer une prise en charge complète dès que les conditions le permettront. Bien qu'il soit devenu une norme internationale pouvant être appliquée dans tous les contextes, cet ensemble de services essentiels n'est toutefois pas toujours utilisé par les prestataires d'aide humanitaire. Une meilleure coordination et un engagement commun à appliquer ces services permettraient d'augmenter leur portée et leur efficacité.

Compenser les insuffisances en matière de soins de santé d'urgence

En cas de crise humanitaire, les services de santé visant à prendre en charge les traumatismes physiques sont souvent assurés en priorité. Pourtant, cette pratique peut engendrer de graves insuffisances, notamment en termes de services de santé sexuelle et reproductive, qui sont essentiels pour sauver des vies. Il est également nécessaire d'accroître les investissements en faveur des services psychosociaux dès le début des interventions, en particulier pour les cas les plus graves ; en effet, les traumatismes psychosociaux peuvent contribuer à augmenter les taux de violence sexuelle et d'autres types de violence, et susciter de nombreuses formes de comportements à risque, de maladies et de handicaps.

Protéger les femmes des grossesses non désirées

Lorsque des services de santé sexuelle et reproductive sont fournis dans le cadre d'une action humanitaire, l'attention accordée à la planification familiale est généralement limitée (Casey *et al.*, 2015). Cette tendance persiste malgré un lien évident avec le recul de la transmission des infections, des grossesses non planifiées, des risques de santé entraînés par les accouchements ou les avortements non médicalisés. Les personnes touchées par une crise ont besoin d'accéder à l'ensemble des services et produits de planification familiale, qui nécessitent, entre autres, une vigilance accrue afin de garantir la fiabilité des chaînes d'approvisionnement et d'éviter toute pénurie.

Prévenir la violence sexiste

La violence sexiste est répandue dans les sociétés qui ne sont pas en proie à des crises, mais s'intensifie souvent lorsque les personnes sont contraintes de se déplacer ou sont soumises à des situations extrêmes. Ne pas chercher à lutter contre la violence sexiste dès le début d'une action affaiblit par la suite la résilience et la santé des femmes et des filles, et les empêche de se relever de la crise. Des efforts spécifiques doivent être déployés pour enrayer la stigmatisation que craignent généralement de subir de nombreuses femmes et filles, et qui les dissuade de signaler de telles violences. Par ailleurs, les services de proximité et ceux destinés aux hommes et aux garçons indiquent que des violences sexuelles sont également perpétrées à l'encontre de ces derniers.

Impliquer et atteindre la jeunesse

Toute action humanitaire devrait intégrer des interventions destinées aux jeunes afin, d'une part, de garantir leur droit à l'inclusion, et d'autre part, de refléter le fait que, sur l'ensemble des personnes contraintes de se déplacer, la moitié est âgée de moins de 18 ans. En outre, d'autres risques surviennent quand les adolescents sont sexuellement actifs, mais que les services de protection ne sont pas disponibles. Les jeunes doivent être impliqués afin de participer activement et d'être force de proposition dans tous les aspects de l'action humanitaire : les politiques, les programmes et les budgets. Cette stratégie renforce leur adhésion, les incite à recourir davantage aux services qui leur sont offerts et augmente la prise en compte de leurs besoins réels.

De l'intervention au relèvement et à la résilience

Tandis que, dans le cadre des efforts visant à prévenir la crise ou à atténuer les risques, des liens sont établis entre l'aide au développement et l'action humanitaire, d'autres peuvent se former lors de la transition entre la phase aiguë d'une crise et la période de relèvement. Un relèvement précoce peut ouvrir de nouvelles perspectives en vue d'atténuer les risques futurs et de renforcer la résilience, en mettant en place, de meilleurs moyens de protection des droits individuels, en

améliorant la qualité des services et en encourageant un développement global plus équitable et inclusif, par exemple.

Offrir rapidement une prise en charge complète

Lorsque le pays commence à se relever, l'ensemble de services essentiels convenu à l'échelle internationale doit faire place à des services complets de santé sexuelle et reproductive, reposant sur une évaluation précise des besoins et un programme planifié sur le long terme. Une planification familiale complète, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la formation des prestataires de services, la sensibilisation des communautés, la prévention et le traitement de toutes les formes de violence sexiste, les soins prénatals et postnatals, des services complets de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, ainsi que la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents figurent parmi les principales priorités.

Éliminer les obstacles aux services requis d'urgence

De nombreux obstacles peuvent bloquer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, qui découlent pour la plupart de discriminations liées, entre autres, à l'âge, au sexe ou au handicap. Parmi les obstacles à éliminer figurent notamment les longues heures de marche jusqu'aux points de prestation de services, le manque de transports adaptés, les problèmes de sécurité, un sentiment d'antipathie à l'égard de certains groupes, tels que les femmes non mariées et les jeunes, la barrière de la langue et l'ignorance concernant l'existence de ces services.

Lutter contre les rôles discriminatoires dévolus à chacun des deux sexes

Les bouleversements sociaux engendrés par une crise peuvent aboutir à certains changements positifs, notamment l'abandon de pratiques et rôles sexospécifiques de longue date. En modélisant et en valorisant de nouveaux rôles, les femmes et les filles remettent en question d'anciennes allégations affirmant que leur capacité d'agir dans la sphère publique est inférieure à celle des hommes.

Il convient d'encourager les femmes et les filles lorsqu'elles décident d'elles-mêmes d'assumer un nouveau rôle et, lorsque ce n'est pas le cas, les prestataires d'aide humanitaire doivent leur permettre de le faire, par exemple en favorisant l'égalité des chances dans le domaine de la formation professionnelle.

Parvenir à un leadership paritaire en matière de gestion des catastrophes doit être l'objectif de tout effort national ou international. La résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies reconnaît déjà que la participation des femmes est cruciale dans tous les aspects relatifs à la paix et à la sécurité.

Ne négliger aucun aspect de la violence sexiste

La violence sexiste peut prendre de nombreuses formes, et aucune société ne peut prétendre être totalement en paix ou libérée d'une crise tant que toutes ces formes de violence n'auront pas été éliminées. Divers services essentiels en matière de santé et de soutien juridique et psychosocial sont nécessaires pour protéger les femmes et les filles de la violence sexiste et

prendre en charge les victimes. Ces services sont souvent mieux assurés sous la forme d'un ensemble intégré, ce qui permet d'alléger le poids pour les victimes qui ont besoin d'y accéder. Les services judiciaires doivent être rétablis dès que possible. Il se peut que certains systèmes juridiques continuent d'inclure des statuts et pratiques juridiques discriminatoires – des peines insuffisantes à l'égard des auteurs des crimes par exemple – qui doivent être réformés en priorité.

Le processus de relèvement contribue à remettre en question certaines normes sociales qui admettent différentes formes de violence, comme la tolérance envers les hommes qui en viennent aux mains lors d'une querelle domestique. Ces efforts peuvent inclure des discussions communautaires visant à sensibiliser la population et à établir de nouvelles normes, et l'implication des hommes et des garçons afin d'encourager l'adoption de nouveaux comportements et schémas de pensée.

En outre, des négociations et dialogues de paix peuvent également contribuer à éliminer la violence sexiste, comme le montrent de nombreux exemples



Syriens quittant Gevgalija, en ex-République yougoslave de Macédoine.

Photo © UNFPA/Nake Batev

à travers le monde. Ce processus permet en effet de sensibiliser la population, donne aux victimes la possibilité de s'exprimer et d'obtenir compensation, et conduit à des engagements officiels en faveur d'accords de paix afin de mettre en œuvre des lois et institutions éliminant de manière efficace toutes les formes de violence.

Dans certains cas, la priorité sera de mettre fin au mariage d'enfants, qui entraîne des conséquences bouleversantes pour les jeunes filles, en cas de crise. De nombreux éléments expliquent cette pratique, notamment la volonté de préserver son honneur ou d'avoir une bouche de moins à nourrir. Dès le début d'une action humanitaire, il est nécessaire de faire comprendre que le mariage d'enfants est un mécanisme de survie néfaste et de planifier des mesures permettant d'endiguer cette pratique. À titre préventif, il peut être important de chercher à faire évoluer les normes sociales tout en intensifiant la sécurité, par exemple en mettant à disposition des filles des espaces protégés au sein des écoles, ainsi que des centres ou espaces d'accueil.

Certains facteurs économiques peuvent être atténués, à condition que l'accès aux activités de subsistance soit ouvert aussi bien aux femmes qu'aux hommes ; cette stratégie peut également permettre de véhiculer les risques du mariage d'enfants, par exemple, ou la valeur des filles qui restent scolarisées.

Reconnaître et soulager les traumatismes réels

Bien que les interventions humanitaires se concentrent principalement sur les besoins physiques immédiats, l'appui psychologique aux personnes traumatisées devrait également être considéré comme une intervention essentielle, susceptible de sauver des vies.

Les coûts et les implications de ces traumatismes engendrés par un stress psychologique extrême dû aux déplacements, aux conflits et aux pertes, sont multiples. Ils peuvent conduire au suicide, à l'abus de drogues et d'alcool, contribuer à la hausse de la violence sexiste, et même se transmettre d'une génération à l'autre, ce qui diminue la capacité à se remettre totalement du choc, parfois durant des dizaines d'années. Lorsque le pays commence à se relever, ces personnes ne sont pas toujours en mesure de participer à la reconstruction de l'économie, car elles ne peuvent

redevenir productives. Ces traumatismes peuvent également nourrir des griefs non résolus qui finissent par éclater sous forme de conflit.

L'appui psychologique doit être immédiatement accessible et intégré aux autres services de santé pour faciliter l'orientation des patients et limiter la stigmatisation qui survient lorsqu'il est nécessaire de se rendre dans un établissement distinct. Pour plus d'efficacité, il doit être parfaitement adapté aux normes et aux contextes locaux, et être disponible et accessible à tous.

Ouvrir des perspectives à long terme pour les femmes et les filles : briser les traditions

La nécessité de rendre les interventions humanitaires en cas de crise à la fois plus efficaces et plus durables met en exergue de nouveaux modes opératoires. Le système, tel qu'il existe aujourd'hui, présente un financement sporadique et n'est pas suffisamment associé au développement : il ne suffira pas à répondre aux besoins toujours plus élevés.

Mettre un terme aux interventions et aux actions paternalistes

Les États jouent un rôle clé dans la préparation et l'intervention humanitaires (Gingerich et Cohen, 2015). Lorsque l'implication des acteurs internationaux devient nécessaire, les États peuvent aller plus loin en impliquant également les systèmes et groupes locaux.

Travailler avec des partenaires locaux, y compris ceux avec lesquels des relations ont été établies de longue date dans le cadre d'une aide au développement antérieure, est une avancée possible. Ces partenaires possèdent des connaissances locales que les acteurs extérieurs peuvent trouver impossibles ou trop longues à acquérir. Une solution consisterait à s'appuyer sur les réseaux existants pour faciliter l'orientation des patients vers les centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence. En outre, l'éducation à la santé reproductive pourrait se révéler plus efficace si elle était assurée par des personnes déplacées, car cela permettrait d'employer des termes et des techniques de communication mieux adaptés à un contexte donné.

Par ailleurs, certains groupes parviennent à mettre en œuvre des interventions de plus en plus sophistiquées à l'aide de la technologie. Au Népal par exemple,



Une mère et ses filles se tiennent devant leur nouvelle maison, construite après que le tsunami a inondé leur communauté à Lhoknga, en Indonésie, en 2004.

Photo © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

plusieurs d'entre eux ont utilisé les données GPS des téléphones portables pour établir une carte des zones touchées par le séisme et orienter les secours (Barnett et Walker, 2015).

L'implication d'un certain nombre d'acteurs locaux et nationaux favorise également la formation de sociétés plus inclusives qui encouragent la résilience. Certains groupes, notamment ceux qui rassemblent les femmes et les jeunes, nécessitent une attention particulière, puisqu'ils contribuent à faire reculer la discrimination et les vulnérabilités associées.

