



ÉCHANGE DE DONNÉES DU  CanSFE

RAPPORT SUR L'IMPACT EN SANTÉ MONDIALE 2023 :

Engagé.e.s. Responsables. Ensemble.



AVRIL 2023

TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPAUX ACRONYMES UTILISÉS	1
REMERCIEMENTS	2
AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ	2
UN MOT DU CANSFE	3
INTRODUCTION : FAVORISER UN ACCÈS UNIVERSEL POUR RÉPONDRE AUX BESOINS UNIVERSELS	4
1. MOBILISER LE POUVOIR D'UNE COMMUNAUTÉ GRÂCE AUX DONNÉES	5
1.1. MÉTHODOLOGIE DU PRÉSENT RAPPORT	5
1.1.1. À propos de l'Explorateur de projets du CanSFE (volet international)	5
1.1.2. La carte du Réseau Avenir égalitaire (volet national)	6
1.2. EN CHIFFRES : UN APERÇU (EXPLORATEUR DE PROJETS)	7
1.2.1. Aperçu de l'ensemble des données	7
1.2.2. Mettre l'accent sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR)	9
2. FAIRE AVANCER LA SANTÉ ET LES DROITS ET RAMENER LA DIMENSION « MONDIALE » EN SANTÉ MONDIALE	11
2.1. DÉTENTEURS DE DROITS : DE QUI S'AGIT-IL?	11
2.1.1. Dans le monde (données de l'Explorateur de projets) : qui et où?	11
2.1.2. Au Canada (données du Réseau Avenir égalitaire) – qui les organisations soutiennent-elles?	16
2.2. SUR QUELS DOMAINES CES EFFORTS PORTENT-ILS?	18
2.2.1. Dans le monde (domaines d'intervention des projets)	18
2.2.2. Au Canada (« Champ d'action des organisations »)	20
2.2.3. Gros plan sur l'accès aux services d'avortement sécurisé et aux soins après avortement	24
3. RÉALISER NOS OBJECTIFS : UN PARCOURS ET NON SEULEMENT UNE DESTINATION	27
3.1. LE POUVOIR DES PARTENARIATS	27
3.1.1. Mettre en avant les partenaires mondiaux/locaux	27
3.1.2. Favoriser l'appropriation par les communautés pour mesurer l'impact	28
3.2. CONTINUER D'INNOVER ET D'INSPIRER EN COMBLANT LES LACUNES EN MATIÈRE DE DONNÉES (LABOS 2022)	29
3.3. APPRENDRE ET CRÉER DES OUTILS POUR PROMOUVOIR LES MEILLEURES PRATIQUES	34
4. REGARD SUR L'AVENIR	35
RÉFÉRENCES	36

PRINCIPAUX ACRONYMES UTILISÉS

2ELGBTQ+	Bispirituel·les, lesbiennes, gais, bisexuel·les, transgenres, queers (ou en questionnement)
AMC	Affaires mondiales Canada
APD	Aide publique au développement
CanSFE	Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants
CAR	Coopération antiraciste
CIPF	Conférence internationale sur le planning familial
CSU	Couverture sanitaire universelle
DI	Domaine d'intervention
ECS	Éducation complète à la sexualité
FNA Canada	Fédération nationale de l'avortement (Canada)
GTPM	Groupe de travail sur les paramètres de mesure
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTQ2I*¹	Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, personnes en questionnement, bispirituelles, intersexuées
NBC	Northern Birthwork Collective
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PANDC	Personnes autochtones, noires et de couleur
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
PF	Planification familiale
PRFI	Pays à revenu faible ou intermédiaire
RDC	République démocratique du Congo
Réseau	Réseau Avenir égalitaire
RISM	Rapport sur l'impact en santé mondiale
SAA	Soins après avortement
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SSP	Soins de santé primaires
SSR	Santé sexuelle et reproductive
T. N.-O.	Territoires du Nord-Ouest

¹Note : Bien que dans ce rapport nous fassions généralement référence aux « communautés LGBTQ2I » (une catégorie de population incluse dans l'Explorateur de projets), dans un contexte canadien, nous parlons de « 2ELGBTQ+ ». L'ajout de « 2E », pour « bispirituel·le » ou « deux Esprits », au début de « LGBTQ » vise à reconnaître que les Autochtones bispirituel·les ont été les premières minorités sexuelles et de genre en Amérique du Nord, et à faire preuve de solidarité à leur égard en cette période de vérité et de réconciliation au Canada.

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été élaboré par le [Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants](#) (CanSFE) dans le cadre du projet « *Accroître les répercussions des programmes de santé intégrant une approche sexotransformatrice* », une initiative soutenue par Affaires mondiales Canada.

Nous remercions chaleureusement les personnes suivantes pour leur contribution :

- Les organisations membres et partenaires du CanSFE qui ont partagé les informations sur leurs projets et contribué à l'Explorateur de projets, en particulier au cours de la dernière année
- Les membres du Groupe de travail sur les paramètres de mesure du CanSFE (GTPM)
- Les équipes des trois projets de la Collaboration canadienne pour la santé mondiale (Labos)
- Jill Doctoroff (FNA Canada)
- Sabrina Flack (Northern Birthwork Collective)
- Geneviève Blouin (Santé Monde)
- Les membres du Réseau Avenir égalitaire qui ont partagé les données de leur organisation
- Le personnel du secrétariat du CanSFE



AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les informations et les données figurant dans ce rapport ont été fournies par les organisations participantes et n'ont pas été vérifiées de manière indépendante par le CanSFE. Les chiffres sont exacts au moment de la publication et sont susceptibles de changer au fur et à mesure que les projets sont mis à jour. Ainsi, les chiffres de ce rapport peuvent différer des données actuelles affichées sur le site Web. Le CanSFE ne soutient ni ne recommande de programmes ou d'activités en particulier, et le contenu de ce rapport se veut inspirant et non prescriptif. Les désignations et les cartes figurant dans ce rapport ou sur notre site Web ne constituent pas l'expression d'une opinion de la part du CanSFE sur le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région, sur ses autorités ou sur la délimitation de ses frontières ou de ses limites.

UN MOT DU CANSFE

Covid. Conflits. Crises. Les défis d'aujourd'hui ne doivent pas être pris à la légère. Au CanSFE, nous pensons que le partenariat est au cœur de toutes les solutions et de toutes les voies à suivre, qu'il est la force motrice du changement qui doit se produire dans le monde.

Le partenariat n'est pas toujours facile. Il nécessite une action intentionnelle fondée sur la responsabilité mutuelle. Cela signifie qu'il faut s'interroger sur le « comment » et le « pourquoi » de nos actions. Le rapport suivant pose d'importantes questions sur la manière dont nos investissements, nos partenariats, nos approches et nos priorités ont évolué devant la confluence des défis mondiaux. Pourquoi cette évolution s'est-elle produite? A-t-elle été voulue ou a-t-elle entraîné des conséquences au fil des nombreux changements de cap que nous avons effectués dans le contexte d'événements mondiaux importants? Des changements de cap sont-ils nécessaires aujourd'hui?

Le rapport annuel sur l'impact en santé mondiale du CanSFE se veut un regard sur le travail de responsabilisation des membres, à travers la vitrine que sont les données que nous recueillons par le biais de notre plateforme de données ouvertes, l'[Explorateur de projets](#). Il s'agit de notre contribution, nous qui convoquons et rassemblons une diversité de voix et d'expériences, au récit sur les résultats de l'engagement du Canada pour faire avancer la santé et les droits dans le monde.

Nous sommes encore toutes et tous dans l'ombre de la pandémie. À l'échelle mondiale, nous continuons de découvrir l'ampleur et les différents degrés de gravité de l'impact de cette importante crise sanitaire mondiale et de ses mesures d'atténuation. L'instabilité mondiale, qu'il s'agisse de la guerre en Ukraine ou de violentes agitations civiles au Yémen, en Haïti et en Afghanistan, associée aux urgences climatiques au Pakistan, en Türkiye et en Syrie, a poussé les organisations à se démenter pour répondre à des besoins mondiaux sans précédent. Dans toutes ces situations et urgences complexes, les efforts visant à garantir l'accès universel aux soins de santé et le droit à la santé sont gravement compromis, surtout pour les femmes et les filles.

Ce rapport est un aperçu des efforts déployés par les membres et les partenaires du CanSFE et du Réseau Avenir égalitaire pour garantir ces droits – un engagement commun à faire de l'accès universel aux soins de santé, dont les services de santé sexuelle et reproductive, une réalité, tant au Canada que dans le monde.

Dans cette quatrième édition du Rapport sur l'impact en santé mondiale, nous nous appuyons sur un ensemble de données de plus en plus important, celui-ci ayant triplé depuis notre premier rapport. Autrement dit, nous disposons de données plus riches pour mieux nous permettre d'explorer nos apprentissages et nos réalisations collectives.

Tout comme le Conseil d'administration du CanSFE, je reste optimiste face aux défis considérables qui se posent actuellement. La capacité de nos membres, de nos partenaires et de l'équipe du CanSFE à se remettre en question, à apprendre et à partager, est remarquable. Solidaires à la fois les un-e-s des autres, des gouvernements et de nos partenaires communautaires, nous nous efforçons de redoubler d'attention et d'intention, en mettant l'accent sur les meilleures pratiques et en joignant le geste à la parole dans le cadre de partenariats authentiques.

Pour y parvenir, nous devons laisser la place aux voix locales, nous investir en faveur d'une plus grande équité et d'une plus grande justice et nous engager plus avant dans l'[antiracisme en coopération](#). Nous avons le privilège de le faire dans le cadre de la Politique d'aide internationale féministe du Canada, qui en est à sa cinquième année.



Ce rapport a pour but d'ouvrir la voie à la poursuite d'importantes conversations sur l'impact et la responsabilité. Le CanSFE continuera de tenir ces conversations de différentes manières dans la prochaine année, en reconnaissant que la responsabilité – comme tout progrès – entraîne des changements et, parfois, un certain malaise. Acceptons de rester ensemble malgré ce malaise en continuant de partager, d'écouter et d'apprendre.

En toute solidarité,

Julia Anderson

Directrice générale

Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants (CanSFE)

INTRODUCTION : FAVORISER UN ACCÈS UNIVERSEL POUR RÉPONDRE AUX BESOINS UNIVERSELS

Conformément à la mission du CanSFE, cette quatrième édition du Rapport sur l'impact en santé mondiale (RISM) a pour but de donner un aperçu actuel des contributions collectives qui reflètent l'engagement des organisations canadiennes et de leurs partenaires mondiaux à faire avancer la santé et les droits des femmes, des enfants et des adolescent-e-s dans le monde entier.

Notre analyse des données disponibles en 2022 provenant de l'[Explorateur de projets](#) et de la [carte du Réseau Avenir égalitaire](#) a été menée dans un contexte qui, en partie grâce aux enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, a vu une prise de conscience croissante quant aux points suivants : la fragilité du droit à la santé dans le monde; la nécessité d'assurer un accès universel aux services de santé universellement nécessaires; la nécessité de favoriser un environnement plus propice à l'amélioration de la santé et des droits, en particulier de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR); et la ferme conviction qu'[il ne peut y avoir de couverture sanitaire universelle \(CSU\) sans SDSR](#).

Avec l'adoption des Objectifs de développement durable (ODD) en 2015, les pays se sont engagés à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* » ([ODD3](#)), dont « *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* » (cible 3.7) d'ici 2030. Cet engagement est intégré dans les principales politiques canadiennes, montrant que ... « *le Canada s'engage à contribuer à la réalisation des ODD **au Canada et dans les pays en développement*** ».¹

Pour atteindre les ODD, nous devons revoir notre définition de la **santé mondiale** afin d'y intégrer non seulement la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire soutenus par l'aide internationale et les efforts de coopération, mais aussi la santé au Canada. Dans cette optique, il est logique de faire un lien entre les perspectives locales et mondiales et de mettre en contraste quelques-uns de ces efforts en dépit du fait que certaines réalités au sein des paysages mondiaux et nationaux ne peuvent être comparées. Cette optique, combinée à une optique fondée sur les droits, nous permet de nous concentrer sur les points suivants :

- **À QUI** appartient les droits dont nous parlons? C'est-à-dire, les « *détenteurs de droits* », ou les personnes qui bénéficient des projets et des initiatives des organisations;
- **CE QUI** est fait (domaines d'intervention, champs d'action) par une communauté de « *détenteurs de responsabilités* »² pour soutenir les « *détenteurs d'obligations* » (gouvernements/acteurs étatiques ayant des obligations légales) dans leurs efforts pour faire avancer la santé et les droits, en particulier la SDSR, pour tout le monde.
- **ENSUITE**, nous devons explorer les moyens « *d'y parvenir* » avant de « *regarder vers l'avant* » pour appuyer des contributions durables à l'avancement de la santé et des droits à l'échelle mondiale.



Collectivement, nous devons modifier notre définition de la responsabilité dans le domaine de la santé mondiale et pousser les responsables – c'est-à-dire chacun-e d'entre nous – à « *joindre le geste à la parole* ».

1. MOBILISER LE POUVOIR D'UNE COMMUNAUTÉ GRÂCE AUX DONNÉES

1.1. MÉTHODOLOGIE DU PRÉSENT RAPPORT

Ce rapport a été réalisé à partir de données issues de l'[Explorateur de projets](#) et d'autres analyses de données connexes (volet international), ainsi que de données de la [carte du Réseau Avenir égalitaire](#) (volet national). Ces données ont été complétées par une analyse documentaire et des entretiens avec des membres de la communauté du CanSFE dans son ensemble (organisations membres du CanSFE et membres du Réseau).

1.1.1. À PROPOS DE L'EXPLORATEUR DE PROJETS DU CANSFE (VOLET INTERNATIONAL)

Les données de l'Explorateur de projets du CanSFE permettent de réaliser de précieuses analyses agrégées sur l'ampleur et la portée du travail du Canada en matière de santé mondiale et d'égalité des genres (dont l'aide humanitaire) depuis 2010. Cette plateforme bilingue de données ouvertes, gérée par le secrétariat du CanSFE et lancée en 2017, a été envisagée comme un espace où réunir différents types de données. Son objectif principal est de saisir et de partager un éventail complet des efforts d'aide internationale dans le monde, en particulier dans les domaines de la santé mondiale et de l'égalité des genres, qui ont un lien avec des acteurs canadiens ou qui reçoivent un financement du Canada. L'Explorateur de projets est **destiné à compléter d'autres plateformes de données** et à contribuer à combler des lacunes en matière de données.

Par le partage de données, la cartographie et l'analyse, l'Explorateur de projets vise à :

- *promouvoir la collaboration;*
- *renforcer la coordination des efforts; et*
- *mobiliser l'information afin d'améliorer la prise de décision et d'inspirer l'excellence professionnelle en santé mondiale et en développement.*³

À l'instar de l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide (IITA), l'Explorateur de projets du CanSFE **propose bien plus que des chiffres et des données**. En tant que plateforme de données ouvertes compilant des informations provenant des organisations membres du CanSFE et autres, l'Explorateur de projets est le reflet de l'engagement et des activités de **toute une communauté**. Au cœur de l'initiative du [Carrefour de données](#) du CanSFE, il rassemble des informations sur les projets des organisations membres et non membres du CanSFE, dont des organisations non gouvernementales (ONG) canadiennes et non canadiennes, des universités, des institutions multilatérales, des engagements bilatéraux et des acteurs du secteur privé.

