



HAL
open science

Trente ans après la Conférence du Caire, où en sont les droits sexuels et reproductifs dans le monde?

Valentine Becquet, Mireille Le Guen, Céline Miani, Virginie Rozée, Heini Väisänen

► To cite this version:

Valentine Becquet, Mireille Le Guen, Céline Miani, Virginie Rozée, Heini Väisänen. Trente ans après la Conférence du Caire, où en sont les droits sexuels et reproductifs dans le monde?. *Population et sociétés*, 2024, 625, pp.1-4. 10.3917/popsoc.625.0001 . hal-04709195

HAL Id: hal-04709195

<https://hal.science/hal-04709195v1>

Submitted on 25 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Population & Sociétés

Trente ans après la Conférence du Caire, où en sont les droits sexuels et reproductifs dans le monde ?

Valentine Becquet*, Mireille Le Guen**, Céline Miani*, Virginie Rozée*, Heini Väisänen*

Il y a 30 ans, 179 pays s'entendaient sur un Programme d'Action sur les droits sexuels et reproductifs lors d'un événement majeur en démographie : la Conférence du Caire de 1994. Où en est-on aujourd'hui en termes de contraception, d'avortement, d'accouchement ou de lutte contre l'infertilité ? Les autrices dressent un bilan mondial des avancées et des inégalités dans ces domaines, pointant les progrès restant à accomplir.

En septembre 2024, nous célébrons les 30 ans de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, 1994) organisée par l'ONU au Caire, qui visait, entre autres, à améliorer l'accès à l'éducation, réduire la mortalité maternelle et infantile et stabiliser la croissance de la population mondiale. Cette conférence a aussi contribué à la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs comme des droits humains en les définissant comme suit :

« Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. » (Nations Unies, 1994)⁽¹⁾.

Afin de rendre effectifs ces droits, le Programme d'Action du Caire, signé par 179 États, avait pour but d'orienter les politiques publiques nationales sans toutefois prendre un caractère contraignant. Il s'agissait de faire reconnaître ces droits dans tous les États signataires, mais également de proposer une offre globale en santé sexuelle et reproductive permettant le développement d'une vie sexuelle épanouie et l'accès aux méthodes de planification familiale, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST, particulièrement le VIH/sida) et à des services de santé maternelle. L'accent était également mis sur la promotion de

l'égalité entre les sexes, à travers l'émancipation des femmes et des filles, condition jugée indispensable à l'effectivité des droits sexuels et reproductifs considérés comme fondamentaux pour jouir des autres droits sociaux et politiques.

Aujourd'hui, 30 ans après le Programme d'Action, où en sont les droits sexuels et reproductifs dans le monde ? Si nous constatons des avancées indéniables, certains enjeux semblent avoir été impensés tandis que des populations ou publics ont été oubliés des politiques d'accès aux droits sexuels et reproductifs.

Contraception : des avancées indéniables

Le Programme d'Action visait à assurer le droit à la régulation des naissances, en développant la planification familiale. L'augmentation du recours à la contraception est indéniablement une des avancées majeures en termes de droits sexuels et reproductifs de ces trente dernières années. Les efforts engagés pour rendre davantage accessibles les différentes méthodes anticonceptionnelles ont contribué à réduire considérablement le nombre de grossesses non intentionnelles dans le monde, passant de 79 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 1990-1994 à 64 en 2015-2019 [1]. En 2021, sur les 1,1 milliard de femmes âgées de 15 à 49 ans dans le monde souhaitant retarder ou éviter la conception d'un enfant, 77% utilisaient un moyen de contraception dit « moderne » (pilule, stérilet, injection, préservatif, etc.) et 8% une méthode traditionnelle comme le retrait ou l'abstinence périodique⁽²⁾.

En dépit de cette hausse globale du recours, l'usage de la contraception en général et de certaines méthodes en particulier apparaît fortement guidé par les recommandations des soignants et la disponibilité des contraceptifs. En outre, si le

(1) Paragraphe 7.3, p. 79. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ICPD_Report_and_An_x_FR.pdf

* Ined

** Centre interdisciplinaire de recherche sur les familles et les sexualités, UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

° Université de Bielefeld, Allemagne

(2) United Nations, 2022

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf

Programme d'Action mentionnait de « mettre l'accent sur la part de responsabilité qui incombe aux hommes dans la fonction parentale et le comportement en matière de sexualité et de procréation et [de] les encourager à assumer activement cette responsabilité, notamment en ce qui concerne la planification familiale », leur implication reste faible comme les moyens mis à leur disposition. Seules des méthodes féminines, essentiellement à base d'hormones (stérilet hormonal, implant, patch et anneau), ont été développées ces trente dernières années, laissant croire que la contraception repose avant tout sur les femmes, ce qui contribue au maintien des inégalités de genre en termes de sexualité, contraception et procréation.