En contrepartie, l'implication d'acteurs locaux est susceptible de fragmenter davantage l'aide humanitaire, de consolider des normes contraires aux normes internationales et, dans certaines situations, de mettre en avant des responsables principalement masculins. La coopération entre les groupes locaux et les acteurs internationaux peut toutefois contribuer à surmonter ces difficultés.

Cette approche peut également favoriser la compréhension de différents avantages comparatifs, notamment ceux des organisations internationales. Puisque certains pays en développement dépensent aujourd'hui bien plus dans le domaine de l'action humanitaire que les agences d'aide traditionnelles (Gingerich et Cohen, 2015), les organisations du système des Nations Unies

en particulier pourraient être davantage considérées comme des sources d'expertise et des défenseurs des normes établies, plutôt que comme des instigateurs d'actions sur le terrain.

Dans une certaine mesure, les acteurs humanitaires doivent se préparer à un avenir dans lequel leur intervention deviendra exceptionnelle, voire inutile, les acteurs locaux pouvant satisfaire à la plupart des besoins. Un développement équitable et durable sera à la base des avancées en ce sens.

Ne plus distinguer à tort développement et action humanitaire

La résolution d'une crise suit rarement une trajectoire linéaire, et les liens entre développement et problématiques humanitaires peuvent se révéler pertinents tout au long de la crise, et contribuer notamment à orienter le processus de relèvement dans son ensemble. Certaines interventions humanitaires peuvent s'appuyer sur des initiatives de développement antérieures à la crise, ce qui est par exemple le cas aujourd'hui de 55 pour cent des programmes de lutte contre la violence sexuelle. De la même manière, les activités mises en place pendant une crise peuvent perdurer après sa résolution comme le montrent 81 pour cent des programmes de lutte

contre la violence sexiste initiés dans le cadre de l'aide humanitaire.

En particulier, des relations régulières avec les partenaires nationaux, lorsque c'est possible, permettent d'établir une certaine continuité qui peut améliorer les capacités, afin de réaliser des avancées sur le long terme. Cette approche permet également de renforcer le sentiment de normalité et de stabilité.

Lorsque l'épidémie de maladie à virus Ebola a frappé l'Afrique de l'Ouest, des pays comme la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone ne disposaient que de 10 à 20 pour cent du personnel de santé recommandé par les organisations internationales (OMS). Ce qui est soudainement apparu comme une crise humanitaire était en fait une crise de développement à laquelle faisaient face depuis longtemps certains pays submergés par la pauvreté et incapables d'investir financièrement dans des services de base. Les raisons de cette incapacité sont multiples

et incluent notamment des inégalités inhérentes à l'économie mondiale.

Cette expérience souligne la distinction faite à tort entre le travail de développement et l'action humanitaire. Le fonctionnement des institutions internationales et nationales doit s'imprégner de cette notion, notamment en mettant en œuvre des politiques et des structures institutionnelles plus intégrées, en établissant des liens entre les secteurs, ou au moyen d'une planification et d'un financement sur le long terme visant à réduire les risques et renforcer la résilience. Des partenariats systématiques peuvent aider à éliminer les cloisonnements. À l'intérieur du système des Nations Unies, les plans d'intervention humanitaire pourraient être alignés sur les cadres d'aide au développement, qui seraient tous deux intégrés à la planification nationale.

Une telle approche aurait pu ralentir bien plus tôt l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a touché



Photo © Panos Pictures/Mads Nissen/Berlingske

l'Afrique de l'Ouest, voire éviter l'appel à une action humanitaire massive, et aurait permis d'atteindre un niveau de justice et d'inclusion plus élevé – une des principales promesses du Programme 2030. D'autre part, elle pourrait s'avérer plus efficace face aux crises à évolution lente comme les sécheresses, qui reçoivent généralement une réponse moins rapide (Gingerich et Cohen, 2015).

Comblant le manque de données

L'utilisation de cibles, d'indicateurs et de données est une composante majeure du Programme 2030, mais un aspect pratiquement absent du travail humanitaire. En raison de la rapidité des interventions et de la brièveté des cycles de financement, il arrive fréquemment qu'aucune donnée ne soit collectée ; il s'avère donc difficile de savoir quels types d'intervention sont les plus efficaces et quels acteurs sont les mieux placés pour les mettre en œuvre.

L'absence de données, ventilées par sexe et par âge en particulier, masque les liens entre les différents secteurs humanitaires, qui semblent pourtant complémentaires. Par exemple, les données relatives aux indicateurs de santé sexuelle et reproductive pourraient se révéler précieuses dans la mise en œuvre de mesures éducatives, notamment celles visant à améliorer les compétences de la vie courante et à sensibiliser aux risques qu'encourent les jeunes filles déscolarisées, tels que les grossesses précoces.

Repenser les systèmes de financement établis

Les schémas de financement actuels en matière d'aide humanitaire expliquent certaines difficultés et insuffisances auxquelles doit faire face le secteur. Les financements qui proviennent de donateurs internationaux sont souvent réactifs, inefficaces et mal coordonnés, malgré l'importance croissante accordée à l'amélioration des performances. Les fonds affectés mettent en avant des problèmes qui ne correspondent pas toujours aux véritables priorités des pays en proie à une crise et sont souvent dirigés vers des situations d'urgence plus visibles ou perçues comme importantes d'un point de vue stratégique. La prétendue « responsabilité des donateurs » diminue la tolérance au risque, car elle est principalement liée aux mandats et

aux conditions de financement, et pas toujours à ce dont la population a réellement besoin (CPI, 2014).

La concentration des fonds autour d'un petit nombre de subventions substantielles renforce le sentiment que le champ de l'action humanitaire est réservé à un petit groupe d'acteurs imposants. Les sommes dépensées sont souvent obscures. Actuellement, aucun indicateur n'examine les dépenses réalisées en faveur d'interventions en matière de santé sexuelle et reproductive – une lacune qu'il convient de corriger.

Les donateurs doivent réévaluer ces questions. En outre, un processus intergouvernemental inclusif visant à vérifier régulièrement toutes les sources de financement humanitaire pourrait mettre à jour différentes perspectives.

Par ailleurs, les investissements doivent être intensifiés dans certains secteurs de l'aide humanitaire. Les financements nationaux et internationaux doivent prioriser la préparation et la réduction des risques de catastrophe qui, à l'heure actuelle, n'attirent que peu d'investissements. Davantage de fonds doivent également être affectés à la santé sexuelle et reproductive. De plus en plus de pays disposent de ressources nationales ; en revanche, dans le cas des pays moins développés, les financements internationaux devraient être assurés au sein d'un cadre de responsabilité partagée mais différenciée, afin de souligner l'obligation des pays disposant de davantage de ressources et de meilleures capacités d'aider ceux qui en sont dépourvus. Le même principe pourrait s'appliquer, à l'échelle nationale, aux groupes vulnérables, comme les femmes et les jeunes démunis.

La possibilité de financements privés peut être étudiée, mais avec prudence. Les acteurs du secteur privé jouent un rôle actif en matière de développement et d'aide humanitaire, mais les intérêts privés entraînent toutefois des déséquilibres, tels que la prédominance d'une aide alimentaire en nature et de certaines questions sanitaires (Gingerich et Cohen, 2015). Toutes les formes d'engagement privé doivent s'aligner sur les normes internationales. Cela permettrait de mieux suivre et mesurer leur efficacité vis-à-vis des normes internationales établies.

Réformer les lois et politiques qui perpétuent les violences et la discrimination

Un certain nombre de réformes juridiques est nécessaire pour renforcer la résilience dans les pays vulnérables aux crises, notamment des réformes visant à interdire la discrimination à l'égard des femmes et à pénaliser la violence sexiste. Toutefois, étant donné le nombre record de personnes déplacées et de réfugiés actuellement et au vu du caractère universel du Programme 2030, d'autres mesures juridiques pourraient être nécessaires, y compris dans les pays qui ne sont pas en proie à une crise.

Les lois contre la traite des êtres humains, comme la loi sur l'esclavage moderne récemment promulguée au Royaume-Uni, montrent comment ce qui commence par un déplacement dans un pays peut se terminer par une violation des droits fondamentaux dans un autre. Les femmes, dans ce cas, sont les principales victimes. D'autres problématiques concernent la gestion des réfugiés, notamment les personnes isolées pendant des années dans des camps où elles n'ont pas les moyens de

trouver un emploi légal ni d'accéder aux services des communautés environnantes.

Une nouvelle plateforme d'action humanitaire

En 2016 se tiendra le Sommet mondial sur l'action humanitaire, qui devrait permettre aux pays du monde entier d'échanger des idées et d'instaurer de nouvelles orientations. Il devrait encourager l'intensification de l'investissement en faveur des services de santé sexuelle et reproductive, qui est un élément central de toute intervention humanitaire, conformément aux accords existants développés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Cette rencontre devrait par ailleurs confirmer les vastes ambitions et espoirs portés par le Programme 2030. Tendre vers un nouveau monde, où le développement est inclusif, durable et suffisant pour prévenir les crises ou résister à leurs conséquences les plus dramatiques, rendrait de nombreuses formes d'aide humanitaire progressivement obsolètes.



Photo © Ali Arkady/VII Mentor Program

Indicateurs

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus page 116

Indicateurs démographiques page 122

Notes techniques page 128

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone

	Santé maternelle et néonatale		Santé sexuelle et reproductive				Éducation					
	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %, 2006-2014	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999-2014	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ¹ , 2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, méthode moderne ¹ , 2015	Besoins de planification familiale non satisfaits, femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ¹ , 2015	Taux net ajusté de scolarisation dans le primaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2014	Taux net de scolarisation dans le secondaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement secondaire, 1999-2014
						garçons	filles		garçons	filles		
Afghanistan	39	90	29	24	27	52	–	–	–	60	33	0,55
Afrique du Sud	94	54	65	64	12	84	95	95	1,00	62	69	1,10
Albanie	99	18	66	19	13	84	93	90	0,96	66	64	0,96
Algérie	97	12	59	51	13	82	98	96	0,98	–	–	–
Allemagne	99	8	67	62	10	87	99	99	1,00	–	–	–
Angola	47	191	19	13	28	40	97	74	0,77	15	12	0,81
Antigua-et-Barbuda	100	67	63	60	14	82	87	85	0,98	88	94	1,07
Arabie saoudite	97	7	37	31	24	60	96	99	1,03	101	101	1,01
Argentine	97	70	62	58	15	80	100	99	0,99	86	92	1,07
Arménie	100	23	59	30	13	82	89	98	1,10	83	96	1,16
Aruba	–	34	–	–	–	–	94	98	1,04	73	81	1,10
Australie	99	14	68	65	10	87	97	98	1,00	85	86	1,01
Autriche	99	8	68	65	10	87	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	97	47	57	22	14	80	90	88	0,98	88	86	0,98
Bahamas	98	40	67	65	12	85	94	99	1,06	80	86	1,07
Bahreïn	100	15	66	43	11	85	100	98	0,99	95	92	0,97
Bangladesh	42	83	64	57	12	84	94	98	1,05	44	51	1,16
Barbade	98	49	60	57	16	79	97	97	0,99	84	96	1,15
Bélarus	100	22	65	54	11	86	92	94	1,02	96	97	1,01
Belgique	–	8	69	67	9	88	99	99	1,00	96	97	1,01
Belize	96	64	58	54	17	78	100	100	1,00	72	77	1,08
Bénin	77	98	17	10	31	36	100	88	0,88	50	34	0,68
Bhoutan	75	28	68	66	11	86	89	92	1,03	56	64	1,15
Bolivie, État plurinational de	85	89	63	40	18	78	82	81	0,99	71	72	1,02
Bosnie-Herzégovine	100	11	48	17	17	74	–	–	–	–	–	–
Botswana	95	39	56	55	17	77	90	92	1,02	56	65	1,16
Brésil	98	65	79	75	8	91	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	100	17	–	–	–	–	95	95	1,00	91	93	1,02
Bulgarie	100	43	67	48	14	83	96	97	1,00	89	86	0,97
Burkina Faso	66	136	19	18	27	41	69	67	0,96	23	20	0,87
Burundi	60	65	28	23	30	48	100	90	0,90	22	21	0,93
Cabo Verde	78	92	62	58	15	81	99	97	0,98	65	75	1,14
Cambodge	89	57	58	40	13	82	100	97	0,97	40	36	0,92
Cameroun, République du	64	128	29	17	22	56	100	89	0,89	43	37	0,87
Canada	98	13	73	71	8	90	99	100	1,01	–	–	–
Chili	100	50	65	62	13	83	92	92	1,00	86	89	1,03
Chine	100	6	83	83	4	96	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Hong Kong	–	4	80	75	5	94	100	99	0,99	87	87	1,00
Chine, RAS de Macao	–	3	–	–	–	–	–	–	–	77	80	1,04