Les données contenues dans l'Explorateur de projets sont recueillies par le CanSFE à partir de diverses sources, principalement par le biais d'une démarche ciblée auprès d'organisations contributrices. Ces informations sont complétées par des recherches en ligne sur des sites Web et dans des documents publiés, dont la Banque de projets d'Affaires mondiales Canada. Pour un certain nombre de champs de données, les tailles d'échantillon (n) et les nombres reflètent les données fournies par les organisations participantes. Les organisations contributrices reçoivent des directives consolidées pour assurer la cohérence des données recueillies afin d'éviter les erreurs qui peuvent entraîner un double comptage, comme c'est le cas pour les estimations de population. Les données sont saisies, nettoyées et analysées par le personnel du CanSFE. Toutes les données recueillies sont accessibles au public en format libre et peuvent être téléchargées et analysées de manière indépendante. L'Explorateur de projets étant un outil évolutif, les données disponibles présentent des degrés d'exhaustivité variables, allant de projets très récents en phase initiale de mise en œuvre à des projets achevés depuis longtemps.

Depuis sa création en 2017, de multiples démarches de rayonnement menées par le CanSFE auprès d'organisations membres et non-membres nous ont permis d'enrichir progressivement l'Explorateur de projets. Nous recueillons actuellement des données dans 20 champs de données primaires, dont l'organisation déclarante, le financement, le bailleur de fonds, les domaines d'intervention, les indicateurs clés utilisés, la population desservie et les résultats. Il est important de reconnaître que le financement des projets est « codé » selon 29 « **domaines d'intervention** » qui correspondent aux codes élaborés par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), mais qui sont simplifiés de manière à être facilement utilisables et compréhensibles.

La méthodologie de l'Explorateur de projets est accessible [ici](#). Des notes méthodologiques détaillées sur les processus de codage et de gestion des données du CanSFE sont disponibles sur demande.

EN 2022, le CanSFE a mené deux opérations clés de mobilisation – ou collectes de données - l'une sur les interventions générales en matière de santé mondiale et l'autre portant plus particulièrement sur [11 initiatives](#) axées sur l'avancement de la santé et des droits des femmes, des adolescent-e-s et des filles, [annoncées](#) par Affaires mondiales Canada en novembre 2021. D'autres informations ont également été reçues en dehors de ces collectes de données, car les organisations peuvent fournir des données à tout moment de l'année en communiquant directement avec le CanSFE.⁴ Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont contribué et répondu aux questions de suivi et d'éclaircissement.

Des analyses ont été effectuées sur l'ensemble des données à l'aide d'un CSV téléchargeable qui, pour des raisons de sécurité pour les participant-e-s et le personnel, comprend des données de projet qui ne peuvent pas être entièrement divulguées publiquement⁵ ou sur la carte. Le cas échéant, la taille des échantillons est indiquée. Les exemples ou citations, lorsqu'ils sont utilisés, ont été anonymisés et ne sont pas attribués à une organisation ou à une personne précise, à moins que les personnes concernées aient donné leur accord.

Les données recueillies, comme les années précédentes, ont été complétées ou triangulées par des recherches en ligne sur des sites Web et dans des documents publiés, dont la [Banque de projets](#) d'Affaires mondiales Canada, des rapports antérieurs du CanSFE et des entretiens individuels. Parfois, nous avons mis en contraste les données avec des données disponibles provenant d'autres sources, mais il est important de noter que nous ne les avons pas comparées, car il ne s'agit pas nécessairement de données comparables.

Pour ce rapport, nous avons également utilisé des analyses récentes d'un sous-ensemble de données utilisées pour la [tableau de bord spécial](#) de 2022 sur l'avancement de la SDSR mentionnée ci-dessus.

1.1.2. LA CARTE DU RÉSEAU AVENIR ÉGALITAIRE (VOLET NATIONAL)

POUR LES SECTIONS SUR LES INITIATIVES MENÉES AU CANADA, nous avons utilisé les données de la [carte du Réseau Avenir égalitaire](#), qui contient des informations sur les organisations et les groupes qui s'efforcent de faire avancer l'égalité des genres dans les communautés d'un bout à l'autre du pays. Les informations utilisées dans le présent document mettent également à jour certaines des « données émergentes » utilisées dans notre [RISM 2021](#). Le Réseau Avenir égalitaire (Réseau) repose sur la communauté, et l'année qui vient de s'écouler a démontré son engagement à « *veiller à ce que la diversité de toutes les organisations du Canada soit saisie et à ce qu'il y ait une représentation équitable des organisations à grande échelle comme des organisations locales, des organisations dirigées par des groupes historiquement marginalisés et des organisations situées dans des régions rurales, nordiques ou éloignées* ». ⁶

Disposant d'un ensemble de données bien différent de celui de l'Explorateur de projets, et ayant un objectif distinct, les données du Réseau ne sont pas axées sur des projets précis, mais plutôt sur des organisations, et fournissent des informations importantes sur le type de soutien fourni par les organisations membres, les groupes de population qu'elles desservent, ainsi que leur structure organisationnelle/de direction. Nous avons également mis en contraste, et non comparé, certaines conclusions avec les résultats de l'analyse des données de l'Explorateur de projets, afin de favoriser une compréhension de l'échelle locale à l'échelle mondiale de certaines questions clés.

Ces données ont été recueillies à l'aide d'une analyse de base de la littérature pertinente et de deux entretiens qualitatifs avec les directrices de deux organisations membres du Réseau, le [Northern Birthwork Collective](#), qui travaille dans les Territoires du Nord-Ouest, où les défis liés à l'accès aux services de santé sont particulièrement importants, et la [Fédération nationale de l'avortement \(FNA\) Canada](#). Des extraits de ces entretiens figurent dans différentes sections du présent rapport.

1.2. EN CHIFFRES : UN APERÇU (EXPLORATEUR DE PROJETS)

1.2.1. APERÇU DE L'ENSEMBLE DES DONNÉES

Vous trouverez ci-dessous un aperçu général des données de l'Explorateur de projets. Des informations plus détaillées sur les populations soutenues par les projets, leur lieu de résidence (pays) et les domaines d'intervention sont présentées dans la section 2.

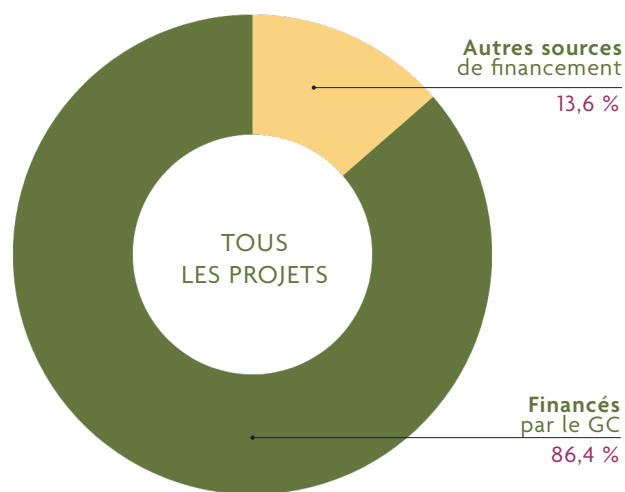
- **APERÇU** : L'Explorateur de projets recueille actuellement des données sur un total de **1 503 projets et initiatives** and initiatives (dont **173 projets actifs**⁷) qui ont été opérationnels et/ou lancés entre 2010 et 2022. Bien que de plus amples détails soient fournis dans la [section 2](#) du présent rapport, ces projets représentent une diversité d'approches, de portées, de domaines d'intervention, de populations soutenues et d'organisations qui dirigent et participent aux efforts visant à améliorer la santé et le bien-être de **plus de 2 milliards de femmes, d'hommes, d'adolescent-e-s et d'enfants** dans 158 pays⁸ depuis 2010. Pour les projets toujours **actifs**, cela représente plus de **83 millions de personnes**⁹ dans **82 pays**.¹⁰

2010-2022
1 503 PROJETS
(dont 173 actifs)

- Ont soutenu, prévoient de soutenir ou soutiennent **2 078 348 922** de personnes¹¹
- Dans **158 pays**
- Représentant un investissement total de **17 042 318 598 CAD** (*Projets actifs : 2 430 068 882 CAD*)¹²
- Impliquant **407 organisations déclarantes** et leurs partenaires canadiens et internationaux

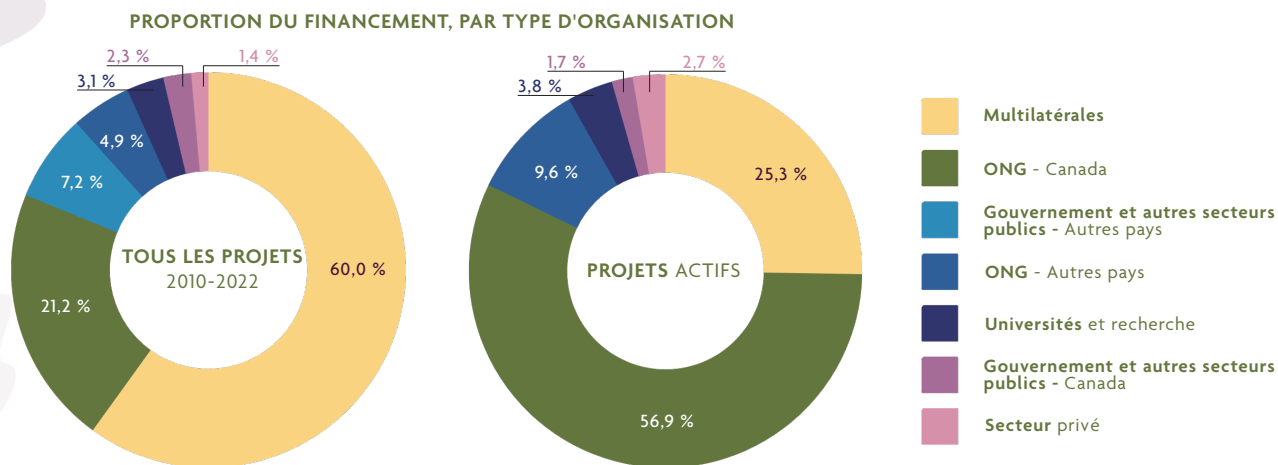
- **DES INVESTISSEMENTS IMPORTANTS (FINANCEMENT)** : L'**investissement total** répertorié dans l'Explorateur de projets s'élève à **plus de 17 milliards de dollars canadiens (CAD)**, dont **près de 2,5 milliards pour les projets en cours**. Bien que tous ces projets soient ou aient été soutenus par plusieurs bailleurs de fonds, 86 % de tous les investissements figurant dans l'Explorateur de projets et 91 % des investissements dans des projets actifs sont soutenus par le gouvernement du Canada (GC).¹³ Consultez la [section 2.2.1](#) pour avoir un aperçu des investissements par pays.

Les autres sources de financement sont diversifiées et comprennent la Banque mondiale, la Banque asiatique de développement, la Fondation Bill et Melinda Gates, ainsi que des organisations canadiennes telles que Grands Défis Canada et la Fondation Familiale Trotter.



Il convient de mentionner que depuis 2019,¹⁴ le gouvernement du Canada (comme plusieurs autres grands donateurs internationaux) exige des organisations partenaires qu'elles fournissent une contribution minimale de 5 % (partage des dépenses) au financement reçu par le biais de subventions et d'accords de contribution non payables. Pour les 11 projets de santé et de droits annoncés en novembre 2021, le partage des dépenses par les 11 organisations déclarantes (et leurs partenaires) totalise 20 306 219 CAD.¹⁵

- QUI CANALISE CE FINANCEMENT?** L'Explorateur de projets recueille des informations sur les types d'organisations déclarantes qui sont généralement les principales organisations de mise en œuvre recevant et gérant la majeure partie du financement d'un projet. Les graphiques ci-dessous montrent la répartition des investissements par différentes catégories d'organisations déclarantes.

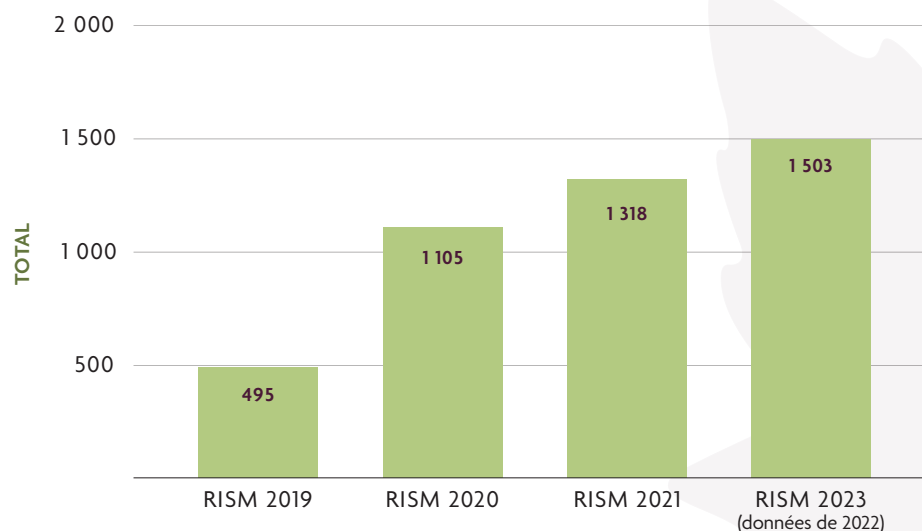


La plus grande proportion d'organisations déclarantes est constituée d'organisations non gouvernementales (ONG) (principalement canadiennes, mais aussi internationales et locales) et d'organisations multilatérales.

De 2010 à 2022, une part importante de l'aide (60 % des investissements totaux) reflétée dans l'Explorateur de projets est acheminée par l'intermédiaire de **organisations multilatérales**.¹⁶ Dans des rapports récemment publiés par le gouvernement du Canada, alors que la proportion d'organisations multilatérales en tant qu'organisations de mise en œuvre reste élevée (par exemple, au cours de l'exercice 2020-2021, 69,6 % du financement de l'engagement de dix ans du Canada a été mis en œuvre par des organisations multilatérales et 25 % par des OSC/ONG), les projets **actuellement actifs** dans l'Explorateur de projets sont principalement mis en œuvre par des **ONG** (ONG canadiennes : 56,9 % et non Canadiennes : 9,6 %) et, dans une moindre mesure, par des organisations multilatérales

- **UN ENSEMBLE DE DONNÉES CROISSANT** : Depuis notre premier Rapport sur l'impact en santé mondiale (2019), le nombre d'initiatives contenues dans l'Explorateur de projets a triplé, passant de 495 en 2019 à 1 503 à la fin de 2022. Ce résultat est le fruit d'une combinaison d'efforts de sensibilisation actifs ainsi que de la participation et de l'engagement continus d'un secteur en faveur de l'apprentissage collectif et de la transparence.

NOMBRE TOTAL DE PROJETS PUBLIÉS DANS L'EXPLORATEUR DE PROJETS DEPUIS 2019



Cela a considérablement enrichi les données disponibles pour l'analyse. Les efforts visant à améliorer et à adapter les outils et les processus de collecte de données afin d'accroître l'exhaustivité des données se poursuivent.

