



Guide à l'intention des institutions nationales des droits humains

Examens par pays et enquêtes nationales sur les droits humains dans le contexte de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs



FNUAP, 2019 Guide à l'intention des institutions nationales
des droits humains :

Examens par pays et enquêtes nationales sur les droits
humains dans le contexte de la santé et du bien-être
sexuels et reproductifs

New York. Mars 2019

GUIDE À L'INTENTION DES INSTITUTIONS NATIONALES DES DROITS HUMAINS

Examens par pays et enquêtes
nationales sur les droits humains
dans le contexte de la santé et du
bien-être sexuels et reproductifs



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ●	5
PRÉFACE ●	7
AVANT-PROPOS ●	9
Les objectifs de la note d'orientation	9
CHAPITRE 1 ●	13
Contexte de la nature et de la portée des droits et de la santé sexuels et reproductifs	13
A Les traités des Nations Unies relatifs aux droits humains	13
B Appliquer les normes et les principes des droits humains au développement	16
1 Les principes de non-discrimination et d'égalité	17
2 Le principe de participation	17
3 Le principe de redevabilité	17
C Le devoir de l'État de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits humains	18
CHAPITRE 2 ●●	21
Réalisation d'examens par pays et d'enquêtes nationales	21
A Définition des termes	21
B Méthodologie : les cinq étapes à suivre pour réaliser une enquête nationale	22
ÉTAPE 1 Aborder les considérations préliminaires et faire une annonce	22
ÉTAPE 2 Mettre en place une commission d'enquête	23
ÉTAPE 3 Concevoir des cadres de surveillance et d'analyse	23
ÉTAPE 4 Recueillir des informations	25
ÉTAPE 5 Veiller à l'efficacité de l'établissement de rapports de l'INDH	29
C Concevoir et mettre en œuvre des stratégies de plaidoyer	30
1. Plaidoyer auprès du gouvernement et du parlement	31
2. Intéresser la communauté à s'engager dans le plaidoyer	31
3. Établir des rapports sur la mise en œuvre tant sur le plan national qu'international	31
CHAPITRE 3 ●●●	35
Examiner un problème lié aux droits humains et les obligations correspondantes de l'État	35
A Examiner la situation d'un pays en quatre étapes simples	35
ÉTAPE 1 Déterminer et définir un problème clé en matière de droits humains et les personnes les plus touchées	36
ÉTAPE 2 Déterminer les causes du problème	37
ÉTAPE 3 Identifier les débiteurs d'obligations et déterminer leurs obligations ainsi que leurs responsabilités en matière de droits humains	39
ÉTAPE 4 Examiner le niveau de conformité avec les obligations relatives aux droits humains	40
B Les obligations relatives aux droits humains en lien avec la santé et du bien-être sexuels et reproductifs ainsi que les principaux paramètres pour examiner la conformité des États	40
1. L'accès à l'information et aux services en matière de contraception	41
2. L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SANS DANGER LÀ OÙ C'EST LÉGAL ET AUX SOINS POST-AVORTEMENT	44
3. Les soins de santé maternelle pour garantir une grossesse et un accouchement sans danger	47
4. La prévention et le traitement du VIH et du sida	50
5. L'éducation complète à la sexualité	54
6. La violence à l'encontre des femmes et des filles	56
7. La prise de décision autonome et l'intégrité corporelle, y compris des exemples illustratifs de groupes marginalisés et exclus	59

CHAPITRE 4 ●●●●	67
Cinq exemples d'INDH ayant réalisé des examens par pays et/ou des enquêtes nationales sur les DSSR.....	67
Étude de cas des PHILIPPINES.....	68
« Let our voices be heard » – l'enquête nationale sur les droits en matière de santé reproductive aux Philippines	68
Étude de cas du MALAWI.....	73
Une enquête publique sur l'état des droits et de la santé sexuels et reproductifs : une plateforme permettant aux femmes et aux filles de s'exprimer au Malawi	73
Étude de cas du SALVADOR.....	76
Salvador : inscrire la grossesse des adolescentes au programme national en tant que problème relevant des droits humains.....	76
Étude de cas de l'AZERBAÏDJAN.....	78
Renforcer la redevabilité relative aux droits et à la santé sexuels et reproductifs en travaillant avec l'institut national des droits humains en Azerbaïdjan	78
Étude de cas du GUATEMALA.....	81
Guatemala : collaborer avec le Bureau du Médiateur national pour renforcer les données et la redevabilité relatives aux droits et à la santé sexuels et reproductifs	81
ANNEXE 1 ●	85
Sources d'information sélectionnées.....	85
Sources d'information propres à un pays	85
Ressources de l'Organisation mondiale de la Santé sur la santé sexuelle et reproductive.....	86
Ressources des Nations Unies sur la santé sexuelle et reproductive.....	87
Notes Finales	88

ENCADRÉS

Encadré 1 : La Déclaration d'Amman et le Programme d'action	10
Encadré 2 : Disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité	16
Encadré 3 : La Commission nationale des droits humains du Kenya.....	26
Encadré 4 : Les États ont l'obligation de recueillir des données	37

TABLEAUX

Tableau 1 : Les droits humains et les obligations qui sous-tendent la santé sexuelle et reproductive.....	15
--	-----------

ACRONYMES

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
CAT	Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CERD	Comité pour l'élimination de la discrimination raciale
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
AFDH	Approche fondée sur les droits humains
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
ICERD	Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
LGBTI	Lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexuels
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
TMM	Taux de mortalité maternelle
ONG	Organisation non gouvernementale
INDH	Institution nationale des droits humains
HCDH	Haut-Commissariat aux droits humains
SSR	Santé sexuelle et reproductive
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs
IST	Infections sexuellement transmissibles
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
EPU	Examen périodique universel
OMS	Organisation mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

La présente note d'orientation a été élaborée par l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population, sous la direction de Luis Mora, chef de la branche Genre, droits humains et culture, et avec les conseils techniques d'Alfonso Barragues ainsi que d'Émilie Filmer-Wilson. Des remerciements particuliers sont adressés à Akiko Sakaue pour la coordination des études de cas.

L'UNFPA souhaite remercier Christina Zampas pour ses compétences techniques et sa contribution à la rédaction de ce document. Un mot de remerciement spécial est également adressé à Jenny Butler, Anne Harmer et Dorothy Nyasulu, en tant que collègues-révisseuses de ce document, pour leurs précieux conseils et contributions. Le Guide a également bénéficié des remarques des Bureaux de pays de l'UNFPA et des représentants des institutions nationales des droits humains lors de la réunion de la communauté de pratique de l'UNFPA à Istanbul, en Turquie, en décembre 2018.