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale		Santé sexuelle et reproductive				Éducation					
	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % ^b , 2006-2014	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999-2014	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^a , 2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, méthode moderne ^a , 2015	Besoins de planification familiale non satisfaits, femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Taux net ajusté de scolarisation dans le primaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2014	Taux net de scolarisation dans le secondaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement secondaire, 1999-2014
							garçons	filles		garçons	filles	
Chypre	99	4	–	–	–	–	98	98	1,00	91	93	1,02
Colombie	99	85	78	72	8	91	91	91	1,00	71	77	1,08
Comores	82	71	24	17	31	43	86	81	0,95	46	49	1,07
Congo, Rép. dém. du	80	135	23	9	27	45	37	35	0,95	–	–	–
Congo, République du	93	147	47	23	18	73	88	96	1,09	–	–	–
Corée, République de	100	2	79	69	6	93	98	97	0,99	98	97	0,99
Corée, Rép. pop. dém. de	100	1	70	63	11	87	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	99	67	79	76	6	93	90	91	1,01	71	76	1,07
Côte d'Ivoire	59	125	20	15	24	46	81	75	0,93	–	–	–
Croatie	100	12	66	42	11	85	98	100	1,02	92	95	1,03
Cuba	99	50	74	72	9	90	96	97	1,00	88	89	1,01
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	98	2	71	66	9	88	98	99	1,01	90	93	1,03
Djibouti	87	21	24	23	30	44	69	60	0,86	29	21	0,72
Dominique	100	47	63	60	14	82	96	99	1,03	76	82	1,07
Égypte	92	56	60	58	12	83	100	97	0,97	86	85	1,00
El Salvador	98	63	71	64	12	86	92	92	1,01	61	64	1,03
Émirats arabes unis	100	34	48	39	20	71	99	97	0,98	73	79	1,09
Équateur	94	100	73	61	9	89	96	98	1,02	82	85	1,04
Érythrée	34	85	20	16	29	41	–	–	–	–	–	–
Espagne	–	9	67	63	12	85	98	99	1,00	95	97	1,02
Estonie	99	16	65	59	13	84	97	97	1,01	88	90	1,02
États-Unis d'Amérique	99	27	75	69	7	92	92	92	1,00	86	88	1,02
Éthiopie	16	71	36	36	25	59	69	63	0,92	18	11	0,61
ex-Rép. yougoslave de Macédoine	98	19	49	17	18	73	92	92	1,00	79	77	0,97
Fidji	100	28	50	43	19	72	98	100	1,02	79	88	1,11
Finlande	100	7	75	72	8	91	99	99	1,01	94	94	1,01
France	97	9	74	72	6	92	99	99	1,01	97	98	1,02
Gabon	89	115	34	21	25	57	–	–	–	–	–	–
Gambie	57	88	11	10	28	28	67	72	1,07	–	–	–
Géorgie	100	40	52	37	17	75	96	97	1,01	92	92	1,00
Ghana	68	65	22	20	34	40	89	89	1,00	55	54	0,97
Grèce	–	9	69	46	10	87	99	100	1,01	99	99	1,00
Grenade	99	53	64	60	13	83	98	98	1,00	80	81	1,02
Guadeloupe	–	21	58	51	16	78	–	–	–	–	–	–
Guam	–	60	54	45	17	76	–	–	–	–	–	–
Guatemala	63	92	57	48	17	77	88	88	0,99	49	45	0,92
Guinée	45	154	8	5	25	23	82	71	0,86	37	23	0,63
Guinée-Bissau	45	137	17	13	22	44	73	69	0,95	11	6	0,56
Guinée équatoriale	68	177	16	11	33	33	62	62	0,99	25	19	0,77
Guyana	92	97	45	44	27	63	70	80	1,14	86	100	1,16
Guyane française	–	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haïti	37	65	38	34	33	53	–	–	–	–	–	–

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale		Santé sexuelle et reproductive				Éducation					
	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %, 2006-2014	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999-2014	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues, 2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, méthode moderne, 2015	Besoins de planification familiale non satisfaits, femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Taux net ajusté de scolarisation dans le primaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2014	Taux net de scolarisation dans le secondaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement secondaire, 1999-2014
							garçons	filles		garçons	filles	
Honduras	83	99	73	64	11	87	89	91	1,02	45	53	1,19
Hongrie	99	20	75	68	8	90	96	96	1,00	92	92	1,00
Îles Salomon	86	62	39	32	21	64	82	79	0,97	33	29	0,88
Îles Turques et Caïques	–	29	–	–	–	–	77	84	1,08	–	–	–
Îles Vierges américaines	–	59	69	62	11	87	–	–	–	–	–	–
Inde	52	39	60	52	13	82	92	89	0,97	–	–	–
Indonésie	87	47	63	59	11	85	95	96	1,01	77	76	0,98
Iran, République islamique d'	96	35	77	59	7	92	98	96	0,98	84	79	0,95
Iraq	91	68	55	38	14	79	97	86	0,89	49	40	0,81
Irlande	100	9	67	62	11	86	100	100	1,00	99	100	1,01
Islande	–	7	–	–	–	–	98	98	1,01	89	89	1,00
Israël	–	10	71	53	9	89	97	98	1,01	97	100	1,03
Italie	100	6	65	49	11	85	99	98	0,99	91	92	1,01
Jamaïque	99	72	72	68	10	88	92	91	1,00	72	76	1,05
Japon	100	4	57	50	16	78	100	100	1,00	99	100	1,01
Jordanie	100	27	62	43	12	84	98	96	0,98	86	89	1,03
Kazakhstan	100	31	56	52	16	78	98	100	1,02	91	92	1,01
Kenya	62	101	57	56	19	76	83	87	1,04	57	55	0,97
Kirghizistan	98	42	42	39	17	71	99	98	0,99	82	83	1,00
Kiribati	80	49	28	22	27	51	–	–	–	66	73	1,11
Koweït	99	8	56	44	16	78	99	98	0,99	86	88	1,03
Lesotho	78	94	60	59	18	77	78	82	1,05	27	42	1,56
Lettonie	99	15	68	60	12	85	97	98	1,01	86	88	1,01
Liban	–	18	63	40	13	83	99	93	0,94	67	68	1,00
Libéria	61	147	20	20	32	39	39	37	0,95	18	15	0,83
Libye	100	4	49	28	20	71	–	–	–	–	–	–
Lituanie	100	14	63	53	13	83	97	97	1,00	97	96	0,99
Luxembourg	100	6	–	–	–	–	95	96	1,01	84	87	1,04
Madagascar	44	147	46	37	19	71	77	78	1,00	30	31	1,02
Malaisie	99	13	57	42	15	79	98	95	0,96	71	67	0,95
Malawi	87	143	58	56	19	75	90	97	1,07	32	30	0,96
Maldives	99	14	42	34	25	63	93	94	1,01	46	53	1,14
Mali	56	178	12	11	27	31	78	68	0,88	39	32	0,80
Malte	100	16	81	59	5	94	95	95	1,00	80	84	1,05
Maroc	74	32	68	58	10	88	99	98	0,99	59	53	0,90
Martinique	20	–	60	54	15	80	–	–	–	–	–	–
Maurice	100	31	76	53	7	92	98	98	1,00	80	81	1,01
Mauritanie	65	71	14	13	31	31	72	75	1,05	23	20	0,87
Mexique	96	84	73	67	11	87	97	99	1,02	66	69	1,04
Micronésie	100	33	–	–	–	–	82	84	1,02	–	–	–
Moldova, République de	99	25	63	45	13	83	91	91	1,00	77	78	1,01
Mongolie	99	40	58	52	14	80	96	94	0,98	78	86	1,11
Monténégro	99	12	34	10	24	59	98	99	1,01	–	–	–
Mozambique	54	166	18	16	28	39	90	85	0,95	19	18	0,98

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale		Santé sexuelle et reproductive				Éducation					
	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % ^b , 2006-2014	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999-2014	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^a , 2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, méthode moderne ^a , 2015	Besoins de planification familiale non satisfaits, femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^a , 2015	Taux net ajusté de scolarisation dans le primaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2014	Taux net de scolarisation dans le secondaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement secondaire, 1999-2014
							garçons	filles		garçons	filles	
Myanmar	71	17	52	49	16	76	–	–	–	46	48	1,05
Namibie	88	78	57	57	17	77	87	90	1,04	45	57	1,27
Népal	56	87	52	48	24	69	98	97	0,99	58	62	1,06
Nicaragua	88	92	80	75	7	92	93	94	1,01	42	49	1,14
Niger	29	210	15	10	18	47	69	58	0,84	15	10	0,66
Nigéria	38	123	16	11	22	42	71	60	0,84	–	–	–
Norvège	99	6	79	72	6	93	100	100	1,00	95	95	1,00
Nouvelle-Calédonie	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	97	22	71	67	9	89	98	98	1,00	97	98	1,01
Oman	99	12	37	25	28	57	97	98	1,02	77	91	1,19
Ouganda	57	140	30	28	33	47	90	93	1,03	23	22	0,95
Ouzbékistan	100	26	67	61	10	88	93	90	0,97	–	–	–
Pakistan	52	48	39	28	20	65	77	67	0,87	43	32	0,74
Palestine ¹	100	67	57	43	15	79	93	94	1,01	77	84	1,10
Panama	92	89	61	58	16	80	92	91	0,99	74	79	1,08
Papouasie-Nouvelle-Guinée	53	65	37	29	25	60	90	83	0,92	–	–	–
Paraguay	96	63	77	68	6	92	81	81	0,99	63	68	1,07
Pays-Bas	–	5	68	65	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Pérou	90	68	74	52	9	89	95	94	1,00	76	77	1,01
Philippines	73	59	55	38	18	75	91	91	1,00	60	70	1,16
Pologne	100	14	69	48	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Polynésie française	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	–	45	78	69	6	93	83	87	1,05	72	77	1,07
Portugal	–	12	77	70	7	92	95	97	1,01	93	97	1,04
Qatar	100	16	44	37	19	69	99	95	0,96	91	100	1,10
République arabe syrienne	96	75	58	41	15	79	66	65	0,98	44	44	0,99
République centrafricaine	54	229	24	13	23	50	81	64	0,79	18	10	0,52
Rép. dém. populaire lao	42	94	54	46	18	75	98	96	0,98	46	43	0,95
République dominicaine	98	90	72	69	11	87	90	88	0,98	58	66	1,15
République tchèque	100	11	78	69	7	92	–	–	–	–	–	–
Réunion	–	43	72	70	9	89	–	–	–	–	–	–
Roumanie	99	36	69	54	10	88	90	90	1,00	–	–	–
Royaume-Uni	–	21	81	80	5	94	100	100	1,00	98	98	1,01
Russie, Fédération de	100	27	69	56	10	88	97	98	1,01	–	–	–
Rwanda	91	41	54	47	20	73	92	95	1,03	–	–	–
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	100	75	59	55	16	79	81	84	1,04	82	88	1,07
Saint-Marin	–	1	–	–	–	–	93	93	1,00	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	99	70	65	62	13	84	97	95	0,98	84	87	1,03
Sainte-Lucie	99	50	57	54	17	77	95	93	0,97	80	81	1,01
Samoa	81	39	32	31	42	43	95	97	1,03	75	84	1,12
Sao Tomé-et-Principe	82	110	41	36	33	55	93	92	0,99	46	53	1,17
Sénégal	59	80	18	17	30	38	76	83	1,08	24	18	0,76