1.2.2. METTRE L'ACCENT SUR LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS (SDSR)

En 2022, le CanSFE a développé une nouvelle Plateforme analytique dotée d'un tableau de bord interactif intitulé [Faire avancer la santé et les droits sexuels et reproductifs à travers le monde : une perspective canadienne](#). Les données utilisées pour ce tableau de bord représentent **un sous-ensemble de l'actuel ensemble de données de l'Explorateur de projets** (y compris les projets qui étaient mis en œuvre entre 2010 et 2022), comptant **613 projets** (sur un total de 1 503), dont **88 projets actifs**. La Plateforme analytique met en lumière cinq domaines d'intervention clés qui contribuent à faire avancer la SDRS (dont le renforcement des systèmes de santé, qui est essentiel pour rendre cette avancée possible), et par conséquent, ce sous-ensemble a été sélectionné en fonction de ces domaines d'intervention.

Comme mentionné ci-dessus à la [section 1.1.1](#), le CanSFE utilise un système de mise en correspondance pour regrouper les codes de secteur les plus communs en vue de simplifier la catégorisation des codes du CAD. Ces derniers sont brièvement résumés dans le préambule de la Plateforme analytique, mais la logique derrière la sélection de ces domaines d'intervention est expliquée plus en détail dans la [section 2.2.1](#).

En tenant compte de cette correspondance, les domaines d'intervention examinés sont les suivants :

- **La santé et les droits reproductifs, dont la santé maternelle**
- **La santé et les droits sexuels**
- **La violence sexuelle et fondée sur le genre**
- **Le VIH**
- **Les systèmes de santé, la formation et les infrastructures**

SCHÉMA DE LA CORRESPONDANCE POUR LES DOMAINES D'INTERVENTION SÉLECTIONNÉS

DOMAINES D'INTERVENTION DANS L'EXPLORATEUR DE PROJETS	CE QUI S'Y TROUVE? (y compris les codes du CAD de l'OCDE et les nouveaux codes d'Affaires mondiales Canada)
La santé et les droits reproductifs, y compris la santé maternelle	13020 Soins en matière de fertilité 13021** Services d'avortement et de prestation de soins post-avortement sécuritaires (code d'AMC) 13030** Planification familiale
La santé et les droits sexuels	13011** Défense des intérêts en matière de SDRS et de réforme (anciennement « Droits sexuels et reproductifs ») 13012** Éducation sexuelle complète 13040 Lutte contre les MST et le VIH/sida
Le VIH	16064 Atténuation de l'impact social du VIH/sida
La violence sexuelle et fondée sur le genre	15180** Activités visant l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles
Les systèmes de santé, la formation et les infrastructures	12230 Infrastructure pour la santé de base 12281 Formation de personnel de santé 13081 Formation de personnel en matière de population et de fertilité

Note : ** indique les domaines prioritaires de la SDRS, dont les domaines négligés de l'aide internationale.

En chiffres (aperçu)



Ce sous-ensemble de données sera invoqué tout au long du présent rapport, en particulier dans la [section 3](#), qui porte sur les populations soutenues et les domaines d'intervention.

2. FAIRE AVANCER LA SANTÉ ET LES DROITS ET RAMENER LA DIMENSION « MONDIALE » EN SANTÉ MONDIALE

2.1. DÉTENTEURS DE DROITS : DE QUI S'AGIT-IL?

Dans le cadre d'une [approche fondée sur les droits](#), notre première préoccupation concerne les « **détenteurs de droits** », et bien que cela concerne tout le monde, il convient d'accorder une attention particulière aux personnes qui sont souvent laissées pour compte, tant au Canada que dans le monde.

En ce qui concerne la SDR, nous avons examiné nos données à la lumière de la définition de la SDR élaborée par la [Commission Guttmacher-Lancet](#) (2018) de plus en plus adoptée. Cette définition est complète, axée sur les droits et met en évidence les besoins des groupes mal desservis tels que les adolescent-e-s, les personnes LGBT2QI, les personnes vivant avec un handicap et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Ces groupes vulnérables et marginalisés sont souvent « négligés » et mal desservis par les programmes nationaux de santé et les initiatives d'aide internationale. Il en résulte un accès limité aux services essentiels, dont de multiples obstacles aux services de SSR, en raison d'inégalités croisées (âge, appartenance ethnique, religion, langue, statut de réfugié, etc.).

2.1.1. DANS LE MONDE (DONNÉES DE L'EXPLORATEUR DE PROJETS) : QUI ET OÙ?

QUI SONT-ILS? PORTÉE ET GROUPES DE POPULATION

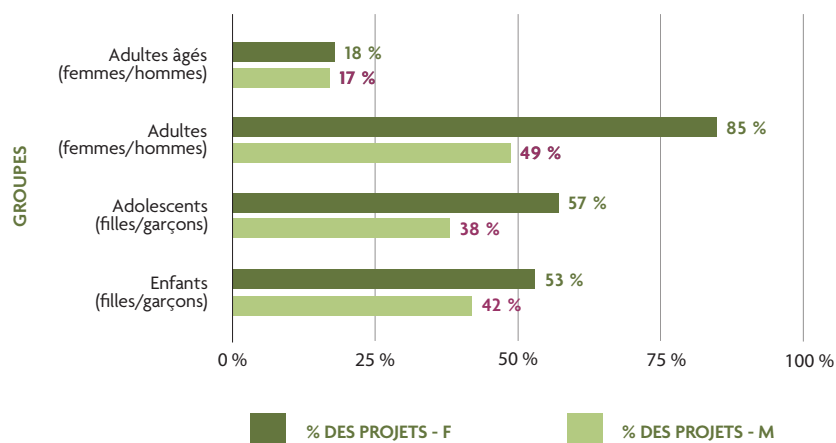
Portée – population totale (estimations fondées sur les informations fournies) :¹⁷

- **Tous les projets (2010-2022)** : 2 078 348 922 de personnes de tous âges et de tous genres, dont 348 749 950 touchées par des efforts visant à faire avancer la SDR.

Par âge et par sexe : Bien que les données montrent qu'un soutien est apporté à toutes les personnes tout au long du cycle de vie, on constate que **les femmes et les adolescentes** font l'objet d'une attention particulière :

- 85 % de tous les projets (2010-2022) soutiennent des femmes adultes et 57 % des projets soutiennent des adolescentes.

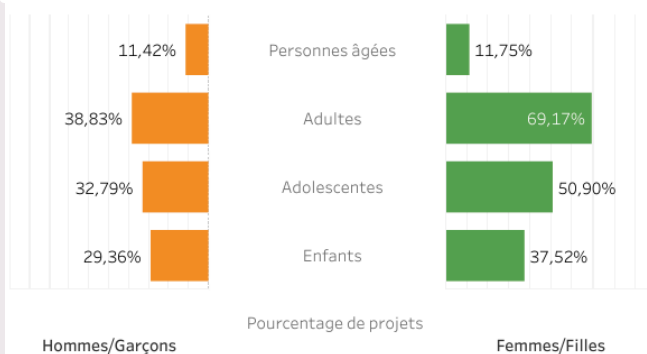
POPULATION PAR GROUPE D'ÂGE ET PAR SEXE (% DE TOUS LES PROJETS, 2010-2022)



- Parmi les projets qui [soutiennent expressément l'avancement de la SDR](#), 69 % soutiennent les femmes adultes¹⁸ et 51 % se concentrent sur les adolescentes.

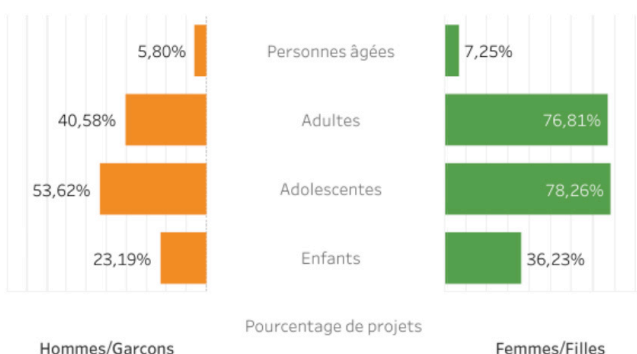
Tous les projets (2010-2022)

Population appuyée, selon l'âge et le sexe



Projets Actifs

Population appuyée, selon l'âge et le sexe



Groupes de population particuliers : Parmi les projets visant à soutenir les groupes mal desservis, négligés en matière de SDRS et victimes de discrimination, les données disponibles montrent que la majeure partie de l'aide est destinée aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, aux réfugié-e-s et aux personnes en situation de handicap.

Le tableau suivant **résume** les informations concernant les principaux groupes de population par ensemble de données.¹⁹

GROUPES DE POPULATION	EXPLORATEUR DE PROJETS – TOUS LES PROJETS	PROJETS VISANT À FAIRE AVANCER LA SDRS – TOUS	PROJETS VISANT À FAIRE AVANCER LA SDRS – ACTIFS	11 PROJETS SUR LA SANTÉ ET LES DROITS – ACTIFS
Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI)	19 %	2,94 %	4,60 %	36 %
Réfugié-e-s	16 %	3,26 %	8,05 %	45 %
Personnes en situation de handicap	16 %	6,04 %	10,34 %	45 %
Communautés LGBTQ2I	5 %	2,94 %	10,34 %	45 %
Peuples autochtones	5 %	1,79 %	3,45 %	-
Groupes minoritaires locaux	3 %	1,79 %	1,15 %	9 %

Malgré l'attention accrue portée à ces populations vulnérables dans les dernières années, ces groupes restent parmi les moins soutenus (par rapport à l'ensemble des données), ce qui indique la nécessité de continuer à leur accorder la priorité dans les programmes de SDRS :

- **PDI et réfugié-e-s** : dans le sous-ensemble de projets qui soutiennent la SDRS, les données montrent une proportion plus élevée de projets actifs et en cours appuyant les PDI et les réfugié-e-s comparativement à l'ensemble des projets dans l'Explorateur des projets.
- **Communautés LGBTQ2I+** : ces personnes peuvent être victimes de discrimination ou de persécution en raison de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre, dans la mesure où elles sont illégales²⁰ dans plusieurs pays « hôtes ». En plus d'être victimes de discrimination, les personnes LGBTQ2I+/2ELGBTQ2I ont des besoins particuliers qui ne sont pas toujours bien compris par le personnel de la santé, ce qui nécessite des directives médicales et des formations adaptées.²¹ Toutefois, il convient de noter que parmi les [projets actifs visant à faire avancer la SDRS](#)²² plus de 10 % des projets soutiennent les communautés LGBTQ2I+, ce qui contraste avec les 2,94 % du sous-ensemble global de données sur la SDRS. Bien que cela ne permette pas de tirer des conclusions claires sur l'engagement des organisations partenaires à combler une lacune critique en matière de services destinés aux communautés LGBTQ2I+, il convient de mentionner le contexte des programmes actuels d'Affaires mondiales Canada visant expressément à soutenir ces communautés, à la suite des annonces²³ faites en juillet 2022.
- En parallèle des données ci-dessus, il apparaît que les **personnes en situation de handicap** bénéficient également d'un soutien accru. Voici un exemple en RDC, chez des jeunes confrontés à des obstacles croisés qui les empêchent de faire avancer leur santé et leurs droits :

ACCÈS AUX SERVICES DE SSR POUR LES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC) : UNE RÉALISATION DE 2022²⁴

En 2022, un projet axé sur le renforcement des soins de santé primaires en RDC :

- Des prestataires de soins de santé ont été formé-e-s à l'utilisation de la langue des signes et/ou encadré-e-s afin d'améliorer l'accès des communautés sourdes et malentendantes à des services de SSR plus inclusifs.
- 500 **jeunes souffrant de surdité ou de perte d'audition** (dont 270 jeunes femmes) ont bénéficié de services gratuits en matière de planification familiale et d'IST grâce à des campagnes menées par le centre de santé Saint-Denis (zone de santé de Kinshasa).



« La formation à la langue des signes m'a permis de fournir des soins de santé indispensables à la communauté sourde. Je suis fier de contribuer au bien-être d'une population souvent exclue des services de santé. »²⁵

PROJET : [Accès aux services de santé à Kinshasa \(ASSK\)](#) (2018-2024)

BAILLEUR DE FONDS : Affaires mondiales Canada

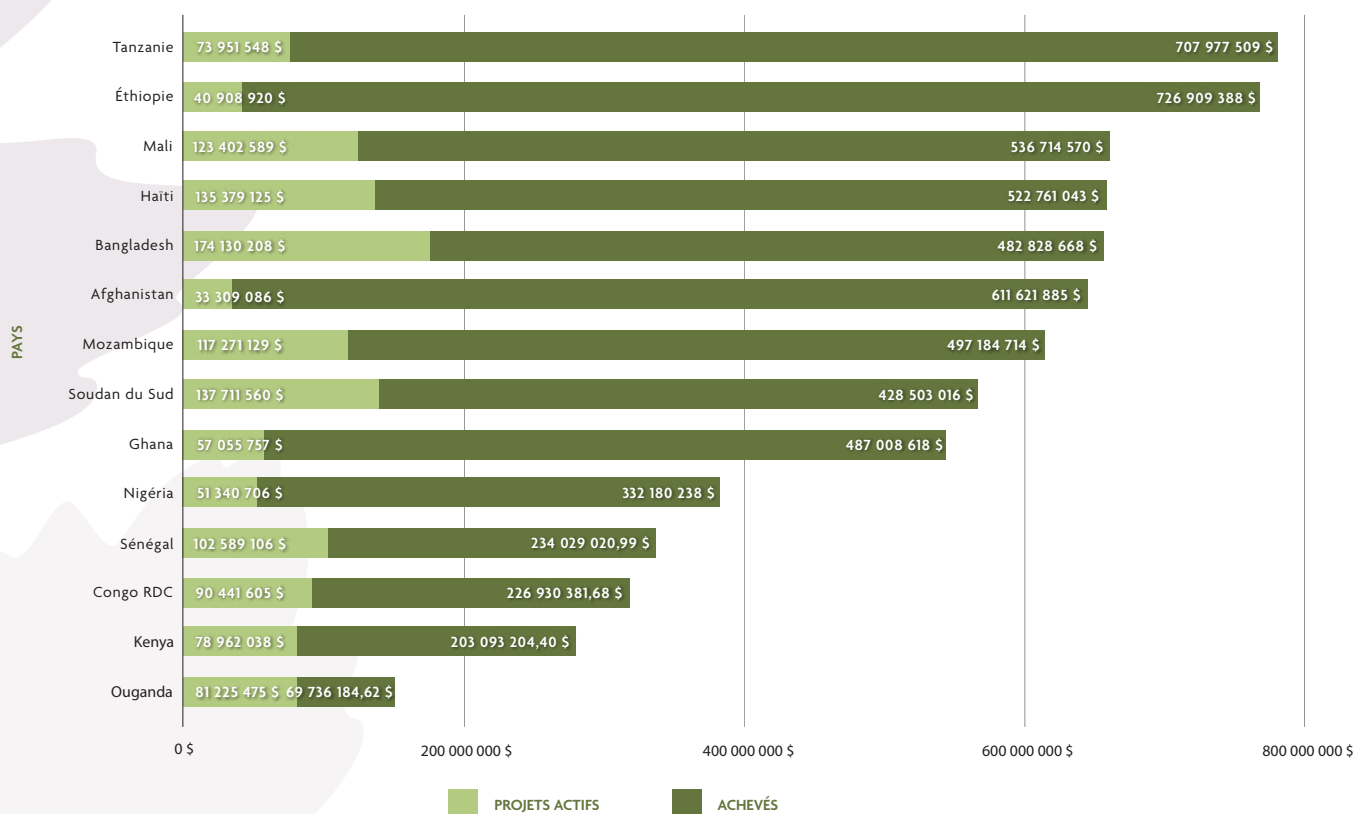
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE : [Santé Monde](#) et [Unité de santé internationale \(USI\)](#) du [CHUM](#) (consortium)

OÙ VIVENT-ILS? (Y COMPRIS LES PRINCIPAUX PAYS)

Zone urbaine ou rurale : Partout dans le monde, le fait de vivre dans une zone rurale ou urbaine peut avoir une incidence sur la disponibilité des services et l'accès à ceux-ci. Les personnes vivant dans une zone rurale ou reculée sont souvent mal desservies en matière de services de SDSR essentiels, notamment en ce qui concerne l'accès aux contraceptifs. Parmi les projets qui ont fourni des données sur le lieu de vie des bénéficiaires, 57 %²⁶ ont soutenu des populations essentiellement rurales.