Enfin, une note d'appréciation et d'encouragement est adressée aux Bureaux de pays de l'UNFPA en Azerbaïdjan, au Salvador, au Guatemala, au Malawi et aux Philippines, qui se sont portés volontaires pour l'application pilote de cette note d'orientation en partenariat avec leurs institutions nationales des droits humains respectives et dont l'expérience est relatée dans ce Guide.

PRÉFACE

Les enquêtes nationales et les examens par pays sont des outils pratiques qui contribuent à la protection et à la surveillance des droits humains. L'objectif de ce document est d'aider les institutions nationales des droits humains (INDH), y compris les Commissions nationales, le Bureau du Médiateur et/ou les Commissions des femmes, à réaliser des enquêtes nationales systématiques sur les problèmes relevant des droits humains liés à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs. Un cadre conceptuel et méthodologique a été élaboré et présenté étape par étape en tant qu'orientation pratique.

Diverses institutions étatiques et paraétatiques, dont les ministères de la Santé, les agences de développement et les agences de coopération internationale, produisent généralement des examens et des rapports sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive. Les INDH offrent toutefois une perspective particulière. En raison de leur nature d'organes publics indépendants dotés d'un mandat de protection et de surveillance des droits humains, les INDH peuvent fournir une lecture unique des situations nationales ; une lecture qui met au centre de l'analyse les personnes titulaires de droits ayant des droits et des revendications légitimes pour une vie dans la dignité et le bien-être. Les INDH ont également un rôle important à jouer dans le suivi et l'examen du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; elles fournissent une analyse qualitative et contextualisée indépendante ainsi que des orientations sur la mise en œuvre de la grande majorité des cibles et des objectifs sur le plan national, notamment en ce qui concerne la cible 5.6 relative à l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux droits reproductifs.

Le droit à la santé sexuelle et reproductive est un droit humain universel. Tous les particuliers, sans distinction, peuvent se prévaloir de ce droit sur un pied d'égalité. Pourtant, pour des raisons biologiques et sociales, les femmes et les filles sont particulièrement affectées par les décisions prises en matière de contrôle de la reproduction et de la sexualité. À titre d'exemple, les adolescentes, dès lors qu'elles atteignent la puberté, sont plus susceptibles de faire face aux menaces pour leur bien-être sexuel et reproductif, notamment la violence sexuelle, la contrainte

au mariage d'enfants ou le refus d'accès à l'information et aux services qui leur permettraient de préserver leur santé sexuelle et reproductive. En outre, certains groupes de population sont victimes d'exclusion et de discrimination quant à l'exercice des droits humains en rapport avec leur santé et leur bien-être sexuels et reproductifs. Les INDH, grâce à leur travail de surveillance et d'enquête, peuvent jouer un rôle essentiel en faisant remonter ces réalités à la surface tout en exposant les défaillances des politiques et les lacunes des acteurs publics et privés en matière de respect des droits et d'exercice effectif de leurs responsabilités.

Toutefois, à ce jour, les institutions nationales des droits humains ne possèdent qu'une expérience limitée dans la réalisation d'examens et d'enquêtes sur les droits humains dans le domaine de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs. La Commission kényane des droits humains, qui a mené une enquête particulière à ce sujet en 2011, constitue un exemple notable et un modèle utile dont il convient de s'inspirer. S'appuyant sur cette expérience pionnière, les INDH ont pris des engagements forts. Les INDH participant à la onzième Conférence internationale du Comité international de coordination des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits humains (Amman, Jordanie, novembre 2012) se sont engagées à « protéger et promouvoir les droits reproductifs sans aucune discrimination ». Elles se sont également engagées à « participer à la compilation de preuves (par exemple, données, enquêtes, recherches) concernant l'exercice des droits reproductifs et du droit à la santé sexuelle et reproductive ».

L'UNFPA a conçu cet outil d'orientation pour appuyer ces engagements. L'objectif est de doter les institutions nationales des droits humains des outils méthodologiques nécessaires d'une part pour remplir leur mandat de surveillance des droits humains en matière de santé sexuelle et reproductive, et d'autre part pour intensifier, sur la base de preuves et de leurs conclusions, les efforts de plaidoyer visant à promouvoir les processus nationaux de dialogue et d'avancement des politiques.

AVANT-PROPOS

Les objectifs de la note d'orientation

Les institutions nationales des droits humains sont essentielles à la promotion et à la protection des droits humains dans leurs pays respectifs. Pourtant, dans la pratique, de nombreuses INDH n'abordent pas les préoccupations liées à la santé sexuelle et reproductive ou ne le font que partiellement. Une enquête mondiale réalisée conjointement par l'UNFPA et l'Institut danois des droits humains, ainsi qu'une enquête régionale menée par le Forum Asie-Pacifique, ont révélé que le niveau de connaissance et de compréhension de la dimension des droits humains en matière de santé et de bien-être sexuels et reproductifs au sein des INDH est généralement médiocre ou, au mieux, fragmentaire. Souvent, lorsque la question de ces droits est abordée, l'accent est mis sur un problème particulier, notamment la stérilisation forcée ou la violence sexuelle, tandis que les problèmes plus généraux relatifs au pays sont tout simplement ignorés. Il arrive également que les systèmes de suivi des droits humains gérés par certaines INDH manquent de procédures adéquates nécessaires pour permettre une surveillance efficace des violations des droits de l'Homme dans le contexte de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs. Le cadre conceptuel et méthodologique fourni ici est conçu pour aider à combler cette lacune afin de soutenir les objectifs suivants :

- Aider les INDH à concevoir des systèmes d'information plus complets sur les droits humains dans le contexte de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs ;
- Garantir une approche normalisée de l'examen des violations des droits humains dans le contexte de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs, de manière à assurer la comparabilité des données et des informations entre les pays et au sein de ces derniers ; et
- Fournir des orientations méthodologiques particulières pour la réalisation d'analyses par pays ainsi que d'enquêtes nationales sur les droits humains dans le contexte de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs.

Ces objectifs sont conformes à l'engagement pris par les INDH lors de la Conférence internationale d'Amman en 2012 « de participer à la compilation de preuves (par exemple, données, enquêtes, recherches) concernant l'exercice des droits reproductifs et du droit à la santé reproductive ». Cela inclut,

mais sans s'y limiter, « des cas de discrimination de jure et de facto en matière d'accès aux services et d'information sur les soins de santé sexuelle et reproductive, des stérilisations forcées, des avortements forcés, des mariages d'enfants, des mariages forcés, des mutilations/excisions génitales féminines, une sélection des sexes subjective et d'autres pratiques néfastes » (Déclaration d'Amman, paragraphe 26).