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale		Santé sexuelle et reproductive				Éducation					
	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % ^a , 2006-2014	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999-2014	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^b , 2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, méthode moderne ^b , 2015	Besoins de planification familiale non satisfaits, femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^b , 2015	Taux net ajusté de scolarisation dans le primaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2014	Taux net de scolarisation dans le secondaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement secondaire, 1999-2014
							garçons	filles		garçons	filles	
Serbie	98	22	58	22	13	81	96	97	1,01	92	94	1,03
Seychelles	99	62	–	–	–	–	96	95	0,99	61	66	1,07
Sierra Leone	60	131	17	15	26	39	–	–	–	40	36	0,92
Singapour	100	3	66	58	11	86	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	100	21	71	59	10	88	–	–	–	–	–	–
Slovénie	100	5	75	64	8	90	97	98	1,01	94	95	1,01
Somalie	33	123	24	6	29	44	–	–	–	–	–	–
Soudan	23	102	16	13	29	36	53	56	1,05	–	–	–
Soudan du Sud	19	158	7	3	30	19	48	34	0,71	–	–	–
Sri Lanka	99	24	72	56	7	91	94	94	1,00	83	87	1,05
Suède	–	3	70	62	10	88	100	100	1,00	95	94	0,99
Suisse	–	3	77	72	6	92	100	100	1,00	82	80	0,97
Suriname	91	66	52	51	19	73	80	81	1,01	48	57	1,20
Swaziland	82	89	64	62	15	81	84	86	1,02	32	39	1,20
Tadjikistan	87	47	33	30	22	60	100	97	0,97	88	79	0,90
Tanzanie, République-Unie de	49	128	41	34	23	64	83	86	1,03	–	–	–
Tchad	23	203	6	3	23	21	96	75	0,78	16	5	0,33
Thaïlande	100	60	79	77	6	93	96	95	0,99	77	82	1,06
Timor-Leste, Rép. dém. du	29	54	29	26	26	53	92	91	0,98	36	40	1,11
Togo	59	77	21	19	34	39	98	87	0,89	32	15	0,48
Tonga	98	30	35	30	28	56	83	86	1,03	67	71	1,05
Trinité-et-Tobago	100	36	50	44	19	72	99	98	0,99	70	75	1,07
Tunisie	99	7	64	53	11	86	100	100	1,00	–	–	–
Turkménistan	100	21	57	51	15	79	–	–	–	–	–	–
Turquie	97	29	74	48	6	92	96	95	0,99	90	87	0,97
Tuvalu	98	42	34	27	28	55	85	87	1,02	70	89	1,28
Ukraine	99	27	67	51	10	87	97	99	1,02	87	87	1,00
Uruguay	98	60	77	74	8	91	100	99	0,99	68	76	1,12
Vanuatu	89	78	47	37	24	66	98	97	0,99	51	53	1,04
Venezuela, Rép. bolivarienne du	96	101	70	64	12	85	95	93	0,98	72	78	1,09
Viet Nam	94	36	77	65	7	92	–	–	–	–	–	–
Yémen	45	67	38	28	27	58	95	81	0,85	51	34	0,66
Zambie	64	145	51	45	20	72	93	93	1,01	–	–	–
Zimbabwe	80	120	66	65	11	85	93	95	1,02	44	44	1,01

Données
mondiales
et régionales

	Santé maternelle et néonatale		Santé sexuelle et reproductive				Éducation					
	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en % ^b , 2006-2014	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999-2014	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes confondues ^a , 2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes âgées de 15 à 49 ans, méthode moderne ^a , 2015	Besoins de planification familiale non satisfaits, femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015	Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ^a , 2015	Taux net ajusté de scolarisation dans le primaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999-2014		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2014		Taux net de scolarisation dans le secondaire, en % d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999-2014	
	garçons	filles					garçons	filles		garçons	filles	
Afrique de l'Est et Afrique australe	56	112	39	34	24	62	86	84	0,97	35	33	0,93
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	48	128	18	13	24	42	78	69	0,89	38	31	0,83
Amérique latine et Caraïbes	93	76 c	73	67	11	87	93	94	1,00	73	78	1,06
Asie et Pacifique	71	33 b	69	63	10	87	95	95	1,00	69	65	0,94
États arabes	75	56	51	43	17	76	86	82	0,95	64	58	0,92
Europe de l'Est et Asie centrale	98	30	65	47	11	86	95	94	1,00	89	89	0,99
Régions développées	–	18	70	61	10	88	96	96	1,00	90	91	1,01
Régions en développement	70	56	63	57	12	84	91	90	0,98	64	61	0,95
Pays les moins avancés	–	113	40	34	22	64	–	–	–	–	–	–
Total mondial	71	51	64	57	12	84	92	90	0,99	67	65	0,96

NOTES

– Données non disponibles.

† Femmes actuellement mariées/en concubinage.

a Chiffres ne comprenant que les enquêtes réalisées entre 2006 et 2014. Les données 2010-2015 relatives aux naissances vivantes ont été utilisées, l'année correspondant au milieu de la période considérée.

b Données non disponibles pour les pays suivants : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokelau, Tuvalu.

c Données non disponibles pour les pays suivants : Anguilla, Antilles néerlandaises, Bermudes, Dominique, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis.

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

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone

	Population							Espérance de vie		Fécondité
	Population totale (en millions), 2015	Taux de variation annuel moyen de la population (%), 2010-2015	Population âgée de 10 à 24 ans (en %), 2015	Population âgée de 0 à 14 ans (en %), 2015	Population âgée de 15 à 64 ans (en %), 2015	Population âgée de 65 ans et plus (en %), 2015	Ratio de dépendance, 2015	Espérance de vie à la naissance (en années), 2010-2015		Taux de fécondité global, 2010-2015
								garçons	filles	
Afghanistan	32,5	3	35	44	54	3	87,0	59	61	5,1
Afrique du Sud	54,5	1,1	29	29	66	5	52,1	55	59	2,4
Albanie	2,9	0	25	19	69	12	44,8	75	80	1,8
Algérie	39,7	1,9	24	29	66	6	52,6	72	77	2,9
Allemagne	80,7	0,1	15	13	66	21	51,8	78	83	1,4
Angola	25	3,3	33	48	50	2	99,9	50	53	6,2
Antigua-et-Barbuda	0,1	1	25	24	69	7	45,7	73	78	2,1
Arabie saoudite	31,5	2,3	24	29	69	3	45,9	73	75	2,9
Argentine	43,4	1	24	25	64	11	56,5	72	80	2,3
Arménie	3	0,4	20	18	71	11	41,3	71	78	1,6
Aruba	0,1	0,4	21	18	70	12	44,0	73	78	1,7
Australie ¹	24	1,6	19	19	66	15	50,9	80	84	1,9
Autriche	8,5	0,4	17	14	67	19	49,2	78	84	1,5
Azerbaïdjan ²	9,8	1,4	23	22	73	6	38,0	68	74	2,3
Bahamas	0,4	1,5	23	21	71	8	41,2	72	78	1,9
Bahreïn	1,4	1,8	22	22	76	2	31,4	76	77	2,1
Bangladesh	161	1,2	30	29	66	5	52,5	70	72	2,2
Barbade	0,3	0,3	20	19	67	14	50,4	73	78	1,8
Bélarus	9,5	0	16	16	70	14	43,0	65	77	1,6
Belgique	11,3	0,7	17	17	65	18	54,2	78	83	1,8
Belize	0,4	2,2	32	33	64	4	56,8	67	73	2,6
Bénin	10,9	2,7	32	42	55	3	82,0	58	61	4,9
Bhoutan	0,8	1,5	29	27	68	5	46,9	69	69	2,1
Bolivie, État plurinational de	10,7	1,6	30	32	61	7	63,7	65	70	3
Bosnie-Herzégovine	3,8	-0,1	16	14	71	15	40,7	74	79	1,3
Botswana	2,3	2	29	32	64	4	55,3	62	67	2,9
Brésil	207,8	0,9	25	23	69	8	44,7	70	78	1,8
Brunéi Darussalam	0,4	1,5	25	23	73	4	38,0	77	80	1,9
Bulgarie	7,1	-0,7	14	14	66	20	51,9	71	78	1,5
Burkina Faso	18,1	2,9	33	46	52	2	92,2	57	59	5,6
Burundi	11,2	3,3	31	45	53	3	89,7	54	58	6,1
Cabo Verde	0,5	1,2	31	30	66	5	52,0	71	75	2,4
Cambodge	15,6	1,6	30	32	64	4	55,6	66	70	2,7
Cameroun, République du	23,3	2,5	33	43	54	3	84,3	54	56	4,8
Canada	35,9	1	18	16	68	16	47,3	80	84	1,6
Chili	17,9	1,1	22	20	69	11	45,2	78	84	1,8
Chine ³	1376	0,5	19	17	73	10	36,6	74	77	1,6
Chine, RAS de Hong Kong ⁴	7,3	0,8	15	12	73	15	37,0	81	87	1,2
Chine, RAS de Macao ⁵	0,6	1,9	16	13	78	9	28,2	78	83	1,2
Chypre ⁶	1,2	1,1	20	17	71	13	41,6	78	82	1,5
Colombie	48,2	1	26	24	69	7	45,6	70	77	1,9
Comores	0,8	2,4	32	40	57	3	75,6	61	65	4,6
Congo, Rép. dém. du	77,3	3,2	32	46	51	3	95,9	57	60	6,2
Congo, République du	4,6	2,6	31	43	54	4	86,2	60	63	5
Corée, République de	50,3	0,5	18	14	73	13	37,2	78	85	1,3

Pays, territoire ou zone	Population							Espérance de vie		Fécondité
	Population totale (en millions), 2015	Taux de variation annuel moyen de la population (%), 2010-2015	Population âgée de 10 à 24 ans (en %), 2015	Population âgée de 0 à 14 ans (en %), 2015	Population âgée de 15 à 64 ans (en %), 2015	Population âgée de 65 ans et plus (en %), 2015	Ratio de dépendance, 2015	Espérance de vie à la naissance (en années), 2010-2015		Taux de fécondité global, 2010-2015
								garçons	filles	
Corée, Rép. pop. dém. de	25,2	0,5	23	21	69	10	44,3	66	73	2
Costa Rica	4,8	1,1	24	22	69	9	45,4	77	82	1,9
Côte d'Ivoire	22,7	2,4	33	43	55	3	83,5	50	52	5,1
Croatie	4,2	-0,4	16	15	66	19	51,1	74	80	1,5
Cuba	11,4	0,1	18	16	70	14	43,4	77	81	1,6
Curaçao	0,2	1,3	19	19	66	15	51,1	75	81	2,1
Danemark	5,7	0,4	19	17	64	19	55,9	78	82	1,7
Djibouti	0,9	1,3	31	33	63	4	58,5	60	63	3,3
Dominique	0,1	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	91,5	2,2	27	33	62	5	62,3	69	73	3,4
El Salvador	6,1	0,3	30	27	65	8	54,3	68	77	2
Émirats arabes unis	9,2	1,9	17	14	85	1	17,8	76	78	1,8
Équateur	16,1	1,6	28	29	64	7	55,6	73	78	2,6
Érythrée	5,2	2,2	32	43	55	3	83,2	61	65	4,4
Espagne ⁷	46,1	-0,2	14	15	66	19	50,8	79	85	1,3
Estonie	1,3	-0,3	15	16	65	19	53,5	72	81	1,6
États-Unis d'Amérique	321,8	0,8	20	19	66	15	50,9	76	81	1,9
Éthiopie	99,4	2,5	35	41	55	4	81,6	61	65	4,6
ex-République yougoslave de Macédoine	2,1	0,2	20	17	71	12	41,4	73	77	1,5
Fidji	0,9	0,7	26	29	65	6	52,8	67	73	2,6
Finlande ⁸	5,5	0,5	17	16	63	21	58,3	78	83	1,7
France	64,4	0,5	18	19	62	19	60,3	79	85	2
Gabon	1,7	2,2	31	37	58	5	73,1	63	64	4
Gambie	2	3,2	32	46	52	2	94,2	59	61	5,8
Géorgie ⁹	4	-1,2	18	17	69	14	45,7	71	78	1,8
Ghana	27,4	2,4	31	39	58	3	73,0	60	62	4,2
Grèce	11	-0,4	15	15	64	21	56,2	78	84	1,3
Grenade	0,1	0,4	27	27	66	7	50,7	71	76	2,2
Guadeloupe ¹⁰	0,5	0,5	20	22	63	15	57,6	77	84	2,2
Guam	0,2	1,3	26	26	66	9	52,0	76	81	2,4
Guatemala	16,3	2,1	33	37	59	5	70,9	68	75	3,3
Guinée	12,6	2,7	32	43	54	3	83,8	58	58	5,1
Guinée équatoriale	0,8	3	30	39	58	3	72,9	56	59	5
Guinée-Bissau	1,8	2,4	32	41	56	3	78,4	53	57	5
Guyana	0,8	0,4	34	29	66	5	51,1	64	69	2,6
Guyane française	0,3	2,8	27	34	61	5	63,2	76	83	3,5
Haïti	10,7	1,4	31	34	62	5	62,3	60	64	3,1
Honduras	8,1	1,5	33	32	63	5	57,8	70	75	2,5
Hongrie	9,9	-0,3	16	15	68	18	47,9	71	79	1,3
Îles Salomon	0,6	2,1	32	40	57	3	75,1	66	69	4,1
Îles Turques et Caïques	0	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges américaines	0,1	0	20	20	62	18	61,2	77	83	2,3
Inde	1311,1	1,3	28	29	66	6	52,4	66	69	2,5
Indonésie	257,6	1,3	26	28	67	5	49,0	67	71	2,5