Dans le monde entier : Ces efforts bénéficient aux femmes, aux filles, aux hommes et aux garçons, et soutiennent le personnel soignant, les responsables des établissements de santé, les autorités sanitaires locales et nationales et les autres autorités compétentes, les groupes de femmes et les organisations locales de la société civile qui servent ces communautés, dans jusqu'à 158 pays. Selon les investissements totaux par pays disponibles dans l'Explorateur de projets, les principaux pays soutenus sont relativement similaires entre les projets achevés et les projets en cours.

LES 14 PREMIERS PAYS PAR VALEUR TOTALE DES PROJETS DÉCLARÉS (2010-2022 - PROJETS ACTIFS ET ACHEVÉS)



Ces données reflètent les investissements provenant de toutes les sources de financement et pour un large éventail d'initiatives en matière de santé mondiale, dont le développement durable, la réponse humanitaire et les activités de recherche. À la lumière des données de l'Explorateur de projets et des rapports récents portant précisément sur l'aide internationale du Canada,²⁷ plusieurs pays se distinguent en ce qui concerne leurs priorités :

		À titre indicatif seulement (informations complémentaires sur les pays)		
Pays	Rang/valeur totale du financement du projet Explorateur de projets – TOUS	Classement dans le rapport annuel 2020-2021 sur l'Engagement de 10 ans ²⁸	Classement, Indice de développement humain (IDH 2021) ²⁹	Classement, <u>Indice des États fragiles</u> (2022) ³⁰
Tanzanie	1	1	160	61
Éthiopie	2	3	175	13
Mali	3	6	186	14
Haïti	4	(ne figure pas dans les 10 premiers)	163	11
Bangladesh	5	4	129	38
Afghanistan	6	9	180	8
Mozambique	7	2	185	21
Soudan du Sud	8	7	191	6
Ghana	9	(ne figure pas dans les 10 premiers)	133	108
Nigéria	10	8	163	16

À NOTER :

- Les 10 premiers pays pour le financement total³¹ n'ont pas beaucoup changé depuis notre RISM inaugural en 2019, à l'exception de l'**Afghanistan**, qui a reculé dans la liste par rapport à nos rapports précédents et qui, pour ce qui est des projets actifs, ne figure plus dans la liste des 10 premiers pays. Cela illustre le fait que très peu de projets, voire aucun, sont actuellement dirigés vers l'Afghanistan en raison de la situation sociopolitique actuelle qui s'est transformée en crise humanitaire. Une mesure qui devrait atténuer cette baisse de financement destiné à l'Afghanistan est [la modification des lois sur le financement du terrorisme présentée par le gouvernement du Canada en mars 2023](#), qui permettra aux organisations canadiennes d'apporter un soutien à l'Afghanistan.
- Plusieurs de ces pays figurent également **parmi les principaux bénéficiaires de l'aide canadienne**³² (comme la Tanzanie, le Soudan du Sud et le Mali). Bien que le classement des priorités soit complexe et ne repose plus sur une liste de « pays prioritaires », un grand nombre des principaux bénéficiaires de l'aide restent les mêmes que les « pays cibles » définis en 2009.³³ Il s'agit des pays les plus pauvres et les plus fragiles (bien que plusieurs pays aux revenus les plus faibles ne figurent pas sur la liste, comme le Yémen, qui arrive en troisième position parmi les principaux bénéficiaires de l'aide humanitaire canadienne³⁴). La collecte de données étendues sur les activités d'aide humanitaire du Canada restera un domaine d'action privilégié de l'Explorateur de projets.
- Le contexte permettant de jouir pleinement de la santé et des droits reproductifs peut être limitatif dans ces pays, notamment en raison des restrictions législatives liées à l'avortement, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.³⁵ Toutefois, même si cela n'est pas imputable au soutien apporté par les acteurs canadiens, des avancements intéressants ont été observés en matière de SDRS malgré les difficultés contextuelles, par exemple en Éthiopie.³⁶
- Une proportion assez importante (41 %) des investissements totaux déclarés dans l'Explorateur de projets sont des projets faisant avancer la SDRS (voir le tableau de bord sur la SDRS), ce qui est conforme à l'objectif du CanSFE.

2.1.2. AU CANADA (DONNÉES DU RÉSEAU AVENIR ÉGALITAIRE) - QUI LES ORGANISATIONS SOUTIENNENT-ELLES?

La [Loi canadienne sur la santé](#) s'engage à soutenir le droit à la santé de toute la population canadienne et à renforcer les « efforts afin de défendre les droits des Canadiennes et des Canadiens en matière de reproduction et pour assurer que les services d'avortement soient facilement accessibles, sans obstacle, **à toutes les personnes qui les demandent** ». ³⁷ Pourtant, nombre de résident.e-s du Canada continuent de se heurter à des obstacles en raison de certaines « lacunes » du système (par exemple, les contraceptifs ne sont pas inclus dans toutes les prestations d'assurance maladie étendues ³⁸). Des déterminants tels que le revenu, le fait de vivre dans des régions éloignées mal desservies (communautés rurales et/ou nordiques), d'être membre de communautés/d'ethnies diversifiées (Personnes autochtones, noires et de couleur [PANDC]), l'orientation sexuelle et l'identité de genre (communautés 2ELGBTQ+), le statut de citoyen (immigré.e-s, nouveaux Canadiens/nouvelles Canadiennes ou réfugié.e-s) ou l'âge (jeunes et personnes âgées) ont également un impact sur l'accès.

Les défis auxquels ces communautés sont confrontées sont nombreux et se situent à l'intersection de vulnérabilités multiples. Prenons l'exemple des Territoires du Nord-Ouest, où près de 50 % de la population est autochtone (contre 4,9 % en moyenne au Canada). ³⁹

LES DÉFIS AUXQUELS SONT CONFRONTÉES LES COMMUNAUTÉS MAL DESSERVIES DANS LES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Quels sont les défis auxquels les femmes et les adolescentes, ainsi que les personnes bispirituelles/non-binaires, sont confrontées dans le Nord et comment cela peut-il les vulnérabiliser ou les marginaliser, particulièrement lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé et aux services de SSR, et d'exercer leur droit à la santé?

« Dans le cadre de [mon] travail, les principaux défis dont je suis témoin et dont j'entends parler sont les suivants :

- Un manque d'éducation complète à la sexualité.
- Un manque de services dans les communautés éloignées, ce qui pousse les individus à quitter leur communauté d'origine pour accéder aux services de santé reproductive.
- Des obstacles linguistiques et de communication avec les prestataires de soins de santé.
- Le racisme envers les Autochtones dans le système de santé.
- Un manque d'options pour les prestataires de soins et une très faible continuité des soins. Dans la pratique, cela se traduit par un nombre très limité de sages-femmes et un grand nombre de praticien-ne-s suppléant-e-s.
- Les impacts durables de la colonisation qui entraînent des traumatismes intergénérationnels.
- La violence conjugale et la violence entre partenaires intimes, ainsi que [le manque de services d'aide aux femmes fuyant la violence](#). »

Par **Sabrina Flack**, cofondatrice et directrice de projet
[Northern Birthwork Collective](#) (membre du [Réseau Avenir égalitaire](#))

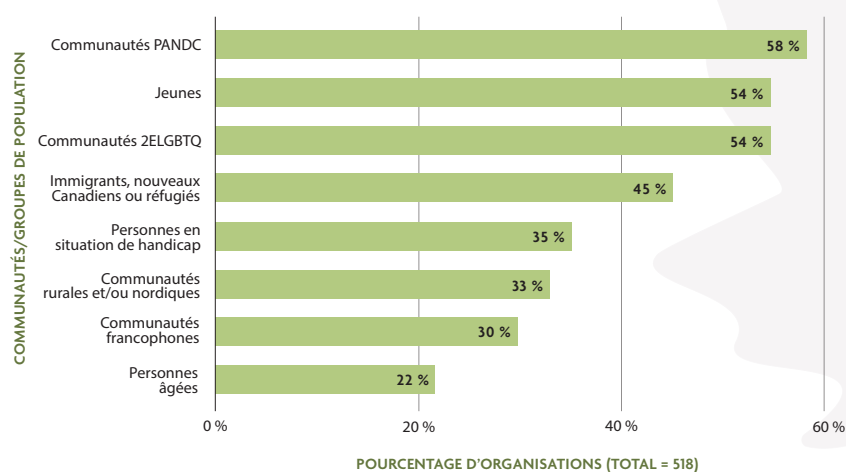
ACCENT RÉGIONAL : Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.)

PRINCIPALES COMMUNAUTÉS DESSERVIES : Communautés rurales et/ou nordiques; communautés 2LGBTQ+; communautés PANDC; immigrant.e-s, nouveaux Canadiens/nouvelles Canadiennes ou réfugié.e-s.

Si les membres du Réseau ont tous pour objectif de faire avancer l'égalité des genres, ils le font également en soutenant **les groupes qui connaissent diverses formes de marginalisation et de vulnérabilité, historiques et actuelles**, au Canada, en veillant à ce qu'ils ne soient pas laissés pour compte. En mettant l'accent sur la création de liens communautaires et le renforcement des capacités, ils améliorent la vie de nombreuses communautés mal desservies, marginalisées ou vulnérables.⁴⁰

Les membres du Réseau sont souvent dirigés par les communautés qu'ils desservent et préconisent une alliance solide avec les communautés qui subissent souvent des formes de discrimination croisées en plus d'autres obstacles à l'exercice de leur plein droit à la santé, en particulier à la SDSR. Ces facteurs ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19 qui « a créé des perturbations dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes, les personnes trans et non binaires en situation de handicap ».⁴¹

PRINCIPALES COMMUNAUTÉS/POPULATIONS DESSERVIES PAR LES MEMBRES DU RÉSEAU



Les cinq premiers groupes parmi les neuf catégories utilisées dans la [carte du Réseau](#) sont :

- **LES COMMUNAUTÉS DE PANDC** (58 % des organisations) : Les communautés racialisées, et en particulier les populations autochtones, sont confrontées à de graves inégalités. « L'accès à l'avortement reste inéquitable pour les populations autochtones et les lacunes en matière de justice reproductive sont fréquentes dans les services actuels ». ⁴² En outre, il existe une certaine « méfiance à l'égard du système, qu'il s'agisse de la peur d'être mal diagnostiqué-e, de se faire exploiter ou simplement de recevoir, de façon générale, des soins inadaptés sur le plan culturel », comme l'a indiqué une organisation membre du Réseau, le BIPOC Women's Health Network (WHN).⁴³
- **LES JEUNES** (54 % des organisations) : Tout comme il est nécessaire d'apporter un soutien ciblé aux jeunes à l'échelle internationale (57 % des projets de l'Explorateur de projets soutiennent les adolescentes), les jeunes au Canada peuvent avoir un accès limité aux principaux services de santé reproductive et éprouver des difficultés à exercer leurs droits, dont ceux énoncés dans la [Charte des droits des jeunes \(en anglais\)](#) élaborée par Action Canada.
- **COMMUNAUTÉS 2ELGBTQ+** (54 % des organisations) : Il est reconnu que les personnes 2ELGBTQ+ sont « souvent incapables d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive inclusifs en raison d'un manque de sécurité dans les établissements de soins de santé et/ou d'un manque de connaissances des prestataires quant à la santé des personnes LGBTQ2 ». ⁴⁴
- **IMMIGRANT-E-S, NOUVEAUX CANADIENS/NOUVELLES CANADIENNES OU RÉFUGIÉ-E-S** (45 % des organisations) : Bien que les « immigrant-e-s soient admissibles à la couverture des soins de santé en vertu de la Loi canadienne sur la santé », il peut y avoir des « périodes d'attente pouvant aller jusqu'à 90 jours dans certaines provinces ». ⁴⁵ En outre, ces communautés sont confrontées à des obstacles particuliers en matière d'accès aux soins de santé, ⁴⁶ notamment en raison de retards administratifs, de barrières linguistiques et de différences culturelles.

- **PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** (35 % des organisations) : Comme dans le reste du monde, le handicap au Canada est également un obstacle à l'accès aux services de santé, en particulier dans le contexte de la COVID-19.⁴⁷ Un certain nombre d'angles morts ont été repérés (au Nord comme au Sud) dans lesquels les personnes en situation de handicap continuent d'être victimes d'invisibilité, de discrimination, de violence obstétrique, d'isolement et de manque de ressources.⁴⁸

La section suivante explore les façons dont les organisations membres du réseau soutiennent les femmes, dans toute leur diversité, et les communautés auxquelles elles appartiennent.

2.2. SUR QUELS DOMAINES CES EFFORTS PORTENT-ILS?

Les personnes ayant contribué à l'Explorateur de projets, ainsi que les organisations membres du Réseau Avenir égalitaire, mènent diverses activités pour se rapprocher de l'impact visé, c'est-à-dire veiller à ce que le droit de chaque personne à la santé soit pris en considération.

« La réalisation de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) nécessite la prestation de services complets, centrés sur la personne, qui abordent les différents éléments de la SDSR, et qui sont soutenus par un environnement favorable, des systèmes de santé de qualité et un engagement significatif de la communauté. » (OMS)

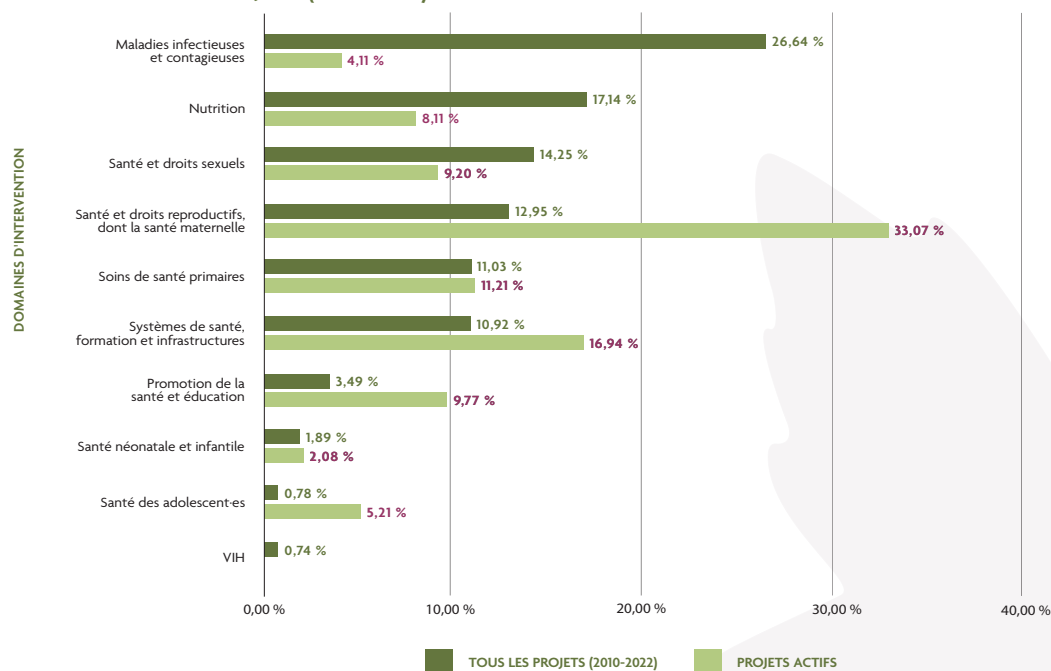
Les domaines d'intervention (Explorateur de projets) et le champ d'action (Réseau) sont des éléments clés de ces activités.