Selon les Principes de Paris, l'ensemble des normes internationales approuvées par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993, qui encadrent et guident le travail des INDH, la coopération des ces dernières avec les Nations Unies et ses différentes agences, les institutions régionales et les autres INDH, représente un aspect fondamental de leur travail. À cette fin, les INDH présentes à la conférence d'Amman se sont engagées à « nouer des partenariats stratégiques avec des entités des Nations Unies telles qu'ONU Femmes, le PNUD, l'UNICEF, l'UNFPA et le HCDH afin de renforcer leur coopération ainsi que leurs capacités à promouvoir et à protéger plus efficacement les droits humains des femmes et des filles » (Déclaration d'Amman, paragraphe 11). Les Nations Unies se sont engagées à travailler dans un cadre fondé sur les droits humains. Ce travail implique le renforcement des capacités nationales pour la promotion et la protection des droits humains, ce qui fait des INDH des partenaires stratégiques (à ce jour, les Nations Unies ont fourni une assistance à plus de 60 INDH).

Cette note d'orientation aidera également les Bureaux de pays de l'UNFPA à mieux collaborer avec les INDH lorsqu'ils surveillent et examinent les droits humains dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive. En outre, un engagement plus systématique des INDH dans la surveillance et l'examen des droits dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive contribuera à mettre en place une base d'informations indispensable pour les mécanismes internationaux de protection des droits humains et pour l'analyse factuelle des tendances régionales et mondiales en la matière.

Le chapitre I commence par la clarification de la nature et la portée des droits humains par rapport à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs. Le chapitre II présente ensuite un cadre pour la surveillance de certaines violations de ces droits, y compris une méthodologie étape par étape permettant de

réaliser des enquêtes nationales et des examens par pays, ainsi que des informations sur les obligations des États, l'examen de la conformité des États et certains indicateurs pertinents. Le chapitre III aborde les principaux problèmes relevant des droits humains ainsi que de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs. Le chapitre IV illustre la manière dont les étapes décrites dans le Guide peuvent être concrétisées en actions et la valeur que cela apporte aux efforts visant à faire progresser les droits et la santé sexuels et reproductifs en présentant des études de cas des Philippines, du Malawi, du Salvador, de l'Azerbaïdjan et du Guatemala.

Le principal objectif de ce document est de guider les INDH lors de la réalisation d'enquêtes nationales. Une enquête nationale permet à une institution d'examiner l'état des problèmes relevant des droits humains de manière plus complète et, par la suite, de formuler des recommandations appropriées destinées aux diverses parties prenantes, y compris des recours pour les victimes. Une enquête nationale remplit également la fonction importante de sensibiliser le public ainsi que de fournir des informations sur les droits humains en général, et plus particulièrement sur les problèmes pris en compte. En fait, en menant une enquête nationale, une INDH exerce nombre de ses pouvoirs et remplit nombre de ses fonctions. Tous les documents sont conçus de façon à être utilisés et adaptés par les INDH lorsqu'elles mettent en œuvre une série de mandats et de fonctions de surveillance, c'est-à-dire lorsqu'elles réalisent des missions de commissions d'enquête, des enquêtes quasi judiciaires, des enquêtes nationales et des examens par pays, pour des études thématiques et/ou aux fins de recherche.



ENCADRÉ 1. LA DÉCLARATION D'AMMAN ET LE PROGRAMME D'ACTION

L'engagement des institutions nationales des droits humains en faveur des droits reproductifs est exprimé dans la Déclaration et le Programme d'action d'Amman, approuvés lors de la onzième Conférence internationale du Comité international de coordination (CIC) des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits humains, qui s'est tenue à Amman (Jordanie) du 5 au 7 novembre 2012. La conférence avait pour thème « Les droits humains des femmes et des filles : Promouvoir l'égalité des genres : Le rôle des institutions nationales des droits humains ». Les participants ont réaffirmé que les droits des femmes et des filles sont des droits humains, garantis par tous les traités relatifs aux droits humains.

La Déclaration d'Amman et le Programme d'action comprennent une section d'engagements en faveur de la santé et des droits reproductifs des femmes :

- **Paragraphe 25 :** Protéger et promouvoir les droits reproductifs sans aucune discrimination, en reconnaissant que les droits reproductifs comprennent le droit au meilleur état de santé sexuelle et reproductive possible, le droit à chacun de décider librement et de manière responsable du nombre de ses enfants, de l'espacement et du moment de leurs naissances, ainsi que des questions liées à sa sexualité, mais aussi de disposer d'informations et de moyens nécessaires pour le faire sans discrimination, violence ni coercition, comme le prévoient la Plateforme d'action de Pékin et le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ;
- **Paragraphe 26 :** Favoriser la compilation de preuves et y participer (par exemple, données, enquêtes, recherches) concernant l'exercice des droits reproductifs et du droit à la santé sexuelle et reproductive. Cela inclut, mais sans s'y limiter, des cas de discrimination de jure et de facto en matière d'accès aux services et d'information sur les soins de santé sexuelle et reproductive, des stérilisations forcées, des avortements forcés, des mariages d'enfants, des mariages forcés, des mutilations/excisions génitales féminines, une sélection des sexes subjective et d'autres pratiques néfastes ;

- **Paragraphe 27** : Examiner les lois et les règlements administratifs nationaux liés aux droits reproductifs, notamment ceux qui régissent la santé familiale, sexuelle et reproductive, y compris les lois discriminatoires ou criminalisant l'accès aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, et formuler des recommandations afin d'aider les États à respecter leurs obligations relatives aux droits humains ; et
- **Paragraphe 28** : Promouvoir des mesures visant à garantir l'accès à l'information et aux services complets en matière de santé sexuelle et reproductive, mais aussi éliminer les obstacles qui entravent cet accès, et soutenir la mise en place de mécanismes de redevabilité en vue de l'application effective des lois ainsi que de la mise à disposition de recours en cas de violation des obligations.
- En outre, la Déclaration d'Amman et le Programme d'action contiennent les grands principes et domaines de travail suivants pour les INDH en ce qui concerne les droits reproductifs :
- **Principe 4** : Répondre aux allégations de violations des droits humains des femmes et des filles, y compris... les violations des droits reproductifs, mener des enquêtes et des investigations sur ces allégations... Ces enquêtes et ces rapports devraient déboucher sur des recommandations à l'intention de l'État afin qu'il respecte ses obligations de garantir les droits humains des femmes et des filles de même que de lutter contre l'impunité ;
- **Principe 9** : Surveiller et encourager la mise en œuvre des... résolutions des organes intergouvernementaux des Nations Unies, notamment l'Assemblée générale, le Conseil des droits de l'Homme, la Commission de la condition de la femme (CSW) et la Commission de la population et du développement (CPD) ;
- **Principe 11** : Établir des partenariats stratégiques avec des agences des Nations Unies telles qu'ONU Femmes, le PNUD, l'UNICEF, l'UNFPA et le HCDH afin de renforcer la coopération avec les INDH et leurs capacités à promouvoir et à protéger plus efficacement les droits humains des femmes et des filles ; et
- **Principe 16** : Prioriser et promouvoir les droits humains des femmes et des filles ainsi que l'égalité entre les sexes en s'engageant auprès de tous les mécanismes internationaux et régionaux de défense des droits humains et en participant aux processus mondiaux notamment... l'enquête mondiale de la CIPD au-delà de 2014.