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone	Population							Espérance de vie		Fécondité
	Population totale (en millions), 2015	Taux de variation annuel moyen de la population (%), 2010-2015	Population âgée de 10 à 24 ans (en %), 2015	Population âgée de 0 à 14 ans (en %), 2015	Population âgée de 15 à 64 ans (en %), 2015	Population âgée de 65 ans et plus (en %), 2015	Ratio de dépendance, 2015	Espérance de vie à la naissance (en années), 2010-2015		Taux de fécondité global, 2010-2015
								garçons	filles	
Iran, République islamique d'	79,1	1,3	23	24	71	5	40,2	74	76	1,7
Iraq	36,4	3,3	31	41	56	3	78,7	67	71	4,6
Irlande	4,7	0,3	18	22	65	13	53,7	78	83	2
Islande	0,3	0,7	21	20	66	14	51,6	81	84	2
Israël	8,1	1,7	23	28	61	11	64,1	80	84	3,1
Italie	59,8	0,1	14	14	64	22	56,5	80	85	1,4
Jamaïque	2,8	0,4	28	24	67	9	48,6	73	78	2,1
Japon	126,6	-0,1	14	13	61	26	64,5	80	86	1,4
Jordanie	7,6	3,1	30	36	61	4	64,8	72	76	3,5
Kazakhstan	17,6	1,6	22	27	67	7	50,3	64	74	2,6
Kenya	46,1	2,7	32	42	55	3	80,9	59	62	4,4
Kirghizistan	5,9	1,7	27	31	64	4	55,3	66	74	3,1
Kiribati	0,1	1,8	29	35	61	4	63,0	63	69	3,8
Koweït	3,9	4,8	19	22	76	2	32,1	73	76	2,2
Lesotho	2,1	1,2	34	36	60	4	67,3	49	50	3,3
Lettonie	2	-1,2	15	15	66	19	52,2	69	79	1,5
Liban	5,9	6	28	24	68	8	47,3	77	81	1,7
Libéria	4,5	2,6	32	42	55	3	82,9	59	61	4,8
Libye	6,3	0	25	30	66	5	52,4	69	74	2,5
Lituanie	2,9	-1,6	17	15	67	19	50,1	67	79	1,6
Luxembourg	0,6	2,2	18	16	70	14	43,7	79	84	1,6
Madagascar	24,2	2,8	33	42	56	3	80,3	63	66	4,5
Malaisie ¹¹	30,3	1,5	27	25	70	6	43,6	72	77	2
Malawi	17,2	3,1	33	45	51	3	94,5	60	62	5,3
Maldives	0,4	1,8	28	28	68	5	47,4	75	77	2,2
Mali	17,6	3	32	48	50	3	100,2	57	57	6,4
Malte	0,4	0,3	18	14	66	19	50,8	79	82	1,4
Maroc	34,4	1,4	26	27	67	6	50,1	73	75	2,6
Martinique	0,4	0,1	19	17	64	19	57,0	78	84	2
Maurice ¹²	1,3	0,4	23	19	71	10	40,6	71	78	1,5
Mauritanie	4,1	2,5	31	40	57	3	76,1	61	64	4,7
Mexique	127	1,4	28	28	66	7	51,7	74	79	2,3
Micronésie	0,1	0,2	36	34	62	4	62,4	68	70	3,3
Moldova, République de ¹³	4,1	-0,1	19	16	74	10	34,6	67	75	1,3
Mongolie	3	1,7	24	28	68	4	47,6	65	73	2,7
Monténégro	0,6	0,1	20	19	68	14	47,7	74	78	1,7
Mozambique	28	2,8	33	45	51	3	94,8	53	56	5,5
Myanmar	53,9	0,8	28	28	67	5	49,1	64	68	2,3
Namibie	2,5	2,3	32	37	60	4	67,3	62	67	3,6
Népal	28,5	1,2	33	33	62	6	61,8	68	70	2,3
Nicaragua	6,1	1,2	30	30	65	5	54,1	71	77	2,3
Niger	19,9	4	31	51	47	3	113,0	60	62	7,6
Nigéria	182,2	2,7	31	44	53	3	87,7	52	53	5,7
Norvège ¹⁴	5,2	1,3	19	18	66	16	52,2	79	83	1,8
Nouvelle-Calédonie	0,3	1,3	23	22	68	10	47,9	74	79	2,1

Pays, territoire ou zone	Population							Espérance de vie		Fécondité
	Population totale (en millions), 2015	Taux de variation annuel moyen de la population (%), 2010-2015	Population âgée de 10 à 24 ans (en %), 2015	Population âgée de 0 à 14 ans (en %), 2015	Population âgée de 15 à 64 ans (en %), 2015	Population âgée de 65 ans et plus (en %), 2015	Ratio de dépendance, 2015	Espérance de vie à la naissance (en années), 2010-2015		Taux de fécondité global, 2010-2015
								garçons	filles	
Nouvelle-Zélande	4,5	0,7	21	20	65	15	54,0	80	83	2,1
Oman	4,5	8,4	21	21	77	3	30,0	75	79	2,9
Ouganda	39	3,3	34	48	49	3	102,3	56	59	5,9
Ouzbékistan	29,9	1,5	27	29	67	5	49,7	65	72	2,5
Pakistan	188,9	2,1	30	35	61	5	65,3	65	67	3,7
Palestine ¹⁵	4,7	2,7	34	40	57	3	76,0	71	75	4,3
Panama	3,9	1,6	26	27	65	8	53,4	74	80	2,5
Papouasie-Nouvelle-Guinée	7,6	2,1	31	37	60	3	67,1	60	64	3,8
Paraguay	6,6	1,3	30	30	64	6	56,6	71	75	2,6
Pays-Bas	16,9	0,3	18	17	65	18	53,3	79	83	1,8
Pérou	31,4	1,3	27	28	65	7	53,2	72	77	2,5
Philippines	100,7	1,6	30	32	64	5	57,6	65	72	3
Pologne	38,6	0	16	15	70	16	43,8	73	81	1,4
Polynésie française	0,3	1,1	25	22	70	8	42,2	74	79	2,1
Porto Rico	3,7	-0,1	22	19	67	15	50,0	75	83	1,6
Portugal	10,3	-0,4	16	14	65	21	53,5	77	84	1,3
Qatar	2,2	4,7	19	16	83	1	20,1	77	80	2,1
République arabe syrienne	18,5	-2,3	33	37	59	4	70,0	64	76	3
République centrafricaine	4,9	2	33	39	57	4	75,2	48	51	4,4
Rép. dém. populaire lao	6,8	1,7	33	35	61	4	62,8	64	67	3,1
République dominicaine	10,5	1,2	28	30	63	7	57,8	70	76	2,5
République tchèque	10,5	0,1	15	15	67	18	49,5	75	81	1,5
Réunion	0,9	0,7	23	24	66	10	51,2	76	83	2,2
Roumanie	19,5	-0,8	16	16	67	17	48,9	71	78	1,5
Royaume-Uni	64,7	0,6	18	18	65	18	55,1	78	82	1,9
Russie, Fédération de	143,5	0	16	17	70	13	43,1	64	76	1,7
Rwanda	11,6	2,4	32	41	56	3	78,1	60	66	4,1
Sahara occidental	0,6	2,2	25	26	71	3	40,2	66	70	2,2
Saint-Kitts-et-Nevis	0,1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	0	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	0	26	25	68	7	46,8	71	75	2
Sainte-Lucie	0,2	0,8	26	23	68	9	47,3	72	78	1,9
Samoa	0,2	0,8	31	37	58	5	74,0	70	76	4,2
Sao Tomé-et-Principe	0,2	2,2	32	43	54	3	84,2	64	68	4,7
Sénégal	15,1	3,1	32	44	53	3	87,6	64	68	5,2
Serbie ¹⁶	8,9	-0,5	19	16	67	17	50,1	72	78	1,6
Seychelles	0,1	0,7	21	23	70	7	43,5	69	78	2,3
Sierra Leone	6,5	2,2	33	42	55	3	81,9	50	51	4,8
Singapour	5,6	2	19	16	73	12	37,4	80	86	1,2
Slovaquie	5,4	0,1	17	15	71	14	40,8	72	80	1,4
Slovénie	2,1	0,1	14	15	67	18	48,7	77	83	1,6
Somalie	10,8	2,4	33	47	51	3	98,1	53	57	6,6
Soudan	40,2	2,2	32	41	56	3	78,0	62	65	4,5
Soudan du Sud	12,3	4,1	33	42	54	4	83,7	54	56	5,2
Sri Lanka	20,7	0,5	23	25	66	9	51,2	71	78	2,1

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone	Population							Espérance de vie		Fécondité
	Population totale (en millions), 2015	Taux de variation annuel moyen de la population (%), 2010-2015	Population âgée de 10 à 24 ans (en %), 2015	Population âgée de 0 à 14 ans (en %), 2015	Population âgée de 15 à 64 ans (en %), 2015	Population âgée de 65 ans et plus (en %), 2015	Ratio de dépendance, 2015	Espérance de vie à la naissance (en années), 2010-2015		Taux de fécondité global, 2010-2015
								garçons	filles	
Suède	9,8	0,8	18	17	63	20	59,3	80	84	1,9
Suisse	8,3	1,2	16	15	67	18	48,8	80	85	1,5
Suriname	0,5	0,9	26	27	66	7	50,8	68	74	2,4
Swaziland	1,3	1,5	35	37	59	4	69,3	50	49	3,4
Tadjikistan	8,5	2,2	30	35	62	3	60,9	66	73	3,6
Tanzanie, République-Unie de ¹⁷	53,5	3,2	32	45	52	3	93,8	63	66	5,2
Tchad	14	3,3	34	48	50	3	100,7	50	52	6,3
Thaïlande	68	0,4	19	18	72	11	39,2	71	78	1,5
Timor-Leste, Rép. dém. du	1,2	2,3	32	42	52	6	92,3	66	70	5,9
Togo	7,3	2,7	32	42	55	3	81,8	58	60	4,7
Tonga	0,1	0,4	32	37	57	6	74,3	70	76	3,8
Trinité-et-Tobago	1,4	0,5	20	21	70	9	43,2	67	74	1,8
Tunisie	11,3	1,1	23	23	69	8	44,8	72	77	2,2
Turkménistan	5,4	1,3	28	28	68	4	47,9	61	70	2,3
Turquie	78,7	1,7	25	26	67	8	49,7	72	78	2,1
Tuvalu	0	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	44,8	-0,4	15	15	70	15	43,3	66	76	1,5
Uruguay	3,4	0,3	22	21	64	14	55,9	73	80	2
Vanuatu	0,3	2,3	29	37	59	4	68,7	70	74	3,4
Venezuela, Rép. bolivarienne du	31,1	1,4	27	28	66	6	52,4	70	78	2,4
Viet Nam	93,4	1,1	24	23	70	7	42,5	71	80	2
Yémen	26,8	2,6	34	40	57	3	75,6	62	65	4,4
Zambie	16,2	3,1	33	46	51	3	95,4	57	60	5,5
Zimbabwe	15,6	2,2	33	42	55	3	80,4	54	56	4