2.2.1. DANS LE MONDE (DOMAINES D'INTERVENTION DES PROJETS)

APERÇU : Le tableau suivant présente les dix principaux domaines d'intervention en fonction de la valeur totale combinée des projets déclarés (de 2010 à ce jour), y compris les projets actifs. Bien que les données contenues dans l'Explorateur de projets aient augmenté dans la dernière année, le classement des principaux domaines prioritaires en fonction de la répartition des fonds n'a pas changé de manière significative depuis le rapport de l'an dernier.

Ces domaines contribuent tous à soutenir les **pays dans leurs efforts pour avancer vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle** (ODD 3.8.). Les soins de santé primaires (SSP) sont reconnus comme le fondement de la couverture universelle des soins de santé⁴⁹ et la couverture des services de santé essentiels (indicateur 3.8.1 des ODD) est définie par la « *couverture moyenne des services essentiels en fonction d'interventions de suivi qui comprennent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles ainsi que la capacité et l'accès aux services, parmi l'ensemble de la population générale et la population la plus défavorisée* ». ⁵⁰

10 PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION, PAR RÉPARTITION EN % DE LA VALEUR TOTALE, EXPLORATEUR DE PROJETS (2010-2022)

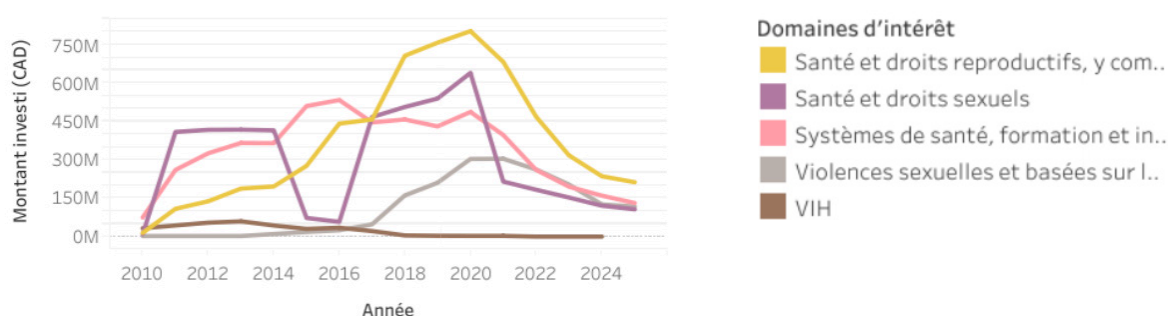


PRIORITÉ À L'AVANCEMENT DE LA SDRS : Comme indiqué à la [section 1.1.2](#), le nouveau Tableau de bord sur la SDRS de la Plateforme analytique du CanSFE (établi à partir des données de l'Explorateur de projets) se concentre sur cinq domaines d'intervention clés qui offrent une vision intégrée de la manière dont les partenaires soutiennent l'avancement de la SDRS, en tenant compte des points suivants :

1. La *définition intégrée de la SDRS* avancée en 2018 par la Gutmacher-Lancet Commission,⁵¹ qui regroupe la **santé et les droits reproductifs, dont la santé maternelle** (dont les services d'avortement sécurisé, les soins après avortement et la planification familiale) ainsi que la **santé sexuelle (traitement et prévention des IST)** et les droits connexes.
2. L'importance **de la sensibilisation et de l'éducation complète à la sexualité pour créer un environnement propice** à l'autonomisation des communautés, en particulier des femmes dans toute leur diversité, des adolescent-e-s et des enfants. Cet aspect figure actuellement dans l'Explorateur de projets sous le domaine d'intervention « santé sexuelle », tout comme le traitement et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST).
3. **La violence sexuelle et fondée sur le genre (VSFG/VFG)**, qui comprend le mariage d'enfants et les mutilations génitales féminines (MGF), est un domaine prioritaire de la SDRS qui touche de nombreuses femmes⁵² de différents groupes et a des effets néfastes sur leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur les droits et le bien-être des personnes concernées, ce qui nécessite une approche multisectorielle.⁵³
4. **Le VIH** est encore une pandémie⁵⁴ et l'accès aux traitements et aux soins, bien que très avancé, n'est pas équitable. En fait, les progrès en matière de prévention et de traitement stagnent, voire régressent, dans le monde entier (dont au Canada).⁵⁵
5. L'importance, dans un cadre fondé sur les droits,⁵⁶ de garantir la *disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité* des services. Il s'agit de soutenir l'exercice des droits, l'accès aux services essentiels, en particulier la santé sexuelle et reproductive, et le **renforcement des systèmes de santé (RSS)** au niveau des six piliers mis de l'avant dans le cadre de l'OMS sur les RSS,⁵⁷ en particulier en assurant une formation adéquate aux professionnel-le-s de la santé et en soutenant les infrastructures (disponibilité et réhabilitation des installations, qualité de l'équipement de base et de l'environnement des soins).

Les données ont été analysées pour dégager les **tendances** des 12 dernières années en matière de financement des domaines d'intervention sélectionnés. Bien que les informations pour l'Explorateur de projets ne soient pas recueillies en fonction de l'année fiscale, les tendances pointent nettement vers une augmentation du soutien à la santé et aux droits reproductifs, dont la santé maternelle, combinée à une augmentation du soutien à la santé et aux droits sexuels après 2016. Quelques étapes clés : l'initiative de Muskoka (2010-2015), lorsque l'accent était davantage mis sur la santé maternelle que sur la santé sexuelle; l'investissement pour la SDRS en 2016-2021 (650 millions de dollars); et les changements en parallèle de la PAIF lancée en 2017. De 2010 à 2021, le soutien à l'avancement de la SDRS a évolué, avec notamment un passage plus net à une approche fondée sur les droits pour le bien-être global des femmes, des adolescentes et des enfants. La baisse apparente en 2021-2022 n'implique pas nécessairement une baisse du financement, mais plutôt le fait qu'au moment où le Tableau de bord a été élaboré, un certain nombre de nouveaux projets étaient encore en cours d'inscription dans l'Explorateur de projets.

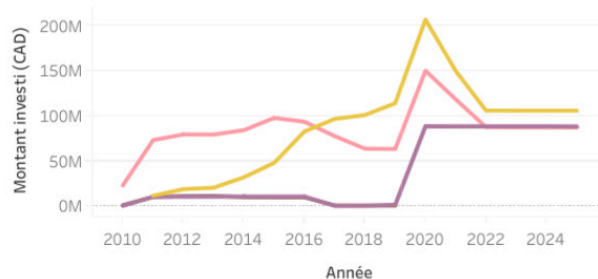
Investissements au fil des ans



L'exemple de la **Tanzanie**, parmi les premiers pays soutenus par les investissements consacrés à des projets et des domaines d'intervention, montre clairement la tendance à la hausse dans la plupart de ces domaines d'intervention.

INVESTISSEMENTS EN TANZANIE

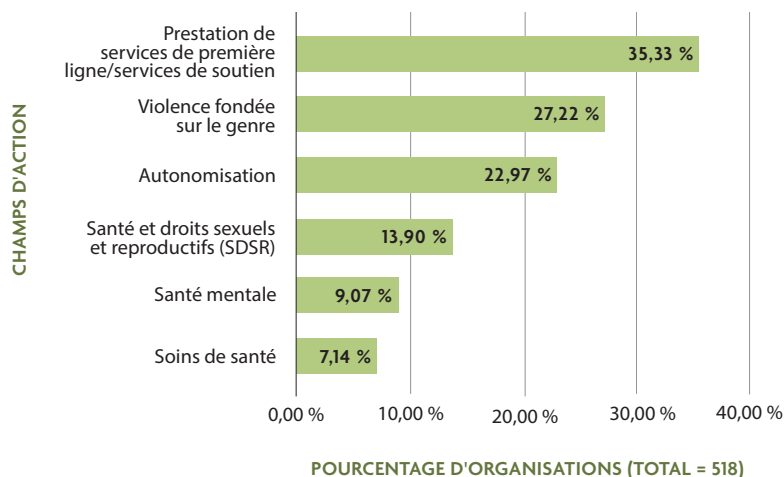
Investissements au fil des ans



2.2.2. AU CANADA (« CHAMP D'ACTION DES ORGANISATIONS »)

En examinant ce que font les membres du Réseau pour faire avancer l'égalité des genres et contribuer à la santé et au bien-être des communautés qu'ils desservent, les six catégories suivantes ont été retenues comme champs d'action prioritaires dans le cadre de leur travail.

CHAMPS D'ACTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ SOUTENU PAR LES ORGANISATIONS MEMBRES DU RÉSEAU (% DES ORGANISATIONS)



Plus d'un tiers des organisations participent à la **prestation de services**. Bien qu'ils ne soient pas précisément liés à la santé, nombre de ces services facilitent l'accès des populations défavorisées aux services essentiels de SDSR. La prestation de services de première ligne, et en particulier les soins de santé, est essentielle pour favoriser l'accès, surtout pour les groupes mal desservis mentionnés ci-dessus, et donc pour garantir que ces groupes exercent leur droit à la santé. Les personnes victimes de **violence fondée sur le genre** se heurtent à des obstacles pour accéder aux services essentiels, dont les services de santé sexuelle et reproductive, en plus d'être gravement affectées lorsqu'il s'agit de leur santé et de leurs droits reproductifs. De même, soutenir le **renforcement du pouvoir des femmes** dans toute leur diversité est essentiel à l'exercice de leurs droits.

Voici un exemple de prestation de services essentiels et complets :

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SDSR DANS LES TERRITOIRES DU NORD-OUEST PORTRAIT D'UN MEMBRE DU RÉSEAU : NORTHERN BIRTHWORK COLLECTIVE (NBC)



Il s'agit d'un extrait d'un entretien avec **Sabrina Flack (elle)**, qui se décrit comme « *une pionnière queer, métisse (noire et européenne) vivant sur le territoire du chef Drygeese à Denendeh, territoire traditionnel de la Première Nation des Dénés Yellowknives (Yellowknife, T. N.-O.)* ». Elle est accompagnante du cycle complet de la grossesse, ainsi que cofondatrice et directrice de projet du Northern Birthwork Collective.

Parlez-nous de votre organisation : ce qu'elle fait, la manière dont elle se concentre sur la santé et les droits reproductifs, pour qui et où?

« NBC est un projet de défense de la justice reproductive dans les Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.) qui propose des programmes dirigés par des doulas pour la grossesse et toutes ses issues. C'est aussi une équipe composée de militant.e-s pour la justice reproductive, de doulas, de parents et de membres de la communauté qui s'engagent à créer des lieux, des programmes et des services plus sécuritaires pour les personnes enceintes dans les T. N.-O.

Notre **vision** est que toutes les familles, les femmes enceintes et les parturientes issues de communautés défavorisées aient accès à un soutien holistique et digne, respectueux et exempt d'oppression et de racisme. Notre **mission** est de fournir des programmes et des services subventionnés pour toutes les étapes du parcours reproductif, dont la conception, la grossesse, l'accouchement, le post-partum, la fausse couche, la perte, l'avortement et la parentalité. Nous avons l'intention d'offrir une formation continue à notre communauté et de développer un réseau de doulas à l'échelle du territoire qui peut fournir des soins collectifs fondés sur nos valeurs. Nous reconnaissons que la colonisation a eu un grand impact sur nos corps et nos traditions et nous pensons que la revitalisation des savoirs traditionnels est une étape cruciale de notre guérison collective.

Notre **programme** consiste à offrir le soutien d'une doula pour la grossesse et toutes ses issues (y compris le travail, l'accouchement, le post-partum, la fausse couche, la perte et l'avortement), et à apporter un soutien aux personnes touchées par la politique d'évacuation. Nous élaborons également un programme de formation à l'accouchement autochtone pour les T. N.-O. Nos programmes et services sont **subventionnés pour les communautés mal desservies** (personnes noires, autochtones ou appartenant à la majorité mondiale, 2ELGBTQIA+, à faibles revenus, etc.). » (31 janvier 2023).

L'accès à la contraception n'est pas universel au Canada, et la plupart des communautés soutenues par les membres du Réseau sont confrontées à des limites.

« L'accès aux soins contraceptifs au Canada est disparate : nous sommes l'un des seuls pays à disposer d'une couverture sanitaire universelle qui ne couvre pas également la contraception. »⁵⁸

C'est particulièrement vrai dans les Territoires du Nord-Ouest, où les contraceptifs essentiels ne sont pas inclus dans les prestations de santé complémentaires,⁵⁹ mais où des efforts considérables sont déployés :

PRINCIPALES RÉALISATIONS POUR AMÉLIORER LA SDR EN 2022 – NORTHERN BIRTHWORK COLLECTIVE

Quelles sont les réalisations de l'année dernière dont vous êtes la plus fière, en ce qui concerne le soutien à la santé et aux droits des femmes (+2E, trans, non-binaires)? Et comment votre organisation y est-elle parvenue?

« Les réalisations dont je suis particulièrement fière depuis un an sont les suivantes :

- Fournir à la communauté un éventail complet de services d'accompagnement à la naissance grâce à des doulas subventionnées et être en mesure de rémunérer les doulas de manière équitable.*
- NBC a mis au point un programme intitulé « Community care : evacuation for birth » qui apporte un soutien aux femmes enceintes touchées par la politique d'évacuation. Elles peuvent faire appel à nous pour obtenir des accompagnateur-trices supplémentaires (car le voyage médical n'en paie qu'un-e) lorsqu'elles doivent quitter leur domicile pendant plus de quatre semaines pour accoucher dans une maison de naissance en milieu urbain. Dans le cadre de ce programme, nous les aidons également à se loger, à faire leur épicerie, à acheter des articles pour bébés et à se déplacer pendant leur séjour à Yellowknife.*
- Le lancement de notre programme de soutien à l'avortement à l'été 2022, dans le cadre duquel des doulas sont disponibles chaque semaine pour aider les personnes souhaitant se faire avorter. Nos doulas les accompagnent, les aident à prendre une décision, s'occupent de la logistique pour obtenir un rendez-vous, et plus encore.*
- Établir des partenariats significatifs avec des doulas dans tout le pays et nouer des relations avec ces dernières, ce qui nous permet d'encourager notre travail mutuel et de nous soutenir les unes les autres dans notre croissance. » (31 janvier 2023).*

Bien que les réalités de l'accès limité varient d'une province à l'autre, on peut espérer que les soins contraceptifs deviendront plus universellement accessibles dans tout le pays. En effet, cette « lueur d'espoir »⁶⁰ est apparue clairement lorsque la province de la Colombie-Britannique a pris une décision majeure et est devenue la première juridiction canadienne à [fournir gratuitement des contraceptifs sur ordonnance](#) à sa population.