Afin de respecter ce dernier principe, les INDH se sont engagées activement dans les différentes étapes de l'enquête mondiale de la CIPD au-delà de 2014, notamment en participant à la Conférence internationale sur les droits humains qui s'est déroulée aux Pays-Bas en juillet 2013. Faisant écho aux engagements pris par les INDH lors de la conférence d'Amman en 2012, la Conférence sur les droits humains de la CIPD a recommandé le renforcement des INDH et des médiateurs afin qu'ils puissent enquêter de manière générale sur les problèmes relevant des droits sexuels et reproductifs, notamment en enquêtant par rapport aux plaintes individuelles, en formulant des recommandations directement aux gouvernements sur les violations présumées des droits humains et en examinant les lois ainsi que les politiques nationales relatives aux droits sexuels et reproductifs, y compris celles qui sont discriminatoires ou qui criminalisent l'accès à l'information, à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le **Programme de développement durable à l'horizon 2030, contenant les Objectifs de développement durable (ODD)**, est le pivot du programme de développement mondial.

Ces objectifs sont conçus pour « ne laisser personne pour compte » et sont fondés sur les principes des droits humains, notamment la redevabilité, la participation et la non-discrimination. Ils comprennent d'importants engagements nécessaires au développement durable relatif à la santé sexuelle et reproductive, qui sont également conformes aux obligations des États en matière de droits de l'Homme. Dans les ODD, les États se sont engagés, par exemple, à :

- Garantir l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux droits reproductifs, comme convenu conformément au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et au Programme d'action de Pékin, de même qu'aux documents finaux de leurs conférences d'examen. (Cible 5.6.)
- D'ici à 2030, garantir l'accès universel aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux (cible 3.7)
- **Mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles partout dans le monde (cible 5.1)**
- Éliminer toutes les formes de violence à l'encontre des femmes et des filles dans les sphères publiques et privées, y compris la traite des êtres humains et l'exploitation sexuelle et autre (cible 5.2).
- Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, notamment les mariages d'enfants, les mariages précoces et forcés ainsi que les mutilations génitales féminines (cible 5.3)
- D'ici à 2030, ramener le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes (cible 3.1)
- D'ici à 2030, mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles (cible 3.3)
- **Assurer l'égalité des chances et réduire les inégalités des effets, notamment en éliminant les lois, les politiques et les pratiques discriminatoires, de même qu'en promouvant une législation, des politiques et des actions appropriées à cet égard (cible 10.3)**
- **Renforcer les institutions nationales compétentes, y compris par le biais de la coopération internationale, pour accroître les capacités à tous les échelons, en particulier dans les pays en développement, afin de prévenir la violence et de lutter contre le terrorisme ainsi que la criminalité (cible 16a)**

Les INDH peuvent jouer un rôle clé dans la mise en œuvre des ODD et sont au cœur du cadre de redevabilité du Programme. Par exemple, la surveillance continue des droits humains par les INDH présente un intérêt immédiat pour les objectifs et les cibles particuliers, notamment ceux mentionnés ci-dessus, ainsi que pour l'objectif 16 sur la paix, la justice et les institutions durables ; la cible 4.7 sur l'éducation aux droits humains, et les cibles 5.c, 10.3 et 16.b sur l'élimination de la législation discriminatoire, ce qui inclurait la législation discriminatoire liée aux DSSR.



CHAPITRE 1

Contexte de la nature et de la portée des droits et de la santé sexuels et reproductifs

A LES TRAITÉS DES NATIONS UNIES RELATIFS AUX DROITS HUMAINS

En 1994, des États du monde entier se sont réunis au Caire (Égypte), sous les auspices des Nations Unies, à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). Lors de cette réunion, 179 pays ont convenu que la population, le développement et les droits humains étaient inextricablement liés et que l'autonomisation des femmes ainsi que la satisfaction des besoins des populations en matière d'éducation et de santé, y compris de santé reproductive, étaient les éléments essentiels d'un développement centré sur les personnes. Ils ont en outre reconnu que les droits reproductifs sont des droits humains et en ont donné la définition suivante :

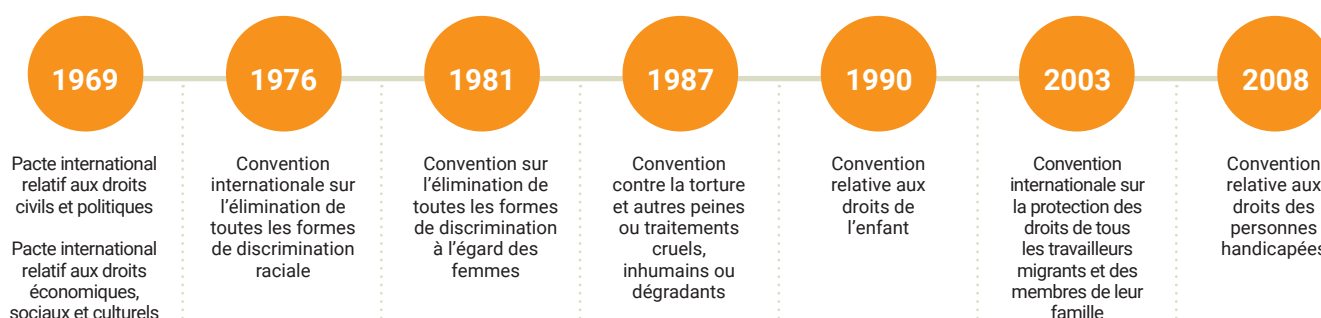
CONSEIL

Les droits reproductifs englobent certains droits humains déjà reconnus dans les législations nationales, les documents internationaux relatifs aux droits humains et autres documents de consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de tous les particuliers de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir, de l'espacement et du moment de leurs naissances, mais aussi de disposer d'informations et de moyens nécessaires à cet effet, de même que du droit de jouir du meilleur état de santé possible en matière de sexualité et de reproduction ; ils comprennent également le droit de prendre des décisions en matière de reproduction à l'abri de la discrimination, de la coercition et de la violence (Programme d'action de la CIPD, para 7.3).