Données
mondiales
et régionales

	Population							Espérance de vie		Fécondité
	Population totale (en millions), 2015	Taux de variation annuel moyen de la population (%), 2010-2015	Population âgée de 10 à 24 ans (en %), 2015	Population âgée de 0 à 14 ans (en %), 2015	Population âgée de 15 à 64 ans (en %), 2015	Population âgée de 65 ans et plus (en %), 2015	Ratio de dépendance, 2015	Espérance de vie à la naissance (en années), 2010-2015		Taux de fécondité global, 2010-2015
								garçons	filles	
Afrique de l'Est et Afrique australe	547	2,7	32	42	54	3	84,2	58	61	4,8
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	403	2,7	32	44	53	3	87,3	54	56	5,5
Amérique latine et Caraïbes	629 a	1,1	26 c	26 c	67 c	8 c	50,1	71	78	2,2
Asie et Pacifique	3 865	1,0	25 b	25 b	68 b	7 b	46,3	68	72	2,2
États arabes	339	2,0	29	34	61	5	63,9	67	71	3,5
Europe de l'Est et Asie centrale	265	0,8	22	22	68	10	47,7	68	76	2,0
Régions développées	1 251	0,3	17	16	66	18	51,5	76	82	1,7
Régions en développement	6 098	1,4	26	28	66	6	52,5	68	72	2,6
Pays les moins avancés	954	2,4	32	40	57	4	77,1	63	66	4,3
Total mondial	7 349	1,2	25	26	66	8	52,3	69	74	2,5

NOTES

- Données non disponibles.
- a Données non disponibles pour les Antilles néerlandaises.
- b Données non disponibles pour les pays suivants : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokelau, Tuvalu.
- c Données non disponibles pour les pays suivants : Anguilla, Antilles néerlandaises, Bermudes, Dominique, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis
- 1 Sont incluses les données concernant l'Île Christmas, les Îles Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
- 2 Sont incluses les données concernant le Haut-Karabakh.
- 3 À des fins statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la Province chinoise de Taiwan.
- 4 Le 1^{er} juillet 1997, Hong Kong est devenu une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.
- 5 Le 20 décembre 1999, Macao est devenu une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.
- 6 Sont incluses les données concernant Chypre-Nord.
- 7 Sont incluses les données concernant les Îles Aland.
- 8 Sont incluses les données concernant l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.
- 9 Sont incluses les données concernant Saint-Barthélemy et Saint-Martin (partie française).
- 10 Sont incluses les données concernant le Sabah et le Sarawak.
- 11 Sont incluses les données concernant Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.
- 12 Sont incluses les données concernant la Transnistrie.
- 13 Sont incluses les données concernant les Îles Svalbard et Jan Mayen.
- 14 Sont incluses les données concernant Jérusalem-Est. La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».
- 15 Sont incluses les données concernant le Kosovo.
- 16 Sont incluses les données concernant les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.
- 17 Sont incluses les données concernant Zanzibar.

Notes techniques : Sources des données et définitions

Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2015* comprennent des indicateurs en vue de suivre les progrès de la réalisation des objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

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

Les tableaux statistiques sont basés sur les enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils comprennent également les estimations démographiques les plus récentes des *Perspectives de la population mondiale : révision de 2015* ainsi que les estimations et prévisions des indicateurs de planification familiale 2015 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions et de notes avec indication des sources. Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2015* reflètent généralement les informations disponibles au mois d'août 2015.

Suivi des objectifs de la CIPD : sélection d'indicateurs

Santé maternelle et néonatale

Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, 2013. Source : Les données mises à jour n'étant pas disponibles au moment de l'impression du présent rapport, elles n'ont pas été prises en compte.

Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage, 2006/2014. Source : Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), Nations Unies. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données du Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte à dispenser des soins d'obstétrique essentiels

(notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, s'occuper des nouveau-nés). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas incluses.

Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 1999/2014. Source : Division de la population des Nations Unies et Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), Nations Unies. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au risque de procréation chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres concernant l'enregistrement civil peuvent présenter certaines insuffisances (exhaustivité de l'enregistrement des naissances, comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, qualité de l'information communiquée concernant l'âge de la mère, inclusion des naissances de périodes antérieures). Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). Le numérateur et le dénominateur utilisés dans les enquêtes et les recensements proviennent de la même population. Les principales restrictions concernent les erreurs de déclaration de l'âge, la non-déclaration des naissances, les erreurs de déclaration de la date de naissance de l'enfant, et la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Santé sexuelle et reproductive

La Division de la population des Nations Unies publie chaque année des estimations et des prévisions modélisées systématiques et exhaustives pour un ensemble d'indicateurs relatifs à la planification familiale, sur une période de 60 ans. Ces indicateurs comprennent : la prévalence des contraceptifs, les besoins de planification familiale non satisfaits, la demande totale de planification familiale ainsi que le pourcentage des besoins satisfaits de planification familiale chez les femmes mariées ou vivant en concubinage pour la période 1970-2030. Les estimations, les prévisions et les évaluations d'incertitude sont basées sur un modèle bayésien hiérarchique et sur les tendances observées dans les différents pays. Contrairement aux travaux antérieurs, cette approche permet de ventiler les données en fonction de la source, de l'échantillon de population, et des méthodes contraceptives incluses dans les calculs de la prévalence. De plus amples informations sur les estimations et les méthodes ainsi que des mises à jour sont disponibles à l'adresse : <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. Les estimations se fondent sur les données individuelles des pays enregistrées dans la base de données *World Contraceptive Use 2015*.

Taux de prévalence de la contraception chez les femmes actuellement mariées/en concubinage âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes ou méthodes modernes confondues, 2015. Source : Division de la population des Nations Unies. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Les données des sondages visent les femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui utilisent actuellement une méthode de contraception quelconque ou une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques

comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les progestatifs injectables, les implants hormonaux, les préservatifs et les méthodes barrières utilisées par les femmes.

Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, 2015. Source : Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur concerne les femmes en âge de procréer qui sont sexuellement actives mais n'utilisent aucune méthode de contraception et indiquent qu'elles souhaitent retarder leur prochaine grossesse. Il constitue une sous-catégorie du besoin total de planification familiale non satisfait, qui englobe également les besoins non satisfaits de limitation des naissances. Le concept de besoin non satisfait correspond à l'écart entre les souhaits des femmes en matière de procréation et leur comportement en matière de contraception. Aux fins de suivi des OMD, les besoins non satisfaits sont exprimés en pourcentage des femmes mariées ou en concubinage.

Part de la demande satisfaite chez les femmes actuellement mariées/ en concubinage âgées de 15 à 49 ans, 2015. Source : Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes mariées ou en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui est satisfaite.

Part de la demande satisfaite (PDS) = Taux de prévalence de la contraception (TPC) / Demande totale (DT) de planification familiale

Où la demande totale (DT) = Taux de prévalence de la contraception (TPC) + Taux du besoin de contraception non satisfait (TBCNS), c'est-à-dire :

$DT = TPC + TBCNS$ et

$PDS = TPC / (TPC + TBCNS)$

Éducation

Taux net ajusté de scolarisation des garçons et des filles dans l'enseignement primaire, en pourcentage du nombre d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire, 1999/2014. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ce taux indique le pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel d'être scolarisés dans l'enseignement primaire qui sont scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire.

Taux net de scolarisation des garçons et des filles dans l'enseignement secondaire, en pourcentage du nombre d'enfants en âge d'être scolarisés dans le secondaire, 1999/2014. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Ce taux indique le pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel d'être scolarisés dans l'enseignement secondaire qui sont scolarisés dans l'enseignement secondaire.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire, 1999/2014 Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). L'indice de parité des sexes (IPS) est le ratio du taux net ajusté de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire par rapport à celui des garçons.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire, 1999/2014. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). L'indice de parité des sexes (IPS) est le ratio du taux net de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire par rapport à celui des garçons.

Indicateurs démographiques

Population totale en millions d'habitants, 2015. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur donne une estimation de la population nationale en milieu d'année.

Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage, 2010/2015. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au taux moyen (exponentiel) de la croissance démographique sur une période donnée, à partir de prévisions selon la variante moyenne.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans, 2015. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans, 2015. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans, 2015. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 2015. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population totale âgée de 65 ans et plus.

Ratio de dépendance, 2015. Source : chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au ratio entre les personnes à charge (< 15 ans ou > 64 ans) et les personnes en âge de travailler (âgées de 15 à 64 ans). Les données indiquent le nombre de personnes à charge pour 100 personnes en âge de travailler.

Espérance de vie à la naissance des garçons et des filles (en années), 2010/2015. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à l'espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

Indice total de fécondité, 2010/2015. Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cette mesure indique le nombre d'enfants par femme en supposant que celles-ci atteignent la fin de leur vie procréative et aient des enfants à chaque âge conformément au taux de fécondité du groupe d'âge considéré.

Classification régionale

Les moyennes de l'UNFPA présentées à la fin des tableaux statistiques sont calculées à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-dessous. La classification régionale ne comprend que les pays où l'UNFPA est présent.

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Érythrée ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; Rwanda ; Seychelles ; Soudan du Sud ; Swaziland ; Tanzanie (République-Unie de) ; Zambie ; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

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

Amérique latine et Caraïbes

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

Asie et Pacifique

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

États arabes

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

Europe orientale et Asie centrale

Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; Bulgarie ; ex-République yougoslave de Macédoine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Moldova (République de) ; Roumanie ; Serbie ; Tadjikistan ; Turquie ; Turkménistan ; Ukraine

Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, l'Australie/ Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Les régions moins développées comprennent toutes les régions de l'Afrique, l'Asie (sauf le Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les pays les moins avancés, définis par les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43 de l'Assemblée générale des Nations Unies, incluaient 49 pays en juin 2013 : 34 en Afrique, neuf en Asie, cinq en Océanie et un dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes. Ces 49 pays sont les suivants : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Haïti, Kiribati, Îles Salomon, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Yémen, Vanuatu, Zambie. Ces pays font également partie des régions les moins développées.