2.2.3. GROS PLAN SUR L'ACCÈS AUX SERVICES D'AVORTEMENT SÉCURISÉ ET AUX SOINS APRÈS AVORTEMENT

Parmi les domaines les plus menacés de la SDRS figure l'accès à un avortement sécurisé et aux soins après avortement, un droit fragile qui a été touché à divers degrés par la pandémie de COVID-19, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.⁶¹ L'accès à l'avortement a été encore plus médiatisé en 2022 avec le renversement de l'arrêt *Roe vs. Wade* aux États-Unis et la crainte d'un effet d'entraînement dans d'autres pays.⁶² Malgré des réalités extrêmement différentes, certains défis et solutions se retrouvent aussi bien au Canada qu'à l'étranger. Au-delà des aspects juridiques, les **obstacles à l'accès** comprennent le coût, la distance, la disponibilité des services de qualité et la crainte de la stigmatisation qui accompagne à la fois le fait de recevoir et de fournir ces services essentiels. Les **solutions** comprennent un soutien adapté aux personnes qui recherchent ces services et la formation des prestataires de soins de santé primaires (SSP), avec l'intégration des services au sein des SSP.



À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE : Les services d'avortement et les soins après avortement sont parmi les domaines les plus négligés de l'aide internationale en matière de SDRS. Ces services de santé reproductive sont particulièrement difficiles à soutenir compte tenu des environnements juridiques et politiques actuels dans de nombreux pays. Même lorsqu'ils sont disponibles, les services d'avortement et de soins après avortement sont souvent stigmatisés.

Les résultats récemment publiés par Affaires mondiales Canada pour l'exercice 2020-2021 indiquent que les efforts de l'aide canadienne (ainsi que des partenaires multilatéraux et mondiaux) « ont contribué à fournir des avortements sécurisés et des soins après avortement à plus de 76 000 femmes dans 17 pays par le biais de 14 projets »,⁶³ avec des « investissements atteignant 1,9 million de dollars ». ⁶⁴ Pourtant, le contrôle et le suivi du soutien des soins après avortement ont été limités, bien qu'ils soient légaux dans tous les pays.⁶⁵ Heureusement, on s'attend à ce que le cadre de responsabilisation de l'Engagement de 10 ans du Canada,⁶⁶ lancé en 2021, offre un contexte supplémentaire pour le financement connexe, surtout si l'on tient compte de la création d'un nouveau code pour suivre le financement dans ce domaine.

Bien qu'il soit difficile à l'heure actuelle de démontrer pleinement l'impact du financement dans ce domaine, l'Explorateur de projets et les informations fournies par d'autres partenaires donnent des indications qui montrent également la portée limitée du financement de l'avortement et des soins après avortement :

- En 2021,⁶⁷ une étude du CanSFE sur les projets relevant de l'enveloppe de 650 millions de dollars d'Affaires mondiales Canada pour le financement de la SDRS a révélé que le domaine négligé de la SDRS le moins soutenu était l'avortement sécurisé et légal et les soins après avortement (29 % des 31 projets étudiés). En outre, les indicateurs les moins utilisés, parmi les 16 [indicateurs de rendement clés en matière de SDRS](#) étaient ceux liés à l'avortement légal et sécurisé.
- En 2022, si l'on considère les [11 nouveaux projets](#) visant à faire avancer la santé et les droits des femmes, des adolescentes et des enfants, quatre projets sur 11 comptent mesurer le « nombre de consultations pour avortement et/ou soins après avortement » et trois projets sur 11 soutiennent spécifiquement ce domaine négligé.

AMÉLIORER LES SOINS APRÈS AVORTEMENT AU SEIN DES SSP EN RDC⁶⁸

En RDC, les soins après avortement font théoriquement partie des services de SSP. Parmi les mesures visant à améliorer l'accès des femmes et des adolescent-e-s à des soins de santé primaires de qualité, dans le cadre du [projet ASSK](#) :

- 100 % des établissements de santé soutenus (56 centres de santé, 6 hôpitaux de district) ont été en mesure de fournir des services de soins après avortement de qualité conformément aux directives nationales.
- 148 professionnel-le-s de la santé ont été formé-es et supervisé-es pour fournir des soins après avortement sécurisés, en mettant l'accent sur les droits de la patientèle.

Bien qu'à cette étape, l'impact réel sur l'utilisation des services de santé n'ait pas été entièrement évalué, cette initiative a contribué à améliorer l'exhaustivité des services.

PROJET: [Accès aux services de santé à Kinshasa \(ASSK\)](#) (2018-2024)

BAILLEUR DE FONDS : Affaires mondiales Canada

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE : [Santé Monde](#) and [Unité de santé internationale \(USI\) du CHUM](#) (consortium)

DOMAINES D'INTERVENTION DANS L'EXPLORATEUR DE PROJETS :

- Santé et droits reproductifs, y compris la santé maternelle (45 %)
- Systèmes de santé, formation et infrastructures (30 %)
- Lois, gouvernance et politiques publiques (25 %)

AU CANADA : Bien qu'il soit impossible de comparer des réalités aussi différentes, et même si l'avortement est légal au Canada, les organisations continuent de travailler sans relâche pour garantir et améliorer l'accès à l'avortement. Les engagements récents visant à « *renforcer les efforts [...] pour faire en sorte que les services d'avortement soient facilement accessibles, sans obstacle, à toutes celles qui les recherchent* »⁶⁹ sont porteurs d'espoir, mais il reste encore un long chemin à parcourir.

« *[Le renversement de] Roe v. Wade a fait ressortir le fait que les choses ne sont pas parfaites ici* »⁷⁰

Plusieurs aspects importants de la SDSR sont ou ont été confrontés à de lourdes difficultés au Canada, tant dans le passé que dans le présent (par exemple, les stérilisations forcées des femmes autochtones et la stigmatisation). On estime « *qu'une grossesse sur cinq est non désirée et qu'une personne sur trois pouvant tomber enceinte subira un avortement au cours de sa vie* ». ⁷¹ Les difficultés d'accès aux services sont particulièrement évidentes pour les personnes vivant dans des zones rurales isolées ou en dehors des centres urbains. Les personnes qui rencontrent le plus d'obstacles pour accéder aux soins en matière d'avortement dont elles ont besoin sont généralement des personnes racialisées [PANDC], des jeunes, ainsi que des personnes à faible revenu et des personnes ayant une orientation sexuelle et une identité de genre non normatives (en particulier, les personnes trans et non binaires). Les populations autochtones sont confrontées à un triple obstacle pour accéder à ces services, lequel se rapporte aux connaissances (les savoirs traditionnels n'étant pas reconnus), à la géographie et aux finances.⁷² Les coûts peuvent être élevés pour les personnes qui ne sont pas assurées, et même lorsqu'elles le sont, les femmes enceintes doivent souvent payer des frais de déplacement, prendre des dispositions pour la garde des enfants ou des personnes âgées

et quitter leur réseau de soutien. En outre, elles risquent souvent de porter atteinte à leur vie privée lorsqu'elles doivent expliquer les raisons de leur absence. « *Les personnes vivant dans de petites communautés rurales ou isolées sont confrontées à l'obstacle supplémentaire de devoir quitter leur communauté (avec tous les coûts associés) pour avoir accès à un avortement en clinique.* »⁷³

SOUTENIR L'ACCÈS AUX SERVICES D'AVORTEMENT AU CANADA FNA CANADA ET SES PARTENAIRES

L'accès aux services d'avortement, tel que soutenu par la [Fédération nationale de l'avortement \(FNA\) Canada](#) et ses partenaires, s'est amélioré, en particulier pour les personnes qui rencontrent le plus d'obstacles pour accéder aux soins d'avortement dont elles ont besoin :

- ***Intégration de l'avortement par médicaments dans les soins de santé primaires***

Par exemple, dans un centre de soins primaires de Kelowna (C.-B.) desservant de petites communautés environnantes, l'établissement hospitalier pratiquant l'avortement avait habituellement une liste d'attente de 3 à 5 semaines (la clinique n'offrant le service d'avortement qu'un jour par semaine). Depuis quelques années, la liste d'attente a diminué en raison de l'avortement par médicaments proposé dans les établissements de soins de santé primaires.

- ***Formation des professionnel-le-s de la santé pour élargir l'accès aux SSP***

Après avoir constaté en 2018 une lacune dans l'apprentissage/les connaissances des clinicien-ne-s sur la façon de pratiquer l'avortement par médicaments dans le cadre des SSP, la FNA Canada dispense un cours sur l'avortement par médicaments dans le cadre des SSP afin de combler ces lacunes chez les personnes cliniciennes en exercice et nouvelles. Ce cours aborde tous les éléments des soins liés à l'avortement, dont les conseils, la sécurité et la stigmatisation, et la manière d'intégrer les soins liés à l'avortement dans la pratique, en plus de fournir des informations sur les médicaments, les contre-indications et le suivi.

« En raison de la pandémie, le cours a été restructuré en six modules autodidactes suivis d'une séance « Posez-moi toutes vos questions » en direct avec deux spécialistes. En moins de deux ans, plus d'un millier de personnes ont suivi le cours. »⁷⁴

3. RÉALISER NOS OBJECTIFS : UN PARCOURS ET NON SEULEMENT UNE DESTINATION

Derrière les données partagées se cachent une multitude d'approches visant à mesurer et à comprendre de manière plus complète l'impact des projets. Il est également reconnu que des partenariats solides avec les pays soutenus et les OSC/ONG de ces pays nécessitent la capacité de s'assurer que ces partenariats sont significatifs et équitables. Dans chaque pays soutenu, les OSC s'attaquent déjà à défendre, promouvoir et soutenir l'accès équitable aux services de santé de base et l'avancement de la santé et des droits pour tous et toutes, notamment en matière de SDR. En tant qu'organisations canadiennes, nous devons soutenir nos partenaires nationaux et nous rappeler que « *ce n'est pas de nous qu'il s'agit* ». Ces étapes seront importantes pour atteindre de nouveaux degrés de compréhension et de responsabilisation, mais pour l'instant, voici quelques exemples et réflexions clés de l'année 2022.

3.1. LE POUVOIR DES PARTENARIATS

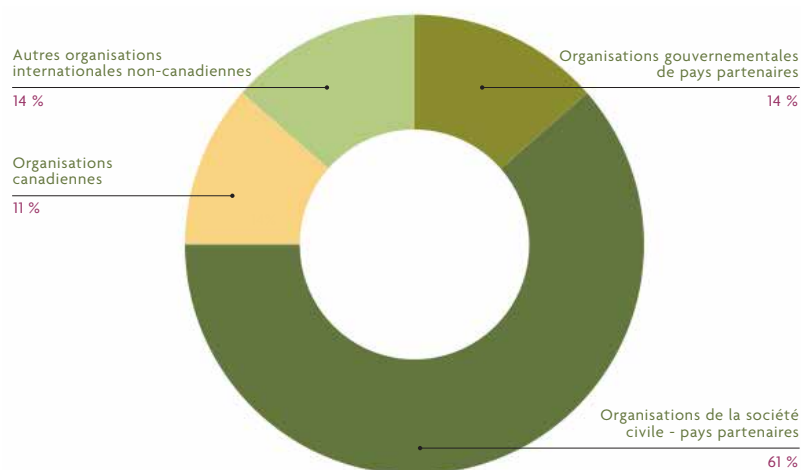
3.1.1. METTRE EN AVANT LES PARTENAIRES MONDIAUX/LOCAUX

DE NOMBREUX PARTENAIRES : Dans l'ensemble, nos données soulignent la capacité des organisations déclarantes, un groupe très diversifié de 407 organisations (canadiennes et autres, voir section 1), à établir des partenariats efficaces et à réunir les bons partenaires afin d'œuvrer pour faire une différence et garantir que davantage de femmes, d'adolescent-e-s et de filles, dans toute leur diversité, exercent leurs droits et connaissent de meilleurs résultats en matière de santé.

Pour faire avancer la SDR en particulier, nos données montrent que le travail des 215 organisations déclarantes qui mènent ou ont mené 613 projets liés à la SDR (2010-2022) fait intervenir un total d'au moins 764 organisations partenaires.

PARTENAIRES LOCAUX : Dans un contexte où le débat sur la localisation prend de l'ampleur, il est important de comprendre et de souligner le rôle des partenaires « locaux » dans chaque pays.

- Nous recueillons des informations sur tous les partenaires, par type et par pays d'origine, et bien que cela soit essentiel pour une transparence accrue et équitable, il peut encore être difficile de recueillir des informations complètes sur les partenaires locaux. En juin 2022, nous avons constaté que seuls 29 % des projets contiennent des informations sur les partenaires et que 75 % d'entre eux ont été partagés par les personnes qui nous fournissent activement des données.
- Nous avons abordé ces défis en partenariat avec [Fields Data](#) (organisation internationale), Bike Scouts (OSC philippine) et Affaires mondiales Canada en juin 2022 lors du 3^e échange virtuel de la communauté de l'IITA, [Visibilité et transparence : une conversation sur l'importance des données sur les organisations locales et en provenance de celles-ci](#).
- Sur un échantillon de [11](#) grands projets en cours soutenus par Affaires mondiales Canada et réunissant au moins 96 partenaires pour faire avancer la santé et les droits des femmes, des adolescent-e-s et des enfants, nous avons constaté que 61 % des partenaires étaient des OSC des pays partenaires et 14 % étaient des entités gouvernementales des pays partenaires. Un certain nombre de ces projets étaient en voie d'établir des partenariats clés au moment où les données ont été recueillies.



3.1.2. AVORISER L'APPROPRIATION PAR LES COMMUNAUTÉS POUR MESURER L'IMPACT

COMMUNAUTÉS : Les activités de suivi et d'évaluation sont souvent menées par des personnes qui ne font pas partie de la communauté. Il est nécessaire de s'orienter vers différents types de partenariats pour mieux comprendre l'impact, en mettant l'accent sur des relations complètes et réciproques au sein de la communauté. En voici un exemple.

UN PARTENARIAT POUR AIDER À SUIVRE LES RÉSULTATS ET TROUVER DE NOUVELLES FAÇONS DE MESURER L'IMPACT

Northern Birthwork Collective et ekw'í7tl doula collective

Un exemple de partenariat important dans un domaine clé :

Comment suivez-vous l'impact de votre travail? (type de données que vous recueillez et comment)

« Actuellement, nous ne recensons que le nombre de personnes que nous aidons, ainsi que d'autres informations confidentielles telles que les dates d'accouchement, les services auxquels elles ont eu accès et les personnes qui les ont aidées. Nous venons tout juste de mettre en place un processus pour commencer à recueillir **des témoignages et des histoires d'impact** auprès des personnes que nous servons. Cette année, nous avons le plaisir de travailler avec ekw'í7tl doula collective, une équipe de professionnelles de la naissance autochtones (doulas et sage-femmes) qui sont également chercheuses et évaluatrices de programmes. Elles nous aideront à évaluer notre programme jusqu'à présent et à comprendre nos points forts et ceux que nous pouvons améliorer. » (31 janvier 2023)

PAYS PARTENAIRES : En tant que « détenteurs d'obligations »⁷⁵ par excellence, responsables devant toutes les personnes (titulaires de droits) de l'amélioration de la santé et des droits, les pays et les partenaires nationaux sont au cœur de toutes les activités visant à améliorer l'accès aux services essentiels de SDSR.