Après la CIPD, la Plateforme d'action de Pékin de 1995² a élargi ces définitions en affirmant, au paragraphe 96, le droit d'exercer un contrôle sur sa sexualité et de prendre des décisions à ce sujet, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive, sans être soumis à la coercition, à la discrimination, ni à la violence. Cette affirmation a depuis été réitérée dans un certain nombre de documents des Nations Unies³, notamment dans les effets de divers processus de surveillance et d'examen du Programme d'action de la CIPD et de la Plateforme d'action de Pékin.

En faisant référence à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux droits reproductifs, le Programme d'action de la CIPD précise qu'il ne crée pas de nouveaux ensembles de droits. Il englobe plutôt **les droits et les libertés** « reconnus dans les législations nationales, les documents internationaux relatifs aux droits humains et d'autres déclarations consensuelles » pertinents dans le contexte de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs.

Les normes en matière de droits humains relatives à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs figurent dans les traités internationaux sur les droits humains suivants :



Chacun de ces grands traités des Nations Unies relatifs aux droits humains est doté d'un comité composé d'experts responsables de surveiller et d'orienter les États parties afin d'assurer leur conformité avec ces instruments. Parmi leurs nombreuses fonctions, les organes de surveillance des traités publient **des observations et des recommandations générales** pour clarifier le contenu d'un droit donné ainsi que la nature des obligations des États par rapport à ce droit, y compris les mesures que tous les pays devraient prendre pour garantir la réalisation de droits ou le traitement des questions spécifiques couverts par le traité. En 2016, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a publié son Observation générale n° 22 qui porte exclusivement sur la santé sexuelle et reproductive.

Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et reproductive ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 7 mars 2016

L'observation générale souligne que le droit à la santé sexuelle et reproductive fait partie intégrante du droit général à la santé et qu'il est fondamentalement lié à la jouissance de nombreux autres droits humains, notamment les droits à l'éducation, au travail et à l'égalité, ainsi que les droits à la vie, à la vie privée, à l'absence de torture et à l'autonomie individuelle. Elle expose en détail les obligations des États dans trois domaines :

- L'obligation d'abroger et d'éliminer les lois, les politiques et les pratiques qui criminalisent, entravent ou compromettent l'accès d'un particulier ou d'un groupe précis aux installations, aux services, aux biens et à l'information en matière de santé ;
- L'obligation d'assurer l'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, y compris les soins de santé maternelle, l'information et les services en matière de contraception, l'avortement sans danger, la prévention, le diagnostic ainsi que le traitement de la stérilité, des cancers de la reproduction, des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida.
- L'obligation de veiller à ce que tous aient accès à une éducation et à des informations complètes, non discriminatoires, fondées sur des données probantes et tenant compte de l'évolution des capacités des enfants ainsi que des adolescents.

L'observation générale souligne que ces questions sont indispensables au droit des femmes à prendre des décisions significatives et autonomes concernant leur vie ainsi que leur santé ; elle met en évidence le rôle des stéréotypes fondés sur le genre dans l'aggravation des violations de leurs droits. Elle accorde également une attention particulière à d'autres groupes d'individus susceptibles de faire face aux difficultés spécifiques ainsi qu'aux formes multiples de discrimination, notamment les personnes handicapées, les adolescents et les lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués.⁴

Les organes de surveillance des traités des Nations Unies et d'autres organes et mécanismes internationaux et régionaux de défense des droits humains interprètent les droits prévus par leurs traités respectifs, la manière dont ils se rapportent à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs et la manière dont ils devraient être appliqués sur le terrain. L'Examen périodique universel (EPU) du Conseil des droits de l'Homme offre un mécanisme novateur d'examen volontaire par les pairs entre les pays, lequel s'est avéré efficace pour examiner les droits humains entre les États membres et faire progresser l'universalité de la couverture et l'égalité de traitement. En examinant tous les cas relatifs aux droits humains, il offre un mécanisme unique de redevabilité en matière de droits humains et, à ce titre, protège également les droits reproductifs. Deux cycles d'examen entre 2008 et 2017 ont montré qu'un quart de toutes les recommandations de l'EPU concernaient les DSSR et l'égalité entre les sexes, et que près de 90 % des États membres ont pris des mesures concernant au moins la moitié des recommandations acceptées en matière de DSSR.⁵

Le tableau 1 illustre la manière dont les droits humains existants sont liés au bien-être et à la dignité sexuels et reproductifs de toutes les personnes.

D'autres droits civils et politiques, notamment le droit de participer aux affaires publiques, la liberté d'expression, la liberté de réunion et le droit d'association, contribuent à l'accomplissement de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs. C'est notamment le cas des personnes dont la santé et le bien-être sexuels et reproductifs sont les plus menacés, comme les adolescentes, les femmes stigmatisées ou privées de leurs droits, ainsi que les autres personnes faisant partie des populations marginalisées et exclues. Ces droits créent un environnement favorable qui permet aux particuliers ainsi qu'aux groupes de revendiquer leurs droits et offrent des protections particulières permettant aux défenseurs des droits humains d'agir dans des conditions sûres.

En outre, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits reproductifs sont essentiels à la réalisation d'un large éventail d'autres droits fondamentaux, notamment le droit au travail, à l'éducation et à un niveau de vie adéquat. Ces droits ne peuvent être protégés sans que les adultes et les adolescents puissent déterminer à quel moment ils veulent avoir des enfants, et s'ils en veulent, mais aussi contrôler leur corps ainsi que leur sexualité, accéder à l'information et aux services essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive, de même que vivre à l'abri de la violence. Cela n'est possible que si les femmes ainsi que les filles ont le droit d'accéder à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive leur permettant de prendre des décisions éclairées sur leurs droits.