Bibliographie

- ALNAP. 2015. Future Humanitarian Financing: Looking Beyond the Crisis. www.alnap.org/resource/20157. Accessed 3 November 2015.
- Amnesty International. 2014. *Escape from Hell: Torture and Sexual Slavery in Islamic State Captivity in Iraq*. London: Amnesty International.
- Anderlini, S. 2010. *WDR Gender Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011 (draft)*.
- Barnett, M., and P. Walker. 2015. "Regime Change for Humanitarian Aid: How to Make Relief More Accountable." *Foreign Affairs*, July/August.
- Bond for International Development. 2015. "State of the World's Emergencies: A Briefing for New UK Parliamentarians." A briefing prepared by Bond's Humanitarian and Conflict Policy groups, London, July.
- Bradshaw, S. 2015. "Engendering Development and Disasters." *Disasters* 39 (s1): s54-s75. doi:10.1111/disa.12111.
- Bradshaw, S., and M. Fordham. 2013. *Women, Girls and Disasters: A Review for DFID*. Middlesex University and Northumbria University and Gender and Disaster Network.
- Burke, J. 2015. "Nepal Quake Survivors Face Threat from Human Traffickers Supplying Sex Trade." *The Guardian*, May 5. www.theguardian.com/world/2015/may/05/nepal-quake-survivors-face-threat-from-human-traffickers-supplying-sex-trade. Accessed 15 August 2015.
- Callimachi, R., and M. Limaug. 2015. "ISIS Enshrines a Theology of Rape." *The New York Times*. www.nytimes.com/2015/08/14/world/middleeast/isis-enshrines-a-theology-of-rape.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&module=first-column-region®ion=top-news&WT.nav=top-news&r=0. Accessed 14 August 2015.
- CARE. 2015. "To Protect Her Honor" *Child Marriage in Emergencies—The Fatal Confusion between Protecting Girls and Sexual Violence*. CARE International.
- CARE. 2015b. *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Pam Vanuatu 2015*.
- CARE. 2014. "The Girl Has No Rights": *Gender-based Violence in South Sudan*.
- Casey, S. E. 2015. "Evaluations of Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: A Systematic Review." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S1.
- Casey, S. E. et al. 2015. "Progress and Gaps in Reproductive Health Services in Three Humanitarian Settings: Mixed Methods Case Studies." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.
- Castillejo, C. 2015. *Fragile States: An Urgent Challenge for EU Foreign Policy*. Madrid: Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).
- Center for Reproductive Rights. 2014. *A Global View of Abortion Rights*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Center for Systemic Peace. 2015. *Global Conflict Trends*. www.systemicpeace.org/conflictrends.html. Accessed 8 September 2015.
- Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan. 2013. *Findings from the Inter-agency Child Protection and Gender-based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*.
- Chynoweth, S. K. 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian agenda: The 2012-2014 Global Review." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-11.
- COHRE (Centre on Housing Rights and Evictions) 2008. *Women, Slums and Urbanization: Examining the Causes and Consequences*. Geneva: COHRE.
- Consortium. 2015. *Sexual and Reproductive Health and Disability: Examining the Needs, Risks and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal and Uganda. Summary Report*. The Women's Refugee Commission, The Association of Medical Doctors of Asia-Nepal, The International Rescue Committee, The Refugee Law Project.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015. *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Brussels: CRED.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015a. EM-DAT database. <http://www.emdat.be/>. Accessed 3 November 2015.
- Cummings, R. et al., n.d. "Data on Health in the Syrian Conflict: An NGO Perspective, 2013-2014." Unpublished.
- Delaney, S. 2007. *Protecting Children from Sexual Exploitation & Sexual Violence in Disaster & Emergency Situations*. Bangkok: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).
- Development Initiatives. 2015. *Global Humanitarian Assistance Report*. www.globalhumanitarianassistance.org. Accessed 5 September 2015.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2013. *Briefing Paper: Violence against Women and Girls in Humanitarian Emergencies*. London: DFID.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2011. *Defining Disaster Resilience*. London: DFID.
- Diggins, J., and E. Mills. 2015. "The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa." *IDS Practice Paper in Brief #23*. Institute of Development Studies Brighton.
- Erakit, J. 2014. "UNICEF Recovery Efforts Still Strong in Aftermath of Typhoon Haiyan." IPS, May 20. www.ipsnews.net/2014/05/unicef-recovery-efforts-still-strong-aftermath-typhoon-haiyan/. Accessed 28 August 2015.
- Feldman-Jacobs, C., and S. Ryniak. 2006. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-depth Look at Promising Practices*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- FFP (Fund for Peace). 2015. *The Fragile States Index 2015*. Washington, DC: Fund for Peace.

- Foreman, M. 2015. Improving Reproductive Health Services for Forcibly Displaced Women." Population Reference Bureau, Washington, DC.
- Garfield, R., and J. Blore. 2009. "Direct Conflict Deaths 1989-2008." Calculations Based on Combined Count and Underreporting Estimates. Unpublished.
- Garfield, R. et al. 2012. "Changes in Size of Populations and Level of Conflict since World War II: Implications for Health and Health Services." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6 (3): 241-246. doi:10.1001/dmp.2012.37.
- Gates, S. et al. 2010. *Consequences of Civil Conflict*. Background paper for the World Development Report 2011. Washington, D.C.: World Bank.
- Gawaya, R. 2008. "Investing in Women Farmers to Eliminate Food Insecurity in Southern Africa: Policy-related Research from Mozambique." *Gender & Development* 16 (1): 147-159. doi:10.1080/13552070701876367.
- Gingerich, T., and M. J. Cohen. 2015. *Turning the Humanitarian System on its Head: Saving Lives and Livelihoods by Strengthening Local Capacity and Shifting Leadership to Local Actors*, Oxfam Research Reports, Oxfam America, Boston, MA, July.
- Global Coalition to Protect Education from Attack. 2015. *Lessons in War. Military Use of Schools and Universities during Armed Conflict*. New York: Global Coalition to Protect Education from Attack.
- Haar, R. J., and L. S. Rubenstein. 2012. *Health in Post Conflict and Fragile States. United States Institute of Peace Special Report 301*. January 2012.
- Harris, K. et al. 2013. *When Disasters and Conflicts Collide: Improving Links between Disaster Resilience and Conflict Prevention*. London: ODI.
- Hillier, D., and G. E. Castillo. 2013. *No Accident: Resilience and the Inequality of Risk*. Oxford: Oxfam International.
- Holmes, R., and D. Bhuvanendra. 2014. *Humanitarian Practice Network: Preventing and Responding to Gender-based Violence in Humanitarian Crises*. London: Overseas Development Institute.
- Howard, N. et al. 2011. "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III: Maternal Health." *Conflict and Health* 5 (1): 5. doi:10.1186/1752-1505-5-5.
- Human Rights Watch. 2015a. *Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape—Yezidi Survivors in Need of Urgent Care*. <https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape>. Accessed 3 August 2015.
- Human Rights Watch. 2015b. *Country Summary: Somalia*.
- Human Rights Watch. 2010. *'As if We Weren't Human': Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda*.
- Human Security Report Project. 2012. *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education, and War: Beyond the Mainstream Narrative*. Vancouver: Human Security Press
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Humanitarian Crisis in West Africa (Ebola) Gender Alert*.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2014. "Making the Links Work: How the Humanitarian and Development Community can Help Ensure No One is Left Behind." Paper presented at the 87th IASC Working Group Meeting, Geneva.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2005. *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2014. *Inter-agency Working Group for Reproductive Health in Crises Information Sheet*. 7. iawg.net/wp-content/uploads/2012/04/6.-IAWG-One-Pager-2015_English.pdf. Accessed 5 September 2015.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2010. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.
- IEP (Institute for Economics and Peace). 2014. *Global Terrorism Index 2014: Measuring and Understanding the Impact of Terrorism*. Sydney: IEP.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). 2012. *The Road to Resilience: Bridging Relief and Development for a More Sustainable Future*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- INFORM (Information for Risk Management) 2015. *INFORM Database*. 2015. www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%202015%20Report%20Print.pdf. Accessed 3 September 2015.
- Inomata, T. 2012. *Financing for Humanitarian Operations in the United Nations System*, Joint Inspection Unit, United Nations, Geneva.
- Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team. 2014. *2014: Final Periodic Monitoring Report — Typhoon Haiyan (Yolanda)*.
- Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Figures*. www.internal-displacement.org/global-figures. Accessed 5 September 2015.
- Internal Displacement Monitoring Centre, International Rescue Committee. 2015. *Philippines: Long-term Recovery Challenges Remain in The Wake of Massive Displacement*.
- International Committee of the Red Cross. 2015. *Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care: January 2012-December 2014*. Third Interim Report of the ICRC Health Care in Danger project. Geneva: ICRC.

- International Organization for Migration. 2015. *Addressing Human Trafficking and Exploitation in Times of Crisis: Evidence and Recommendations for Further Action to Protect Vulnerable and Mobile Populations*. Geneva: International Organization for Migration.
- International Rescue Committee. 2015. *Private Violence, Public Concern: Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings*. Practice Brief.
- International Rescue Committee. 2013. *Syria: A Regional Crisis—The IRC Commission on Syrian Refugees*. New York: IRC.
- International Rescue Committee. 2012. *The Condition of Women Girls in Yida Refugee Camp, South Sudan: A Reproductive Health and Gender-based Violence Rapid Assessment Yida Refugee Camp, Unity State, South Sudan*, IRC South Sudan Program, New York, February.
- Kieny, M. P., and D. Dovlo. 2015. "Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems." *The Lancet* 385 (9963): 91–92. doi:10.1016/S0140-6736(14)62479-X.
- Kim, S. E., et al. 2015. "Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific, 1970–2014." United Nations ESCAP Technical Paper, Information and Communications Technology and Disaster Risk Reduction Division, March. www.unescap.org/sites/default/files/Technical%20paper-Overview%20of%20natural%20hazards%20and%20their%20impacts_final.pdf. Accessed September 4.
- Klasing, A. M. 2011. "Nobody Remembers Us": Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti. Human Rights Watch.
- Krause, S. et al. 2015. "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.
- Kruk, M., et al. 2015. "What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385 (9980): 1910–1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Leaning, J., and D. Guha-Sapir. 2013. "Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health." *New England Journal of Medicine* 369 (19): 1836–1842. doi:10.1056/NEJMra1109877.
- Lwambo, D. 2011. *Before the War, I was a Man: Men and Masculinities in Eastern DR Congo*. Goma: HEAL Africa.
- Manyena, S. B. 2014. "Disaster Resilience: A Question of 'Multiple Faces' and 'Multiple Spaces'?" *International Journal of Disaster Risk Reduction* 8: 1–9. doi:10.1016/j.ijdr.2013.12.010.
- Matyas, D., and M. Pelling 2015. "Positioning Resilience for 2015: The Role of Resistance, Incremental Adjustment and Transformation in Disaster Risk Management Policy." *Disasters* 39 (s1): s1–s18. doi:10.1111/disa.12107.
- Mazurana, D. et al. 2011. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. Boston, MA: Feinstein International Center.
- McAslan, A. 2010. *Resilience Origins and Utility*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.
- McDonnell, N. 2015. "Dollars to Disasters: The Gamble of Emergency Relief." *The New Yorker*, August 18, New York.
- McGinn, T. 2000. "Reproductive Health of War-affected Populations: What Do We Know?" *International Family Planning Perspectives* 26 (4):174–180. doi:10.2307/2648255.
- Milner, J., and G. Loescher. 2011. *Responding to Protracted Refugee Situations: Lessons from a Decade of Discussion*. Refugee Studies Centre: Forced Migration Policy Brief 6. Oxford: University of Oxford.
- Ministère du Plan et al. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013–2014*. Rockville, MD: MPSMRM, MSP et ICF International.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015a. *Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses*. Geneva: IDMC and NRC.
- ODI (Overseas Development Institute) et al. 2013. *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*. London: ODI.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Fragile States: 2013: Resource Flows and Trends in Shifting World*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD-DAC (Organisation for Economic Co-operation, Development Assistance Committee). 2014. *DAC Members' Net Official Development Assistance in 2014*, Tabulated OECD statistical data. www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%202014%20Tables%20and%20Charts.pdf. Accessed 4 September 2015.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2015. "Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Human Rights Situation in Iraq in the Light of Abuses Committed by the So-called Islamic State in Iraq and the Levant and Associated Groups." A/HRC/28/18. March 13.
- Ormhaug, C. 2009. *Armed Conflict Deaths Disaggregated by Gender*. Oslo: PRIO.
- Ortoleva, S., and H. Lewis. 2012. "Forgotten Sisters—A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences." Northeastern University School of Law Research Paper No. 104.