« ... AMC mettra l'accent sur l'appropriation par les pays et le renforcement des systèmes de données grâce à l'utilisation de systèmes et de sources de collecte de données locales »⁷⁶

Il est nécessaire de soutenir une plus grande appropriation par les pays « bénéficiaires », car ils sont les premiers responsables de l'amélioration de la santé de leurs populations. Cela comprend le soutien et la valorisation des données produites par les systèmes nationaux d'informations sur la santé, depuis l'établissement de santé à l'échelle nationale/centrale (et d'autres systèmes d'information pertinents). En fait, dans toutes les activités de renforcement du système de santé et les projets axés sur la santé et les droits, les autorités sanitaires nationales (et infranationales) sont partenaires des organisations canadiennes et des bénéficiaires multilatéraux (et autres) de l'aide canadienne.

Un travail important a été lancé par le Groupe de travail sur les paramètres de mesure du CanSFE afin de développer un outil pour faciliter l'utilisation des données en matière de santé produites à l'échelle nationale (principalement à partir des systèmes nationaux d'information sanitaire [SNIS]) afin de mieux comprendre l'impact des projets. Il explorera également certaines étapes clés, les enseignements tirés et les pratiques recommandées pour y parvenir en gardant à l'esprit l'importance de tisser des partenariats solides avec les pays bénéficiaires, ainsi que les forces et les limites de l'utilisation des données des SNIS. Cela nous permettra de disposer de lignes directrices en 2023.

3.2. CONTINUER D'INNOVER ET D'INSPIRER EN COMBLANT LES LACUNES EN MATIÈRE DE DONNÉES (LABOS 2022)

En mai 2022, le CanSFE a lancé la première phase d'une deuxième édition de son programme intitulé la [Collaboration canadienne pour la santé mondiale](#). Cette édition de la Collaboration a pour but de continuer à « rassembler des partenaires canadiens et mondiaux pour apporter des solutions aux défis urgents en matière de données dans les domaines de la santé mondiale, des droits et de l'égalité des genres, où le Canada a jusqu'à présent beaucoup contribué et où il reste d'importantes lacunes en ce qui a trait à la capacité, aux connaissances ou aux ressources en matière de données ».

Les projets menés dans le cadre de cette initiative sont censés :

- Étudier les obstacles aux progrès réels en matière de données dans les domaines de la santé mondiale et de l'égalité des genres;
- Développer des solutions utiles et des partenariats efficaces pour relever ces défis; et
- Inspirer et former la prochaine génération de leaders canadien-ne-s en matière de mesure de la santé mondiale et de l'égalité des genres.

À l'issue d'un processus de sélection rigoureux, le CanSFE a retenu trois initiatives (Labos) pour mettre en œuvre une **phase de démarrage** (1er mai 2022 – 30 avril 2023), dirigée par trois organisations universitaires, réunissant au total plus de 14 partenaires canadiens et mondiaux dont le travail est axé sur 11 pays. Ces trois équipes étudient actuellement les obstacles qui limitent les progrès en matière de données dans les domaines de la santé mondiale, des droits de la personne et de l'égalité des genres, et travaillent en collaboration pour créer des solutions potentielles. Au cours de cette première phase, ces trois Labos détermineront si leur idée mérite une étude plus approfondie, apporteront des modifications aux activités, désigneront et recruteront de nouveaux partenaires pour renforcer leur impact et consolideront les relations nécessaires à la réussite de la transposition de leurs innovations à plus grande échelle.

Il sera également possible de tirer des enseignements importants sur l'élaboration de boîtes à outils, les processus de cocréation et les approches clés permettant de favoriser l'adoption d'approches féministes dans les programmes de santé mondiale.

NOUVELLES DE LA PHASE DE DÉMARRAGE (1ER MAI 2022 - 30 AVRIL 2023) :

**RÉCITS NUMÉRIQUES (RN)
POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MONDIALE**

PARTENAIRE DE MISE EN ŒUVRE : [Cumming School of Medicine Indigenous, Local & Global Health Office](#), Université de Calgary.

PARTENAIRES CLÉS : Mbarara University of Science and Technology ([MUST](#)), [Common Language DST](#); Association canadienne pour la santé mondiale ([ACSM](#)).

PAYS : Canada, Ouganda.

DDÉFI EN MATIÈRE DE DONNÉES : Obstacles limitant la qualité des données (par exemple, voix sous-représentées, l'étendue limitée des données) et la diffusion de la recherche (par exemple, faible engagement, non axé sur l'action, biais du présentateur) dans les données sur la santé mondiale et, plus particulièrement, dans les données générées par les RN.

OBJECTIFS : Étudier et favoriser une utilisation efficace et éthique des RN dans un contexte de santé mondiale, de manière à faire avancer la recherche et la pratique (dont le suivi et l'évaluation) dans une optique anti-oppressive et d'égalité des genres.



Photo par : Mbarara University of Science & Technology

« Les récits numériques créent un espace où le conteur peut partager un récit convaincant et significatif sur son expérience, ce qui facilite la réflexion, l'action et le changement dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé. »

- **Professeure Barbara Naggayi**, Mbarara University of Science and Technology (MUST), Ouganda

CE QUI EST FAIT :

- Étudier en s'appuyant sur un partenariat international pour garantir le succès :
 - » Entretiens sur le terrain (avec des conteurs et des animateurs de RN) et enquête en ligne.
 - » Développement d'une base de données qui sera continuellement mise à jour pour répondre aux nouveaux besoins, et qui peut être facilement actualisée, filtrée et comparée entre les sources et les catégories, ainsi qu'une étude exploratoire sur les RN selon « une méthodologie où les participant-e-s utilisent des images et des vidéos personnelles, une narration en voix hors champ, de la musique et diverses techniques de montage vidéo pour porter à l'écran les moments significatifs de leur vie », et les expériences, en particulier dans le contexte ougandais. Cela permettra de comprendre les obstacles et les éléments facilitant l'utilisation des RN dans un contexte de santé mondiale, et d'étayer les recommandations.
- Incubation : Par le biais d'une enquête d'évaluation des besoins et de discussions de suivi, préparation d'un ensemble de RN fondés sur des données probantes, axés sur la pratique et la santé, comprenant des directives, des recommandations et des innovations, qui peuvent être adaptés sous forme d'outils et de matériel de formation à partager avec d'autres personnes au Canada et à l'international.
- Diffusion/adaptation : [webinaire sur les RN](#) tenu par le partenaire Common Language DST (septembre 2022), et symposium lors de la Conférence canadienne sur la santé mondiale (novembre 2022).

COLLECTE DE DONNÉES SUR L'AVORTEMENT AUTOGÉRÉ DANS LES CONTEXTES HUMANITAIRES ET FRAGILES : UNE INITIATIVE MONDIALE

PARTENAIRE DE MISE EN ŒUVRE : Université d'Ottawa (Faculté des sciences de la santé).

PARTENAIRES CLÉS : [Fédération nationale de l'avortement \(FNA\) Canada](#); [IAWG Sub-working group on Safe Abortion Care](#); Adolescent Reproductive Health Zone (ARHZ); Hakoura; [Peace Foundation](#); Université de Kinshasa; [Vitala Global](#); Cambridge Reproductive Health Consultants (CRHC).

PAYS : République démocratique du Congo (RDC), Jordanie, Pakistan, Thaïlande, Vénézuéla.

DÉFI EN MATIÈRE DE DONNÉES : Recueillir des données sur l'avortement autogéré (par médicaments) en dehors des établissements, en particulier dans les contextes humanitaires et fragiles.

OBJECTIF : Établir des recommandations sur la collecte d'informations rigoureuses et de qualité sur l'avortement autogéré dans les contextes fragiles et humanitaires et collaborer avec les parties prenantes pour élaborer des outils visant à faciliter la mise en œuvre de ces recommandations.

Quels sont les principaux facteurs qui facilitent ou qui entravent la collecte d'informations sur l'avortement autogéré dans les contextes humanitaires et fragiles? Quelles ressources pourraient être fournies pour aider à recueillir des données rigoureuses sur l'avortement autogéré dans les contextes humanitaires et fragiles?

« Le fait de pouvoir entrer en contact avec d'autres organisations qui travaillent dans ce domaine a été un élément important de cette initiative et nous a aidés à découvrir comment d'autres groupes recueillent des informations. »

- **Responsable de projet**, ARHZ (Thaïlande)

CE QUI EST FAIT :

Avec une équipe multidisciplinaire :

- Mener des **évaluations rapides** dans cinq pays et diriger une **étude exploratoire** sur l'avortement par médicaments autogéré dans les contextes humanitaires et fragiles afin de comprendre : 1) ce que les organisations du secteur humanitaire font actuellement pour recueillir des informations sur l'avortement autogéré; 2) quels sont les facteurs qui facilitent ou qui entravent la collecte de ces informations dans les contextes humanitaires et fragiles; et, 3) quelles ressources pourraient être fournies pour aider à recueillir des données rigoureuses sur l'avortement autogéré dans les contextes humanitaires et fragiles.
- Élaborer un rapport avec **des recommandations et des outils** pour favoriser leur mise en œuvre et renforcer la capacité des parties prenantes, en particulier dans le secteur humanitaire.
- **Diffuser les résultats** auprès de publics locaux et mondiaux, notamment lors de la Conférence internationale sur le planning familial (CIPF) en novembre 2022.
- Développer une **stratégie nationale de plaidoyer**, en s'inspirant des résultats de l'initiative et du processus de planification stratégique de l'IAWG.

ABORDER LES LACUNES EN MATIÈRE DE DONNÉES SUR LE GENRE ET LA NUTRITION PAR LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE TRANSFORMATEUR EN MATIÈRE DE GENRE POUR LA NUTRITION (GTFN)

PARTENAIRE DE MISE EN ŒUVRE : Université de Toronto, [Département d'anthropologie](#).

PARTENAIRES CLÉS : [Nutrition International](#) (NI); [Institut de recherche Bruyère](#) (IRB); et les [bureaux nationaux](#) de Nutrition International.

PAYS : Kenya, Bangladesh, Nigeria, Pakistan, Philippines, Éthiopie.

DÉFI EN MATIÈRE DE DONNÉES : Les **obstacles à la collecte et à l'utilisation efficaces des données** par les communautés et le secteur de la nutrition afin d'induire un changement transformateur en matière d'égalité des genres tout au long du cycle de vie du programme de nutrition.

La plupart des programmes de nutrition répondent aux besoins des femmes et des filles, et un cadre transformateur en matière de genre pour la nutrition (GTFN) a été mis au point pour renforcer l'impact de ces interventions. Cependant, il est nécessaire de concrétiser le GTFN en outils utiles fondés sur les besoins de ses bénéficiaires finaux, afin de favoriser un changement qui, en fin de compte, s'attaque aux inégalités de genre, aux normes discriminatoires en matière de genre et aux déséquilibres de pouvoir inégaux qui contribuent à la malnutrition.

OBJECTIF : Cocréer des orientations et des outils pour la mise en œuvre du GTFN en partenariat avec les professionnel-le-s de la nutrition et les communautés.



Photo par : Biko Mwalagho (CanWaCH)

« Lors de la mise en œuvre d'un programme de cocréation, je me réjouis de voir que l'équipe du projet s'est efforcée d'intégrer tous les membres collaborateur-trices et les autres acteur-trices afin d'apporter une réelle valeur ajoutée au processus; il s'agit davantage d'une courbe d'apprentissage pour chacun-e d'entre nous, car les institutions ont des approches différentes pour garantir que les programmes de nutrition sont réellement transformateurs en matière d'égalité des genres, mais nous allons maintenant proposer une approche unifiée à l'échelle mondiale qui pourra être utilisée pour promouvoir un changement sexotransformateur dans le domaine de la nutrition. »⁷⁷

- **Caroline Mukeku**, Conseillère régionale en matière de genre pour Nutrition International pour la région africaine

CE QUI EST FAIT : Dans le cadre d'une approche itérative, cocréative et interdisciplinaire, l'accent a été mis sur les points suivants :

- La recherche, dont :
 - » Un **exercice d'évaluation multisectorielle** des outils et des ressources déjà disponibles sur le lien entre le genre et la nutrition.
 - » Une étude de cas sur l'application du cadre transformateur en matière de genre et la nutrition lors de la conceptualisation du projet 'Adopter une approche multi-sectorielle pour la nutrition' au Bangladesh mis en œuvre par Nutrition International.
- L'élaboration d'un **plan d'engagement des parties prenantes** pour s'assurer que celles-ci ont la possibilité d'exprimer leurs opinions et leurs préoccupations et que ces préoccupations influencent les décisions du projet, démontrant ainsi l'engagement de l'équipe du projet à adopter une approche de travail cocréative.

À l'issue de la phase de démarrage actuelle, il sera possible d'élargir et/ou d'étendre et de diffuser les idées et les solutions développées.

3.3. APPRENDRE ET CRÉER DES OUTILS POUR PROMOUVOIR LES MEILLEURES PRATIQUES

PARTAGER ET APPRENDRE : L'année 2022 a été l'occasion d'approfondir les conversations visant à trouver de nouveaux moyens de « faire le récit » des résultats et d'envisager la responsabilité et l'impact sous un angle différent, dont :

Lors de l'**Académie du CanSFE** (mai 2022)

- [Secouer le monde du SÉRA : leçons de la mise en œuvre d'approches orientées par des principes](#)
- [Formation sur l'équité des données \(en anglais\) avec We All Count](#)

Lors de la [Conférence canadienne sur la santé mondiale](#) (dont le thème était 'Vers une santé mondiale inclusive : priorités de recherche et de pratique en période d'incertitude'), tenue en novembre 2022 par [l'Association canadienne pour la santé mondiale](#) (membre du CanSFE) :

- [Décoloniser le suivi, l'évaluation, la recherche et l'apprentissage en santé mondiale : avec, par et pour les communautés, avec Salanga, SeeChange and Katswe Sistahood](#)
- [Apprendre à joindre le geste à la parole : opérationnaliser la recherche, la pratique et les partenariats pour une santé et un bien-être plus équitables et inclusifs pour TOUT LE MONDE](#), en collaboration avec le [Réseau Canadien pour la Chirurgie Internationale](#) (CNIS)

En collaboration avec Affaires mondiales Canada et plusieurs OSC :

- [Comment le mesurer? Des outils pour mieux mesurer le changement transformateur en matière d'égalité des genres](#)

CRÉER UNE ORIENTATION ET DES OUTILS POUR FAVORISER LES « MEILLEURES PRATIQUES » :

- [Note d'orientation technique pour le développement d'un plan de suivi et d'évaluation pour les programmes de santé mondiale et de défense des droits](#) (avril 2022)
- [Petit guide sur l'éthique en matière de SÉRA pour la programmation en santé et droits dans le monde](#) (avril 2023)
- Travail préparatoire pour l'élaboration d'un « Guide sur l'utilisation des données des SNIS (Systèmes nationaux d'information sanitaire) pour le SÉRA dans le cadre des programmes de santé et de droits » (sortie attendue en 2023).