Tableau 1. Les droits humains et les obligations indicatives des États en matière de santé sexuelle et reproductive
(comme énoncés dans les normes relatives aux droits humains et par les organes de traités des Nations Unies)

<p>Le droit à la vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles par des programmes de maternité sans danger ; ● Garantir l'accès aux services d'avortement sans danger, au moins lorsque la vie et la santé de la femme enceinte sont à risque, de même qu'en cas de viol et de grave malformation foetale. 	<p>Le droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Veiller à ce que les adolescents aient accès à toute la gamme de services et d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive ; ● Veiller à ce que les services de santé reproductive soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (encadré 2). 	<p>Le droit à l'éducation et à l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Veiller à ce que les programmes scolaires comprennent une éducation complète à la sexualité, non discriminatoire et fondée sur des données probantes ; ● Veiller à ce que les campagnes d'éducation publique sur la prévention de la transmission du VIH soient précises.
<p>Le droit à l'égalité et à la non-discrimination</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interdire toute forme de discrimination dans l'accès aux soins de santé fondée sur le sexe, l'âge, le handicap, la race, la religion, la nationalité, la situation économique, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'état de santé, y compris le VIH, etc. ; ● Ne pas refuser l'accès aux services de santé dont seules les femmes ont besoin 	<p>Le droit de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Garantir l'accès à une gamme complète de moyens de contraception modernes ; ● Veiller à ce que les femmes reçoivent des informations complètes et précises en vue d'assurer un consentement éclairé aux moyens de contraception, y compris la stérilisation. 	<p>Le droit à la vie privée</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Garantir le droit à l'autonomie corporelle et à la prise de décision concernant les problèmes de santé sexuelle et reproductive ; ● Garantir la confidentialité et le respect de la vie privée en ce qui concerne l'information relative aux soins de santé des patients, y compris en interdisant le consentement d'un tiers, notamment le conjoint ou les parents, aux services en matière de santé sexuelle et reproductive.
<p>Le droit de consentir au mariage et l'égalité dans le mariage</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interdire et punir les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés ; ● Fixer l'âge limite du mariage à 18 ans, pour les garçons comme pour les filles. 	<p>Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Garantir l'accès à la contraception d'urgence, notamment en cas de viol ; ● Garantir l'accès à l'interruption de grossesse lorsque la vie ou la santé de la femme est en danger, en cas de viol et de malformation foetale mortelle. 	<p>Le droit de ne pas être soumis aux pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interdire et punir toutes les formes de mutilations génitales féminines (MGF).
<p>Le droit de ne pas subir de violences sexuelles et basées sur le genre</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Veiller à ce que la violence basée sur le genre, y compris la violence domestique et la violence entre partenaires intimes, soit effectivement interdite et punie dans la législation et dans la pratique ; ● Interdire et punir toutes les formes de viol, en temps de paix et en période de conflit, y compris le viol conjugal ; ● Interdire et punir toute forme de violence perpétrée en raison de l'orientation sexuelle. 	<p>Le droit à un recours effectif</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Veiller à ce que des mécanismes efficaces soient en place pour permettre aux femmes de se plaindre de violations de leur santé sexuelle et reproductive ainsi que de leurs droits reproductifs ; ● Garantir aux femmes qui n'ont pas les moyens de s'offrir les services d'un avocat l'accès à un conseil efficace. 	

B APPLIQUER LES NORMES ET LES PRINCIPES DES DROITS HUMAINS AU DÉVELOPPEMENT

La mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes visant à contribuer à la réalisation des droits et de la santé sexuels et reproductifs doit être fondée sur les normes et les principes des droits humains.

La mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes visant à contribuer à la réalisation des droits et de la santé sexuels et reproductifs doit être fondée sur les normes et les principes des droits humains.

Pour faciliter la consultation, les organes de surveillance des traités des Nations Unies ont regroupé les normes relatives aux droits humains applicables dans le domaine du droit à la santé sexuelle

et reproductive selon quatre caractéristiques, communément appelées le cadre « DAAQ », qui disposent que l'information, les biens et les services en matière de santé sexuelle et reproductive doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (encadré 2)⁴. Ces caractéristiques constituent un ensemble normatif et objectif de critères permettant d'appliquer les normes en matière de droits humains à la formulation et à la surveillance des résultats des politiques.

ENCADRÉ 2. DISPONIBLES, ACCESSIBLES, ACCEPTABLES ET DE BONNE QUALITÉ

Les États doivent veiller à ce que les informations, les biens et les services en matière de santé reproductive soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (DAAQ).

DISPONIBILITÉ : les États doivent veiller à la disponibilité en nombre suffisant d'installations, de services, de biens et de programmes de santé opérationnels pour desservir la population, y compris les médicaments essentiels tels que définis par la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, qui comprend un large éventail de moyens de contraception, notamment les préservatifs et la contraception d'urgence.

DISPONIBILITÉ : les États doivent veiller à la disponibilité en nombre suffisant d'installations, de services, de biens et de programmes de santé opérationnels pour desservir la population, y compris les médicaments essentiels tels que définis par la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, qui comprend un large éventail de moyens de contraception, notamment les préservatifs et la contraception d'urgence.

ACCESSIBILITÉ : les États doivent veiller à ce que les établissements et les services de santé soient accessibles à tous, sans discrimination et sans barrière. Il s'agit de :

L'accessibilité physique : dans un rayon géographique sûr et raisonnable pour toutes les couches de la population, et un accès adéquat aux bâtiments pour les personnes handicapées.

L'accessibilité économique : ils doivent être abordables pour tous, qu'il s'agisse de services fournis par le secteur public ou privé. L'aide au paiement doit être basée sur le principe d'équité afin de garantir que les familles et les personnes démunies n'aient pas à supporter une charge disproportionnée des coûts de santé

L'accessibilité aux informations : les particuliers et les groupes doivent pouvoir rechercher, recevoir et diffuser des informations et des idées concernant les problèmes de santé reproductive.

ACCEPTABILITÉ : l'ensemble des équipements, des biens, des informations et des services en lien avec la santé sexuelle et reproductive doivent respecter la culture des particuliers, des minorités, des peuples ainsi que des communautés, et tenir compte du sexe, de l'âge, du handicap, de la diversité sexuelle de même que des exigences liées au cycle de vie.

QUALITÉ : les soins de santé reproductive doivent être de bonne qualité, à savoir qu'ils doivent être scientifiquement et médicalement appropriés, ce qui nécessite un personnel médical qualifié (formé) ainsi que des médicaments et du matériel scientifiquement validés qui ne soient pas dépassés.

Outre le cadre de DAAQ, les traités relatifs aux droits humains sont étayés par un ensemble de principes fondamentaux qui guident tous les secteurs⁵ du développement, y compris les politiques et les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive. Il s'agit notamment des principes d'égalité et de non-discrimination, de participation et de redevabilité.