Avortement : des pays le légalisent tandis que d'autres en réduisent l'accès

L'avortement n'avait pas été reconnu comme un droit reproductif dans le Programme d'Action en raison de l'opposition de courants conservateurs. Seul l'accès aux soins après avortement a été garanti, c'est-à-dire la possibilité pour les femmes de se faire soigner dans des services de santé en cas de complications sévères après un avortement provoqué ou spontané (fausse-couche). La situation de la légalisation de l'avortement reste contrastée dans le monde, et ces trente dernières années ont vu à la fois des avancées majeures mais aussi des retours en arrière. En Amérique latine, l'Uruguay (2012), l'Argentine (2020), la Colombie (2022) et le Mexique (2023) ont légalisé l'avortement après des décennies de luttes féministes. En Europe, le Portugal (2007) et l'Irlande (2018) ont étendu le droit à l'avortement, tandis que la Pologne (2020) a basculé dans une interdiction quasi totale. Le droit à l'avortement a aussi été remis en cause aux États-Unis en 2022 avec l'infirmité de la décision *Roe vs. Wade* par la Cour Suprême, ouvrant la possibilité à chaque État d'autoriser ou bannir l'avortement et provoquant de ce fait une crise sanitaire et humanitaire dans certains États conservateurs. En deux ans, 14 États sur 50 ont rendu l'avortement illégal sur leur territoire. En France, en réaction au recul du droit à l'avortement aux États-Unis, plusieurs parlementaires ont réclamé l'inscription du « droit à l'IVG » dans la Constitution, et « la liberté garantie pour les femmes de recourir à l'IVG » y a été inscrite en 2024⁽³⁾.

Lorsque l'accès à l'avortement est illégal ou fortement restreint, les personnes se tournent vers des pratiques clandestines pouvant mettre en danger leur santé ou leur vie si des méthodes dangereuses sont utilisées. Les avortements à risque causent 5 à 13 % des décès maternels dans le monde chaque année [2]. Mais dans l'ensemble, avec un meilleur accès aux médicaments abortifs et plus spécifiquement au misoprostol, les avortements clandestins peuvent également être autogérés de manière plus sûre.

670 000 enfants conçus dans le monde par aide médicale à la procréation

Ces trois dernières décennies ont vu également se développer dans le monde des techniques pour pallier l'impossibilité de concevoir spontanément, majoritairement au sein de couples hétérosexuels mais aussi parfois de couples de même sexe et de personnes qui ne sont pas en couple. Lorsqu'elles sont disponibles

et accessibles, ces techniques viennent élargir le champ des possibles procréatifs pour toutes les personnes souhaitant devenir parent, même si les taux de succès restent relativement faibles. Aujourd'hui, plus de 100 pays ont des services d'aide médicale à la procréation (AMP) et plus de 670 000 enfants dans le monde ont été conçus par AMP en 2018 [3]. Le nombre de recours à l'aide à la procréation est en nette augmentation dans le monde, entraînant de fait une hausse du nombre de naissances issues de l'AMP. En Europe, en 2018, les enfants conçus par fécondation *in vitro* (FIV) représentaient de 0,1 % en Serbie à 9,3 % en Espagne, en passant par 2,8 % en France de l'ensemble des naissances [4]. En Amérique latine cette même année, cette proportion variait de 0,04 % au Guatemala et au Venezuela à 0,9 % en Uruguay [5]. Les données relatives à l'AMP sont cependant sporadiques et hétérogènes car les pays et les centres médicaux n'enregistrent pas systématiquement leurs activités dans des registres institutionnels accessibles.

Si l'AMP représente une avancée pour l'exercice des droits sexuels et reproductifs, son accès n'en reste pas moins empreint dans les faits de fortes inégalités socioéconomiques, raciales et de genre [3]. Elle se pratique le plus souvent dans des centres médicaux privés à des coûts particulièrement élevés. Légalement, l'accès est aussi souvent réservé à certaines populations, comme les personnes cisgenres et les couples hétérosexuels. Enfin, en pratique, la prise en charge médicale peut aussi être différenciée selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes, et notamment leur appartenance raciale.