4. REGARD SUR L'AVENIR

Au fil du temps, nous continuerons à faciliter les conversations et à travailler vers de nouvelles compréhensions partagées de la responsabilité et de l'impact afin de mieux comprendre l'impact des interventions conçues pour favoriser une meilleure santé et des droits accrus, en particulier la SDSR. Les prochains mois seront également marqués par des moments clés, notamment le premier Sommet sur l'impact en santé mondiale du CanSFE en avril 2023 et l'[appel de propositions](#) attendu d'Affaires mondiales Canada en mai 2023 pour favoriser des systèmes de santé plus résilients qui suivent « *une approche multisectorielle intégrée pour renforcer les systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne la prestation de soins de santé primaires, y compris la SDSR, et à l'échelle de la communauté* ».



Ce processus d'apprentissage se poursuivra par un dialogue inclusif avec les OSC responsables de la mise en œuvre, les membres, les partenaires et les organisations gouvernementales, en maintenant une approche « centrée sur la personne » et fondée sur les droits. Pour nous aider dans ce processus :

- Nous réfléchirons aux lacunes importantes en matière de données, notamment au travail effectué à l'intersection de l'environnement, du changement climatique et de la santé, et nous nous efforcerons de mieux comprendre les principales parties prenantes et leur rôle, et ce, de l'échelle communautaire à celle des organisations multilatérales.
- Nous trouverons des moyens de mettre davantage en valeur les partenaires mondiaux et les membres de la communauté et de stimuler une collaboration plus réciproque en vue d'un impact accru et d'un changement équitable.
- Nous ferons passer les conversations clés au niveau supérieur et amplifierons les appels à l'action en vue d'un plus grand impact par le biais d'une localisation plus intentionnelle.
- Nous créerons des outils qui refléteront les connaissances et l'apprentissage collectifs et qui favoriseront de nouvelles méthodes de travail (par exemple, multisectorielles), l'amélioration continue et la pertinence du travail de toute une communauté.

Nous nous engagerons résolument à créer et à entretenir des espaces permettant aux partenaires de raconter leur histoire et de partager leurs points de vue, leurs apprentissages et leurs recommandations. Notre capacité à écouter et à respecter ces points de vue et ces expériences – à être non seulement un partenaire, mais aussi un bon partenaire – renforcera la responsabilité, la solidarité et les changements positifs durables en faveur d'un accès équitable aux services de santé et d'une véritable réalisation des droits en matière de santé.

RÉFÉRENCES

¹ PAIF. [Politique de champ d'action : La dignité humaine](#) (section sur la santé et la nutrition).

² Considérés comme des « **acteurs non étatiques** qui ont la responsabilité de travailler pour le respect et la promotion des droits de la personne ». (Affaires mondiales Canada, [Approche féministe - Note d'orientation sur l'innovation et l'efficacité](#)).

³ CanSFE, [Méthodologie de l'Explorateur de projets](#), septembre 2020.

⁴ Pour partager ou mettre à jour des données, nous vous invitons à contacter impact@canwach.ca en anglais ou en français, afin de recevoir le plus récent formulaire de contribution de données.

⁵ Actuellement, cela s'applique aux projets en **Afghanistan**. Les informations sur ces projets ne sont pas publiées et ne sont pas accessibles au public dans l'Explorateur de projets pour des raisons de sécurité, conformément aux meilleures pratiques internationales (notamment celles d'Affaires mondiales Canada et de l'Union Européenne dans son [EU Aid Explorer](#)) en matière de gestion responsable des données.

⁶ Réseau Avenir égalitaire. [Une année en revue. 2020-21](#) (mars 2022).

⁷ Par « **projets actifs** », nous entendons les projets qui sont actuellement dans leur étape de mise en œuvre. Il convient de mentionner que l'Explorateur de projets n'est pas destiné à saisir des données en fonction de l'année financière.

⁸ n = 1 422 projets.

⁹ Plus précisément : 83 329 576 personnes bénéficient d'une aide dans le cadre de projets actuellement actifs pour lesquels nous disposons de données (n = 96 projets).

¹⁰ n = 166 projets.

¹¹ n = 664 projets.

¹² Tous les projets : n = 1 415, et projets actifs : n = 166.

¹³ Principalement Affaires mondiales Canada, ainsi que du financement du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

¹⁴ Voir : Affaires mondiales Canada, [Questions et réponses – Politique sur le partage des coûts pour les accords de subventions et de contributions non remboursables](#) (dernière mise à jour : 14 octobre 2022).

¹⁵ Voir : CanSFE, [11 aventures : en route vers l'avancement de la santé et des droits des femmes, des adolescentes et des enfants](#) (janvier 2023), p. 1.

¹⁶ Dont des agences des Nations Unies (p. ex., l'UNICEF, le FNUAP, ONU Femmes, l'OIM), des banques multilatérales de développement (BID, BIRD-Banque mondiale) ou d'autres organismes tels que le Fonds mondial.

¹⁷ Taille d'échantillon de la **population totale** (indirecte + directe) pour tous les projets n = 664. Taille d'échantillon de la population totale pour tous les projets de SDRS = 64.

¹⁸ Si les normes internationales portant sur la définition/la fourchette exacte des groupes d'âge varient d'un pays ou d'une organisation à l'autre, l'Explorateur de projets recueille des informations sur des groupes de données plus larges. Sur la base des procédures normales d'exploitation (PNE) internes, le CanSFE a défini des groupes d'âge au sens large, mais recueille également des données plus précises (voir le formulaire utilisé pour recueillir des données auprès des partenaires). Des données détaillées sur la population, ventilées par âge et par sexe, peuvent être saisies lorsqu'elles sont disponibles, ainsi que tout descripteur pertinent (nombre de personnes, sexe, tranche d'âge (années) : du plus jeune au plus âgé; descripteurs de groupes de population directs ou indirects) :

- « Adultes âgés » : le seuil convenu par les Nations Unies est de 60 ans et plus pour faire référence à la population âgée.
- « Femmes adultes » : un adulte est « une personne âgée de plus de 19 ans, à moins que la législation nationale ne définisse une personne comme étant adulte avant cet âge » (OMS 2018).
- Les adolescent-e-s sont généralement âgé-e-s de 10 à 19 ans (OMS).

¹⁹ Taille de l'échantillon pour TOUS les projets : 435. Taille de l'échantillon pour TOUS les SDRS : 207. Taille de l'échantillon pour les projets de SDRS actifs uniquement : 33.

²⁰ ILGA (2019), Carte des [Lois sur l'orientation sexuelle dans le monde](#). Veuillez également consulter Human Rights Watch, [LGBT rights. #Outlawed. The Love That Dare Not Speak Its Name](#).

²¹ Starrs A., Ezeh A., Barker G., Basu A., Bertrand J. et coll. (2018). [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), The Lancet.

²² n = 33 (sur 88 projets actifs) qui disposent de données sur les groupes de population.

²³ [Le Canada annonce le financement de 3 projets liés aux personnes LGBTQ2I dans les pays en développement](#) (31 juillet 2022).

²⁴ Source : Entretien avec la Directrice du projet (février 2023) et rapport annuel de l'année 4 du projet ASSK.

²⁵ Dr Malele Ntela Isaac Platinie, cité dans le [Rapport annuel 2021-22, Santé Monde](#).

²⁶ n = 435 projets disposant d'informations sur ce descripteur.

²⁷ Affaires mondiales Canada. [Rapport au parlement sur l'aide internationale du gouvernement du Canada 2020-2021](#) (2023).

²⁸ Affaires mondiales Canada. [L'Engagement de 10 ans en matière de santé et de droits dans le monde – rapport annuel 2020-2021](#) (2023).

²⁹ PNUD, [Rapport sur le développement humain 2021/2022. Temps incertains, vies bouleversées : façonner notre avenir dans un monde en mutation](#) (septembre 2022).

³⁰ Voir : The Fund for Peace, [Fragile States Index 2022](#).

³¹ Ce financement comprend des projets de développement international, des projets humanitaires et des projets de recherche.

- ³² Canadian International Development Platform (CIDP), [Canada's Foreign Aid](#).
- ³³ Rappelons que ces pays comprennent 20 pays visés par l'aide bilatérale canadienne : *l'Afghanistan, le Bangladesh, la Bolivie, les Caraïbes, la Colombie, l'Éthiopie, le Ghana, Haïti, le Honduras, l'Indonésie, le Mali, le Mozambique, le Pakistan, le Pérou, le Sénégal, le Soudan, la Tanzanie, l'Ukraine, le Vietnam, la Cisjordanie/ la bande de Gaza*. [Canada Narrows Focus of Countries for CIDA Aid as part of Aid Effectiveness Agenda](#) (février 2009).
- ³⁴ Gouvernement du Canada, [Tableau de bord DonnéesDev](#), Aide internationale par exercice, 2020-21.
- ³⁵ Voir, par exemple, [SRHR infographic snapshots](#) (avril 2022) produits par l'OMS et le FNUAP pour le [Bangladesh](#) et la Tanzanie.
- ³⁶ Éthiopie – [ASRHR in Ethiopia: reviewing progress over the last 20 years and looking ahead to the next 10 years](#) (juin 2022).
- ³⁷ Gouvernement du Canada, [Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2020-2021](#).
- ³⁸ CBC (2022). [Contraceptives should be added to N.W.T.'s extended health benefits, advocates say](#) (26 octobre 2022).
- ³⁹ Administration des services de santé et des services sociaux des T. N.-O., [La santé des TNO en graphiques](#) (2019).
- ⁴⁰ Réseau Avenir égalitaire, [Une année en revue. 2020-21](#).
- ⁴¹ Healthy Debate, [Disability and reproductive health: Examining the impact of the COVID-19 pandemic](#) (2 octobre 2022).
- ⁴² Michaela Parenteau (sous la direction de Sabrina Flack), [Inadequate Abortion Access for Northern Communities](#), Blogue de NBC, 4 mai 2022.
- ⁴³ Erika Dupuis (2021). [Prioritizing Youth Organizing in Sexual and Reproductive Health and Rights Spaces](#), CanSFE (27 février 2021).
- ⁴⁴ Gouvernement du Canada, [Le gouvernement du Canada améliore les services en matière de santé sexuelle et reproductive pour les communautés LGBTQ2](#) (juin 2022).
- ⁴⁵ Gouvernement du Canada, [Spécialement pour vous - Immigrants](#).
- ⁴⁶ Ravichandiran, N., Mathews, M. & Ryan, B.L. [Utilization of healthcare by immigrants in Canada: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey](#). BMC Prim. Care 23, 69 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01682-2>.
- ⁴⁷ Healthy Debate, [Disability and reproductive health: Examining the impact of the COVID-19 pandemic](#) (2 octobre 2022).
- ⁴⁸ Voir les résultats partagés lors d'un groupe de discussion tenu par le Réseau Avenir égalitaire : [Ce que nous avons entendu : Santé et droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap](#) (décembre 2021).

- ⁴⁹ OMS, [Couverture sanitaire universelle](#).
- ⁵⁰ SDG Tracker, [Sustainable Development Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages](#).
- ⁵¹ Starrs A., Ezeh A., Barker G., Basu A., Bertrand J. et al., (2018). [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), The Lancet.
- ⁵² Selon diverses sources, dont l'OMS, on estime qu'une femme sur trois dans le monde a subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours de sa vie.
- ⁵³ Starrs A., Ezeh A., Barker G., Basu A., Bertrand J. et al., (2018). [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), The Lancet, 2018.
- ⁵⁴ OMS, [Why the HIV pandemic is still not over](#); ONUSIDA, [L'érosion des progrès contre le sida met des millions de vies en danger](#).
- ⁵⁵ [La prévention et le traitement du VIH ont décliné dans le monde entier](#) (en anglais) (27 juillet 2022); ONUSIDA, [L'érosion des progrès contre le sida met des millions de vies en danger](#) (juillet 2022).
- ⁵⁶ Kähler, L., Villumsen, M., Holst Jensen, M., Falk Paarup, P. (2017). [DAAQ & santé et droits sexuels et reproductifs](#), Institut danois des droits de l'Homme.
- ⁵⁷ CanSFE, [Defining Health System Strengthening – Questions, Challenges and the Way Forward](#) (Mai 2020, disponible en anglais seulement).
- ⁵⁸ CBC, [We need to strengthen access to contraceptive care in Canada](#) (15 juillet 2022).
- ⁵⁹ CBC, [Contraceptives should be added to N.W.T.'s extended health benefits, advocates say](#) (26 octobre 2022).
- ⁶⁰ Julia Anderson (2022). [Opinion: We're At A Turning Point To Recovery From A Year Of Setbacks In Women's Rights And Gender Equality](#), Future of Good, (8 mars 2023).
- ⁶¹ Polis C.B., Biddlecom A., Singh S., Ayanbekongshie Ushie B., Rosman L. & Saad A. (2022) [Impacts of COVID-19 on contraceptive and abortion services in low- and middle-income countries: a scoping review](#), Sexual and Reproductive Health Matters, 30:1, DOI: 10.1080/26410397.2022.2098557.
- ⁶² Ellen Wulfhorst (2022). [Will the world abort women's rights after death of Roe v Wade?](#), Context (17 novembre 2022).
- ⁶³ AMC (2022). [Rapport au parlement sur l'aide internationale du gouvernement du Canada 2020-2021](#).
- ⁶⁴ AMC (2023). [L'Engagement de 10 ans en matière de santé et de droits dans le monde – rapport annuel 2020-2021](#).
- ⁶⁵ Owolabi O., Biddlecom A., Whitehead H., (2018). [Health systems' capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions](#), The Lancet Global Health, 29 novembre 2018.
- ⁶⁶ AMC (2021). *Cadre de responsabilisation entourant l'Engagement de 10 ans du Canada en matière de santé et de droits mondiaux*. (non disponible en ligne).

⁶⁷ CanSFE (2022). [Rapport sur l'impact en santé mondiale 2021](#).

⁶⁸ Source : Entretien avec la directrice du projet (février 2023) et Rapport annuel de la 4e année du projet AASK.

⁶⁹ Voir : [Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2020-2021](#).

⁷⁰ Notes tirées d'un entretien avec Jill Doctoroff, directrice générale de la FNA Canada (24 février 2023).

⁷¹ FNA Canada, [Trends in Barriers to Abortion Care](#) (accédé en février 2023).

⁷² Action Canada for Sexual Health and Rights, [Abortion Access and Indigenous Peoples in Canada](#) (21 mai 2021).

⁷³ Notes tirées d'un entretien avec Jill Doctoroff, directrice générale de la FNA Canada (24 février 2023).

⁷⁴ Notes tirées d'un entretien avec Jill Doctoroff, directrice générale de la FNA Canada (24 février 2023).

⁷⁵ Kähler, L., Villumsen, M., Holst Jensen, M., Falk Paarup, P. (2017). [DAAQ & santé et droits sexuels et reproductifs](#), Institut danois des droits de l'Homme.

⁷⁶ AMC (2021). Cadre de responsabilisation entourant l'Engagement de 10 ans du Canada en matière de santé et de droits mondiaux.

⁷⁷ CanSFE (2023). « [Pourquoi mettre en œuvre le Cadre sexotransformateur pour la nutrition?](#) ». Entretien avec l'équipe de Nutrition International à Nairobi, au Kenya, Janvier 2023