- Osoimehin, B. 2015. *Young People on Frontlines of Humanitarian Response*. The Huffington Post. www.huffingtonpost.com/dr-babatunde-osotimehin/young-people-on-frontline_b_8072870.html. Accessed 5 September 2015.
- Oxfam. 2008. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. London: Oxfam.
- Patel, P. et al. 2009 "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-affected Countries." *PLoS Medicine* 6 (6): e1000090. doi:10.1371/journal.pmed.1000090.t006.
- Peek, L. 2008. "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities, and Promoting Resilience—An Introduction." *Children Youth and Environments* 18 (1): 1-29. doi:10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001.
- Pincha, C. 2008. *Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners*. Mumbai: Oxfam America and NANBAN Trust.
- Plan International. 2013. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. Surrey: Plan International.
- Plan International. 2011. *Weathering the Storm: Adolescent Girls and Climate Change*. Plan International.
- Price, M. et al. 2014. *Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic*. Human Rights Data Analysis Group for OHCHR.
- RAISE Initiative. 2015. *Safe Abortion in Emergencies, June 2015*. New York: RAISE Initiative.
- Reinl, J. 2015. *Q&A: Probing Islamic State's sex atrocities with the United Nations*. www.middleeasteye.net/news/qa-probing-islamic-state-s-sex-atrocities-united-nations-1064004421#sthash.jhyNuFVp.dpuf. Accessed 4 August 2015.
- Save the Children. 2014. *State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Westport, CT: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent and Sexual Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Schafer, A. et al. 2010. "Psychological first aid pilot: Haiti emergency response." *Intervention*, 8(3): 245-254.
- Searle, L. n.d.. "Healing Communities, Transforming Society: Exploring the Interconnectedness between Psychosocial Needs, Practice and Peacebuilding." Unpublished conference proceedings.
- Shaikh, M. A. 2008. "Nurses' Use of Global Information Systems for Provision of Outreach Reproductive Health Services for Internally Displaced Persons." *Prehospital Disaster Medicine* 23 (3): s35-s38.
- Shiferaw, B. et al. 2014. "Managing Vulnerability to Drought and Enhancing Livelihood Resilience in Sub-Saharan Africa: Technological, Institutional and Policy Options." *Weather and Climate Extremes* 3: 67-79. doi:10.1016/j.wace.2014.04.004.
- Shteir, S. 2014. *Conflict-related Sexual and Gender-based Violence*. Australian Civil-Military Centre.
- START Network. 2014. *Crisis Briefing September 2014 Humanitarian Funding Analysis: Kurdish Refugees from Syria into Turkey*, Briefing note in collaboration with Global Humanitarian Assistance, September. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2014/09/Kurdish-Refugees-Turkey-23-Sept-2014_for-upload.pdf. Accessed 5 September 2015.
- Stoianova, V. 2013. *Private Funding for Humanitarian Assistance: Filling the Gap?* Global Humanitarian Assistance Development Initiatives, August. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2013/08/private-funding-2013-online1.pdf. Accessed 4 September 2015.
- Tanabe, M. et al., 2015. "Tracking Humanitarian Funding for Reproductive Health: A Systematic Analysis of Health and Protection Proposals from 2002-2013." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.
- Twigg, J. 2009. *Characteristics of a Disaster-Resilient Community*. London: University College London.
- UNAIDS. 2015. *HIV in Emergency Contexts: Background Note. Agenda Item 9. Thirty-sixth Meeting, 30 June-2 July*. Programme Coordinating Board. Geneva: UNAIDS.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015. *Confronting the Gender Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone*. UNDP Africa Policy Note. 2(1).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015a. *Recovering from the Ebola Crisis*. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/recovering-from-the-ebola-crisis---full-report.html. Accessed 7 October 2015.
- UNFPA. n.d. *HIV/AIDS and Gender Factsheets*.
- UNFPA. 2015. Abu Dhabi Declaration. www.unfpa.org/events/third-united-nations-world-conference-disaster-risk-reduction. Accessed November 3.
- UNFPA. 2015a. *Women & Girls Safe Spaces: A Guidance Note on the Lessons Learned from the Syrian Crisis*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2015b. *Young People on the Frontlines of Crisis*. <https://www.worldhumanitariansummit.org/file/504128/download/549328>. Accessed 11 September 2015.
- UNFPA. 2014. *UNFPA Situation Report for the Gaza Crisis—November 2014*.
- UNFPA. 2012. *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *State of World Population 2010—From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change*. New York: UNFPA.

- UNFPA and Save the Children. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Women's Refugee Commission. 2015. *Young People on the Frontlines of Crisis*.
- UNFTS (United Nations Financial Tracking System). 2015. www.fts.unocha.org. Accessed 5 September 2015.
- UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme). 2013. *State of the World's Cities Report 2012/2013: Prosperity of Cities*. Nairobi: UN-HABITAT.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2015. *Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011. *Driven by Desperation: Transactional Sex as a Survival Strategy in Port-au-Prince IDP Camps*.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011a. *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement*. Need to Know Guidance 1. Geneva: UNHCR.
- UNICEF. 2015. *Humanitarian Action for Children*. New York: UNICEF.
- UNIFEM. 2010. *Pakistan Floods 2010—Summary Report: Rapid Gender Needs Assessment of Flood-affected Communities*.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015. *Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management. Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (United Nations International Strategy for Disaster Reduction).
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015a. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2014. *UNISDR's Annual Report 2014*. Geneva: United Nations, March 2015.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2005. *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- United Nations. 2015. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*, Conference report, Addis Ababa, July.
- United Nations. 2015a. *Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.
- United Nations. 2015b. *Report of the Secretary-General International Cooperation on Humanitarian Assistance in the Field of Natural Disasters, from Relief to Development*. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations. 2015c. *Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations. Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly, Economic and Social Council.
- United Nations. 2015d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- United Nations. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women*, Beijing, 4-15 September. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Twentieth session. A/HRC/20/5.
- United Nations Human Rights Council. 2011. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo*. Seventeenth session. A/HRC/17/26.
- United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing. 2014. *Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing*, New York, August. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4588FINAL%20REPORT%20ICESDF.pdf>. Accessed 5 September 2015.
- United Nations Iraq. 2014. *SRSB Bangura and SRSB Mladenov Gravely Concerned by Reports of Sexual Violence against Internally Displaced Persons*. Statement. www.uniraq.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=2373:srsg-bangura-and-srsg-mladenov-gravely-concerned-by-reports-of-sexual-violence-against-internally-displaced-persons&Itemid=6-05&lang=en. Accessed 28 August 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2015. "Humanitarian Assistance." www.un.org/en/sections/priorities/humanitarian-assistance/index.html. Accessed 1 September 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2014. *World Humanitarian Data and Trends 2014*, Geneva, March, 2013. www.unocha.org/data-and-trends-2014/downloads/World%20Humanitarian%20Data%20and%20Trends%202014.pdf. Accessed 5 September 2015.
- UN Women. 2015. *Reaching Out to Survivors of Violence in Post-earthquake Nepal*. www.unwomen.org/en/news/stories/2015/7/reaching-out-to-survivors-of-violence-in-post-earthquake-nepal#sthash.bRG48Ej3.dpuf. Accessed 12 August 2015.
- UN Women. 2015a. *The Effect of Gender Equality Programming on Humanitarian Outcomes*. New York: UN Women.

- UN Women. 2013. "Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage." Inter-agency assessment. Amman: UN Women.
- United Nations Security Council. 2015. "Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General." S/2015/203.
- WHO (World Health Organization). 2012. *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2002. *Gender and Health in Disasters*. Geneva: Department of Gender and Women's Health.
- Winderl, T. 2014. *Disaster Resilience Measurements—Stocktaking of Ongoing Efforts in Developing Systems for Measuring Resilience*.
- Wisner, B. 2006. *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction*. A report by the ISDR System Thematic Cluster/Platform on Knowledge and Education. Bangalore: Books for Change.
- Women's Refugee Commission. 2014. *I'm here: Adolescent Girls in Emergencies: Approach and tools for improved response*. New York: WRC.
- Women's Refugee Commission. 2014a. *The Woman can Decide for Herself": The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability for Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya*." New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission. 2013. *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011—2012*.
- Women's Refugee Commission. 2004. *Life Saving Reproductive Health Care in Chad: Ignored and Neglected*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission et al. 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR and UNFPA.
- Wood, E. J. 2015. *Conflict-related sexual violence and the policy implications of recent research*. International Review of the Red Cross.
- World Bank. 2015a. *Fragility, Conflict and Violence*. www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview#1. Accessed 5 September 2015.
- World Bank. 2015b. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2013. *Turn Down the Heat: Climate Extremes, Regional Impacts, and the Case for Resilience*. Washington, DC: World Bank.
- World Vision. n.d. *Global Health—Nutrition: Supporting Breastfeeding in Emergencies: The Use of Baby-Friendly Tents*.
- World Vision UK. 2013. *Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States*." *World Vision UK Research Report*. London: World Vision UK.
- Wulf, D. 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugees.

GLOSSAIRE DES TERMES HUMANITAIRES



ACTION HUMANITAIRE

L'action humanitaire fournit des services vitaux et facilite le retour à la vie normale des personnes et communautés touchées par une catastrophe d'origine naturelle ou anthropique. Elle cherche également à diminuer l'impact destructeur des catastrophes et des situations d'urgence complexes.



CATASTROPHE NATURELLE

Événement de grande ampleur détruisant des vies et/ou des biens. Pour qu'un événement soit enregistré comme catastrophe naturelle dans la base de données du Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes reconnue à l'échelle mondiale, il doit remplir au moins un des critères suivants :

- au moins dix personnes tuées ;
- au moins cent personnes touchées ;
- déclaration de l'état d'urgence ;
- appel à l'aide internationale.

L'expression « catastrophe naturelle » s'applique aux phénomènes suivants : sécheresses, séismes, épidémies, épisodes de chaleur ou de froid extrêmes, inondations, tempêtes, tsunamis, éruptions volcaniques et feux de forêt.



CONSÉQUENCE DIRECTE ET CONSÉQUENCE INDIRECTE

Une conséquence directe est un décès ou toute autre incidence survenant directement et essentiellement à cause d'une catastrophe. Une conséquence indirecte est un décès ou toute autre incidence ultérieure non immédiate résultant d'un seul acte de destruction. Les conséquences indirectes ne peuvent souvent être identifiées qu'à l'échelle de la population, tandis que les conséquences directes peuvent être observées au niveau individuel. Par exemple, si le taux de mortalité augmente suite à un événement et qu'aucune autre raison ne permet d'expliquer cette hausse, ces décès supplémentaires seront considérés comme une conséquence indirecte de l'événement en question.



CRISE HUMANITAIRE

Événement ou série d'événements qui constitue une menace critique pour la santé, la sûreté, la sécurité et le bien-être d'une communauté ou d'un très grand groupe de personnes, survenant généralement sur un vaste territoire. Les conflits armés, les épidémies, les famines, les catastrophes naturelles et toute autre situation d'urgence majeure peuvent impliquer ou entraîner une crise humanitaire.



DROITS FONDAMENTAUX

Tous les droits fondamentaux se fondent sur la dignité et la valeur inhérentes à chaque être humain. Le concept de droit fondamental reconnaît que chaque être humain a le droit de jouir de ses droits fondamentaux sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, d'origine nationale ou sociale, de propriété, de naissance ou de tout autre statut.



INTERVENTION HUMANITAIRE

Assistance matérielle et logistique aux personnes, afin de répondre aux besoins engendrés par un conflit ou une catastrophe, fournie suite à l'appel du gouvernement ou des organisations internationales.



PERSONNE DÉPLACÉE

Personne contrainte ou obligée de fuir ou de quitter son foyer ou lieu de résidence habituel, en particulier à cause d'un conflit armé, de violences généralisées, de violations des droits fondamentaux, d'une catastrophe d'origine naturelle ou anthropique, ou dans le but d'échapper aux conséquences de tels événements, et qui n'a pas franchi les frontières d'un État reconnu par la communauté internationale.



PERSONNE TOUCHÉE PAR UN CONFLIT OU UNE CATASTROPHE

Personne ayant besoin d'une assistance immédiate lors d'une situation d'urgence, qui puisse satisfaire aux besoins essentiels à sa survie, tels que la nourriture, l'eau, un abri, l'assainissement et des soins médicaux immédiats du fait de la situation d'urgence.



RÉFUGIÉ

Personne ayant fui son pays d'origine parce qu'elle craint, avec raison, d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, et qui n'a pas la possibilité ou ne souhaite pas, en raison de ces craintes, bénéficier de la protection de ce pays.



SITUATION D'URGENCE COMPLEXE

Crise humanitaire multidimensionnelle au sein d'un pays, d'une région ou d'une société subissant un effondrement total ou considérable du pouvoir, en raison d'un conflit intra ou interétatique, et qui exige une réponse multisectorielle et internationale allant au-delà du mandat ou de la capacité d'un seul organisme et/ou du programme de pays des Nations Unies en cours. De telles situations d'urgence ont des conséquences particulièrement dévastatrices pour les enfants et les femmes, et nécessitent la mise en place d'un ensemble d'interventions complexe.



Réaliser un monde où
chaque grossesse est désirée
chaque accouchement est sans danger et
le potentiel de chaque jeune
est accompli

Fonds des Nations Unies pour la population

605 Third Avenue
New York, NY 10158 (États-Unis)
Tél. : +1 212 297 5000
www.unfpa.org

ISBN 978-0-89714-989-1



Numéro de vente F.15.III.H.1
F/1 500/2015