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles se poursuit

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et la prévention de la contamination par le VIH/sida faisaient partie des objectifs du Programme d'Action, et d'importants progrès ont été observés depuis trente ans sous l'impulsion croisée des associations de patients, du monde médical et de la recherche, des activistes et des bailleurs de fonds. Les premiers traitements efficaces – les antirétroviraux – ont été développés en 1996 dans les pays les plus riches mais ont été rendus accessibles seulement en 2004 dans les pays à revenus faibles et limités. De nombreuses innovations ont suivi dans les années 2010, comme la prévention médicamenteuse, le traitement universel, c'est-à-dire immédiatement après le diagnostic quelle que soit la charge virale, ou l'autodépistage. Cependant, ces nouveaux outils ne sont pas accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. De plus, il y avait encore 5,4 millions de personnes qui ne savaient pas qu'elles vivaient avec le VIH en 2023⁽⁴⁾.

Les pratiques d'autosoin et de télémédecine se développent

L'auto-soin (ou auto-prise en charge, la capacité à prévenir les problèmes de santé, ou à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins) est désormais mis en avant par les organisations internationales, comme l'OMS, pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et réduire les inégalités en matière de santé. En termes de droits sexuels et reproductifs, cela regroupe par exemple les autotests de grossesse mais aussi les autopré-

(3) Notons toutefois que cette formulation n'engage pas l'État et exclut de fait les personnes transgenres.

(4) Onusida, 2024, Statistiques mondiales sur le VIH.

En savoir plus sur le sujet :

À l'occasion des 30 ans de la Conférence du Caire, l'Ined co-organise un cycle de 4 conférences et de 6 ciné-débats au cours de l'année 2024-2025 sur le Campus Condorcet et à la MSH Paris-Nord. Informations et programme disponibles sur <https://icpd30.site.ined.fr/>

lèvements d'échantillons pour le dépistage des IST, comme le VIH ou les papillomavirus à l'origine de certains cancers, l'autoadministration de contraceptifs injectables, etc. De même, la télémédecine s'est particulièrement développée pendant la pandémie de Covid-19, permettant le maintien de l'accès à certains soins de santé, notamment reproductifs, et promet de se prolonger dans le long terme pour accompagner la lutte contre les déserts médicaux et pour servir des populations jusqu'ici exclues. Par exemple, dans certains pays, les téléconsultations anténatales avec des sage-femmes sont en augmentation pour assurer un suivi de grossesse et une continuité des soins par ailleurs impossible dans certaines circonstances. De même, les téléconsultations pour prescrire un avortement médicamenteux se développent. Ce type de services en ligne, longtemps l'apanage d'associations de lutte pour l'accès à l'avortement, a été intégré dans des services de santé officiels comme au Royaume-Uni ou aux États-Unis.

Les progrès et les conséquences impensées de la médicalisation de la reproduction

Le Programme d'Action mettait l'accent sur l'émancipation des filles et des femmes, en proposant aux pays des objectifs chiffrés mais non contraignants. Si de nets progrès ont pu être observés, notamment en matière d'éducation, les inégalités de genre persistent dans bien des domaines, et reflètent une tension forte entre autonomie et émancipation des femmes d'une part, et organisation patriarcale et genrée de la société d'autre part. Par exemple, les politiques de populations, qu'elles soient anti-natalistes (comme les politiques de limitation des naissances en Chine et au Vietnam ou les campagnes de stérilisations en Inde), ou pro-natalistes (comme en Russie ou en Hongrie), limitent la capacité des femmes à planifier librement leur reproduction.

En privilégiant le développement de services en santé sexuelle et reproductive et l'accès aux services de santé maternelle, le Programme d'Action n'envisageait pas les potentiels effets délétères de certains progrès technologiques, de la médicalisation des grossesses et des accouchements. Par exemple, si la césarienne permet de prévenir efficacement la mortalité maternelle et néonatale dans certaines situations, il n'y a selon l'OMS aucun bénéfice au niveau de la population générale à ce qu'elle soit pratiquée au-delà de 10 % des accouchements. Au-delà de 15 %, la probabilité d'une pratique injustifiée faisant encourir des risques aux femmes et aux nouveau-nés est élevée. Pourtant, on observe une explosion du taux de césariennes dans le monde, celui-ci étant passé de 12 % en 2000 à 21 % en 2015 [6]. À l'échelle des régions du monde, les taux ont atteint en moyenne 27 % en Europe, 30 % au Moyen-Orient et Afrique du Nord, et jusqu'à 44 % en Amérique latine en 2015. D'autres interventions à risque sont également largement répandues, telles que l'expression abdominale pour accélérer l'accouchement. Cette pratique obstétricale qui a pour but d'aider à faire venir le nouveau-né au monde en effectuant un appui sur le fond utérin est controversée

car son efficacité n'a jamais été prouvée et comporte des risques de complications et de traumatismes pour les parturientes⁽⁵⁾.

Les technologies de reproduction telles que les échographies ou les diagnostics préimplantatoires⁽⁶⁾ se sont développées depuis les années 1980 et ont permis de grands progrès concernant les dépistages en santé maternelle et néonatale. Néanmoins, leur usage a aussi été détourné pour faciliter l'avortement de fœtus féminins dans certains pays d'Asie et d'Europe. En 2010, il était estimé que 126 millions de femmes manquaient dans le monde, en raison des avortements sexo-sélectifs mais aussi de la surmortalité des petites filles [8].

Des faits de violences obstétricales et gynécologiques récemment dénoncés

Plus largement, la surmédicalisation des grossesses, des naissances et de la santé sexuelle et reproductive en général pose la question des violences obstétricales et gynécologiques qui sont dénoncées depuis les années 2000 en Amérique latine, et depuis les années 2010 en Europe⁽⁷⁾. Sous ce terme sont regroupées les violences de genre vécues dans le contexte de consultations gynécologiques ou lors de l'accouchement. Cela inclut des propos et comportements discriminatoires, non respectueux, perçus comme inappropriés ou violents, mais aussi des actes médicaux réalisés sans information et consentement préalable. Ces violences s'inscrivent dans l'histoire patriarcale et paternaliste de la gynécologie et l'obstétrique, avec une tendance plus ou moins marquée à vouloir contrôler le corps des femmes [9]. L'insuffisance de ressources financières et humaines dans les centres médicaux qui dégradent les conditions de travail des soignant-es peuvent favoriser ces violences. Par ailleurs, certaines personnes seraient plus exposées que d'autres à ces violences du fait de leur âge, de leurs origines sociales et raciales et de leurs choix de vie. Ces violences ont d'importantes conséquences intimes, personnelles, familiales, sociales mais aussi médicales puisqu'elles peuvent entraîner un moindre recours aux services de santé.

Des populations oubliées du Programme d'Action du Caire

La question des minorités de genre et sexuelles (lesbiennes, gays, bisexuelles, queer et intersexes : LGBTQI+) n'avait pas été abordée dans le Programme d'Action, le sujet n'étant pas consensuel au niveau mondial. Elles sont davantage visibles aujourd'hui, mais il y a encore beaucoup à accomplir pour que les droits sexuels et reproductifs soient pleinement reconnus pour toutes et tous. Longtemps, la santé sexuelle et reproductive des communautés LGBTQI+ a été pensée au prisme du VIH/sida, tant cette maladie était dévastatrice au sein de ces populations, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les minorités LGBTQI+ sont souvent privées

(5) Dans une étude européenne [7], 41 % des femmes qui ont vécu un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (utilisation de forceps, etc.) disent avoir subi une expression abdominale, avec des taux qui varient de 11,5 % en France à 100 % en Roumanie.

(6) Il s'agit de l'analyse génétique de cellules prélevées à partir d'embryons issus de la fécondation *in vitro*.

(7) European Commission: Directorate-General for Justice and Consumers and Quattrocchi, P., *Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations*, Publications Office of the European Union, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>

d'un accès aux soins adéquats et d'un accueil respectueux dans les services de santé [10]. De même, leur accès à l'AMP (tout comme à l'adoption) est limité dans de nombreux pays et leur désir de faire famille est entravé. Dans certains pays où l'homosexualité est même un délit voire un crime, c'est déjà leur droit à vivre leur sexualité qui est bafoué : les actes homosexuels y sont passibles d'une amende, d'un emprisonnement voire de la peine de mort dans 67 pays du monde⁽⁸⁾.

Outre leur orientation sexuelle, les personnes peuvent être également victimes de violences et de discriminations en raison de leur genre, leur origine, de leur situation économique ou de leur handicap, ce qui tend à limiter leurs capacités à exercer leurs droits sexuels et reproductifs. Si le Programme d'Action mettait déjà l'accent sur diverses sources d'inégalités, à l'exception de celles liées aux minorités sexuelles, l'effet négatif de la combinaison de plusieurs caractéristiques n'était pas pris en compte.

En 2014, le secrétaire général des Nations unies avait décidé de reconduire les objectifs de la conférence du Caire jusqu'à ce qu'ils soient atteints. En 2024, bien que les progrès soient importants en termes d'accès à la contraception, aux services de santé maternelle, de prise en charge de l'infertilité, de dépistage et de traitement des IST, les droits sexuels et reproductifs sont loin d'être reconnus et exercés partout dans le monde. De nombreux individus restent privés de leur droit à une sexualité libre et en bonne santé, et ne parviennent pas à réaliser leur projet parental, en raison de leur genre, de leur orientation ou de leur identité sexuelle, ou de leur situation économique. Dans certains pays, les politiques de diminution des dépenses publiques ont réduit l'accès aux services de santé et d'accueil des jeunes enfants, restreignent les droits sexuels et reproductifs des individus plus pauvres, qui sont encore majoritairement des femmes. Celles-ci sont alors contraintes de renoncer à se faire soigner, ou de choisir entre travailler et avoir des enfants. Ces politiques, parfois associées à des idées conservatrices qui vont à l'encontre de l'égalité des sexes, et risquent de ralentir, voire de remettre en cause, les progrès réalisés au cours des trente dernières années.

Résumé

Il y a 30 ans, en 1994, la Conférence mondiale du Caire reconnaissait les droits sexuels et reproductifs et fixait des objectifs. Depuis, des progrès majeurs ont été réalisés en termes de contraception, santé maternelle, prise en charge de l'infertilité, ou dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles. Toutefois, de nombreux individus restent privés de leur droit à une sexualité libre et en bonne santé dans le monde, et ne parviennent pas à réaliser leur projet parental, en raison de leur genre, de leurs origines ou leur situation économique.

Mots-clés

contraception, avortement, genre, inégalités, accouchement, infertilité, AMP, IST, minorités sexuelles, monde

(8) Selon Human Rights Watch: <https://www.hrw.org/>.

Références

- [1] Bearak J., Popinchalk A., Ganatra B., Moller A. B., Tunçalp Ö., Beavin C., Kwok L., Alkema L. 2020. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*, 8(9): e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- [2] Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A.B., Daniels J., Gülmezoglu A.M., Temmerman M., Alkema L. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. Jun; 2(6):e323-33. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- [3] Adamson, G.D., Fernando Zegers-Hochschild and Silke Dyer. 2023. Global Fertility Care with Assisted Reproductive Technology. *Fertility and Sterility* 120(3, Part 1):473-82. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.013>
- [4] Wyns C., De Geyter C., Calhaz-Jorge C., Kupka M. K., Motrenko T., Smeenk J., Bergh C., Tandler-Schneider A., Rugescu I. A., Goossens V. 2022. ART in Europe, 2018: results generated from European registries by ESHRE. *Human Reproduction Open*, 2022(3). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac022>
- [5] Zegers-Hochschild F., Crosby J. A., Musri C., Souza M., Martínez A. G., Silva A. A., Mojarra J., Masoli D., Posada N. 2021. Celebrating 30 years of ART in Latin America; and the 2018 report. *Reproductive BioMedicine Online*, 43 (3) : 475-490. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.05.019>
- [6] Boerma T., Ronsmans C., Melesse D. Y., Barros A. J. D., Barros F. C., Juan L., Moller A. B., Say L., Hosseinpoor A. R., Yi M., de Lyra Rabello Neto D., Temmerman M. 2018. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*, 392(10155):1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- [7] Lazzarini M., Covi B., Mariani I., Drglin Z., Arendt M., Nedberg I. H., Elden H., Costa R., Drandi D., Radeti J., Otelea M. R. 2022. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health-Europe*, 13:100268. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- [8] Bongaarts J., Guilamoto C. Z. 2015. How Many More Missing Women? Excess Female Mortality and Prenatal Sex Selection, 1970-2050. *Population and Development Review*, 41(2), 241-269. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2015.00046.x>
- [9] Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, Fernando Saraiva Coneglian, Alex Luiz Araújo Diniz, Özge Tunçalp, Dena Javadi, Olufemi T. Oladapo, Rajat Khosla, Michelle J. Hindin and A. Metin Gülmezoglu. 2015. The Mistreatment of Women During Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine* 12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- [10] Faucher P., Hassoun D., Linet D. T. 2023. *Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT*, Illustrated édition, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 192 p.