1 Les principes de non-discrimination et d'égalité

Les populations marginalisées sont souvent mal desservies. Elles peuvent se heurter à des obstacles majeurs à la réalisation de leurs droits relatifs à leur santé sexuelle et reproductive ainsi que de leurs droits reproductifs, ce qui influe sur leur santé. Par exemple, il se peut que l'accès à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive soit grandement indisponible pour ces populations ou de qualité inférieure en raison de facteurs tels que les barrières physiques ou géographiques, l'absence ou l'inexactitude des informations, voire l'incomplétude ou l'inaccessibilité de ces dernières, de même que les pratiques discriminatoires.⁶ Les femmes autochtones, les femmes faisant partie des groupes minoritaires, les femmes handicapées et les femmes séropositives, ainsi que les personnes transgenres, par exemple, ont fait l'objet d'une stérilisation forcée et contrainte.⁷ Dans certaines régions du monde, les travailleurs du sexe peuvent être arrêtés parce qu'ils portent un préservatif, au motif qu'il s'agit d'une preuve de l'intention de se livrer à une activité sexuelle illégale.⁸ Ces pratiques reflètent diverses formes de discrimination, violent les droits à la vie privée et à la santé, ainsi que le droit de déterminer le nombre d'enfants, l'espacement et le moment de leur naissance. En outre, elles violent également le droit de ne pas se soumettre aux traitements inhumains et dégradants et peuvent constituer des formes de violence à l'encontre des femmes.⁹

Le droit international des droits humains exige qu'une attention particulière soit accordée aux populations vivant en situation de marginalisation et de désavantage dans les politiques, les programmes, les budgets et la prestation de services, de même que dans d'autres mesures d'autonomisation qui visent à promouvoir leur participation active aux affaires publiques et processus de développement les concernant.¹⁰

2 Le principe de participation

À tous les stades de la prise de décision, il est essentiel de garantir la participation active des acteurs de la société civile, des participants individuels ainsi que d'autres parties prenantes clés à l'élaboration et à la surveillance des lois et des politiques, y compris des budgets et de l'utilisation

des fonds publics. Les voix des parties prenantes sont également importantes pour la redevabilité. La participation des populations les plus touchées et de celles qui se heurtent aux barrières importantes dans l'accès aux services de santé reproductive permet de s'assurer que leurs besoins et leurs priorités sont dûment pris en compte dans l'amélioration des lois et des politiques pertinentes ainsi que dans la prestation des services. Le droit international des droits humains exige des États qu'ils garantissent des processus efficaces de redevabilité et de participation, notamment en matière de surveillance et d'évaluation, ainsi que la disponibilité de recours efficaces. Cette exigence impose la participation d'un large éventail de parties prenantes à l'élaboration et à la mise en œuvre des lois, des politiques et des programmes.¹¹

3 Le principe de redevabilité

Lorsque les droits humains ont été violés bafoués dans le cadre des services, de l'information ou de l'expression en matière de santé sexuelle et reproductive, les États ont l'obligation de surveiller et d'examiner la mise en œuvre des lois, des programmes et des politiques connexes, mais aussi de mettre en place les recours appropriés. Sur le plan national, cette obligation implique un certain nombre d'actions, notamment :

- veiller à la mise en place d'institutions nationales des droits humains efficaces et indépendantes ;
- fournir l'accès aux informations sur les mécanismes de redevabilité ;
- mettre en place des mécanismes efficaces de surveillance et d'examen, concevoir des indicateurs fondés sur les droits et collecter des données ventilées ;
- renforcer les systèmes d'enregistrement des naissances et des décès (y compris les décès maternels) ;
- proposer des recours judiciaires et non judiciaires ;
- enquêter sur les violations, les sanctionner et accorder des réparations ;
- prévoir un accès à l'aide juridique et lever les barrières aux systèmes de justice et de réparation.

Ces mesures, ainsi que d'autres, favorisent le respect du principe de redevabilité.

C LE DEVOIR DE L'ÉTAT DE RESPECTER, DE PROTÉGER ET DE METTRE EN ŒUVRE LES DROITS HUMAINS

Un État a l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits humains. Ces obligations comprennent des mesures proactives qu'il doit prendre dans tous les domaines des droits humains, y compris les droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs.

L'OBLIGATION DE RESPECTER exige des États qu'ils s'abstiennent de porter atteinte directement ou indirectement à la jouissance des droits humains. Par exemple, en matière de santé sexuelle et reproductive, les États ont l'obligation, en vertu du droit international, de s'abstenir de limiter l'accès aux contraceptifs et de retenir, de censurer ou de déformer les informations relatives à la santé sexuelle.

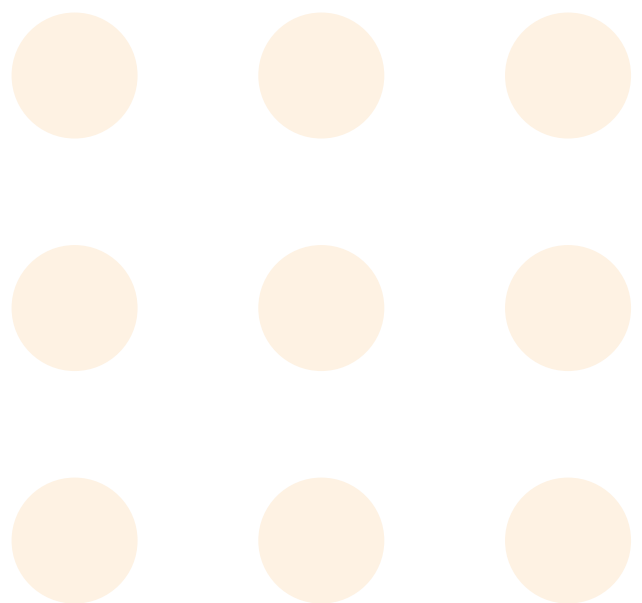
L'OBLIGATION DE PROTÉGER exige des États qu'ils empêchent les tiers d'entraver la réalisation de ces droits. En matière de santé sexuelle et reproductive, il s'agirait, par exemple, d'enquêter sur les pratiques des prestataires de soins de santé et autres qui violent les droits humains, notamment la stérilisation ou l'avortement forcés, et de les sanctionner.

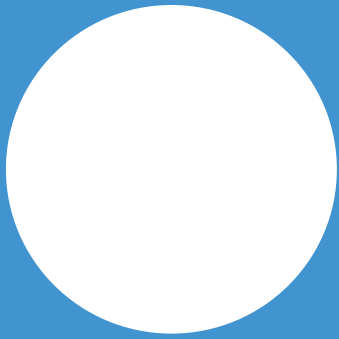
L'OBLIGATION DE METTRE EN ŒUVRE exige des États qu'ils adoptent les mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et autres appropriées pour permettre la pleine jouissance des droits, y compris ceux liés à la santé sexuelle et reproductive. Les États doivent, par exemple, mettre à disposition des soins de santé sexuelle et reproductive et adopter une politique nationale et/ou un plan national en matière de santé connexes, couvrant à la fois les secteurs public et privé. L'État doit prendre des mesures actives pour offrir des services de santé reproductive, y compris des services de contraception, et les fournir d'une manière qui respecte la dignité, le choix et l'autonomie des femmes.

En vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les États sont tenus de prendre des mesures « en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus [dans le Pacte] », notamment le droit à la santé. C'est ce qu'on appelle l'obligation de réalisation progressive. Elle reconnaît qu'il est possible que la pleine réalisation des droits économiques, sociaux et culturels ne soit pas atteinte en peu de temps ou en raison de contraintes budgétaires. Cependant, ces circonstances ne rendent pas ces droits vides de sens. Au contraire, les États doivent prendre des mesures actives en vue de la réalisation de ces droits et s'abstenir de revenir sur les mesures déjà prises. En outre, les mesures prises pour atteindre cet objectif doivent être délibérées, concrètes et ciblées aussi clairement que possible, en utilisant tous les moyens appropriés, y compris l'adoption de mesures législatives et la mise en œuvre de stratégies nationales assorties d'objectifs clairs, de critères de référence, de dotations budgétaires et d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis en fonction des ressources disponibles.

Quelles que soient ces ressources, les États ont certaines obligations relatives aux droits économiques, sociaux et culturels qui doivent être exécutées sans délai. L'adoption de dispositions antidiscriminatoires et l'établissement de droits exécutoires connexes, assortis de recours judiciaires au sein des systèmes juridiques nationaux, n'en sont que deux exemples.

Les institutions nationales des droits humains étudient de plus en plus les moyens de surveiller la réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels à l'aide d'indicateurs statistiques en vue d'examiner les efforts juridiques et politiques ainsi que les budgets publics.¹²





CHAPITRE 2

Réalisation d'examens par pays et d'enquêtes nationales

Les examens par pays et les enquêtes nationales font partie de la panoplie d'initiatives que les INDH peuvent utiliser dans leur pays pour surveiller le respect des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs. Ces deux outils peuvent fournir des informations de base et des cadres méthodologiques que les institutions peuvent utiliser lorsqu'elles mettent en place des mécanismes plus permanents pour surveiller de manière continue le respect des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs

A DÉFINITION DES TERMES

Dans le cadre de la présente note d'orientation, un **examen par pays** désigne un examen systématique des informations et des données compilées à partir de diverses sources existantes, permettant de déterminer et de comprendre les principaux problèmes du pays en matière de droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs, ainsi que les efforts (ou le manque d'efforts) déployés par l'État, en tant que principal débiteur d'obligations, de même que par d'autres acteurs paraétatiques, pour aborder ces problèmes. L'examen par pays constitue une base solide sur laquelle il convient d'établir un cadre de promotion et de surveillance de la mise en œuvre des droits de l'Homme. L'examen par pays peut être utilisé seul pour déterminer les défis et les domaines nécessitant une amélioration ou servir de première étape dans l'élaboration d'une enquête nationale. Il explore la mesure dans laquelle les droits sont réalisés et les obligations respectées. À ce titre, il suit les principes clés des droits humains (c'est-à-dire la non-discrimination et l'égalité, la participation et la redevabilité) tels que décrits dans la section précédente.

La réalisation d'un examen par pays ne doit pas être conçue comme un exercice technocratique en vase clos, mais plutôt comme une occasion d'établir des partenariats avec divers groupes de population, en particulier ceux qui sont le plus souvent négligés, notamment les organisations de jeunes, les associations de travailleurs du sexe, les associations professionnelles de prestataires de services et de sages-femmes, entre autres. Leur implication dans le processus permettra non seulement de garantir un examen par pays soutenu qui tient

compte des besoins des personnes et des groupes directement concernés, mais aussi de leur donner les moyens d'influencer le dialogue politique national, contribuant ainsi à construire une société plus inclusive et plus démocratique.

CONSEIL

L'examen par pays consiste généralement en un examen sur dossier/une étude bibliographique des données et des informations existantes. Elle permet d'établir une base de référence pour comprendre les enjeux et peut contribuer à orienter l'enquête nationale. Un examen est réalisé avant ou pendant une enquête nationale. Ses conclusions peuvent également être publiées indépendamment de l'enquête nationale et avant qu'elle ne soit entreprise, si le souhait est formulé.

Une **enquête nationale** est une enquête publique et transparente sur un problème systématique lié aux droits de l'Homme, à laquelle sont invités à participer le grand public et des experts (y compris des experts du gouvernement, du monde universitaire, de la société civile ainsi que des membres des communautés concernées). Si les INDH peuvent réaliser différents types d'enquêtes pour remédier aux violations systématiques des droits humains, le présent document se penchera sur une **enquête publique nationale** dont l'objectif est de déterminer les facteurs sous-jacents et fondamentaux des violations des droits humains et de formuler des recommandations en vue d'un changement positif. Les enquêtes nationales englobent un grand nombre des fonctions assumées par les INDH et sont soutenues par les pouvoirs conférés à ces institutions par la loi.¹³

CONSEIL

Les enquêtes nationales impliquent un examen par pays ou sont menées à la suite d'un examen par pays préliminaire, afin de recueillir des preuves supplémentaires par rapport à ce qui a déjà été recueilli lors de la réalisation de l'examen de la situation des droits humains dans le pays. Outre les sources d'information utilisées dans le cadre d'un examen par pays, une enquête nationale recueille les témoignages de victimes, de témoins et d'experts, avec pour but d'enquêter sur les schémas systémiques de violations des droits humains et formuler des conclusions ainsi que des recommandations.¹⁴

Les enquêtes nationales ne doivent pas se substituer au rôle du pouvoir judiciaire et des autres organes responsables de l'application de la loi.¹⁵ Leurs recommandations peuvent avoir une grande portée et s'adresser à de nombreux services gouvernementaux compétents, au parlement, à la société civile, au monde universitaire, voire au secteur privé et aux personnes qui jouent un rôle significatif au sein de la communauté touchée.¹⁶

Si les recommandations d'une enquête nationale peuvent inclure des recours pour les particuliers, l'objectif principal d'une enquête n'est pas de résoudre les plaintes individuelles, mais de faire des propositions concrètes en vue d'aborder les problèmes systémiques, y compris les lacunes institutionnelles, les échecs des politiques ainsi que les modèles de comportement. En raison de sa nature publique, une enquête nationale présente, expose et explique une situation complexe à la communauté concernée et à la société dans son ensemble, en proposant une analyse fondée sur le droit des droits de l'Homme.

Une enquête publique peut être un outil puissant pour attirer l'attention sur des modèles systémiques de violations des droits de l'Homme, qui ne peuvent être pleinement compris ou abordés par des approches plus conventionnelles, notamment l'examen de plaintes individuelles ou la réalisation d'une surveillance continue des droits de l'Homme. Avant d'ouvrir une enquête nationale, l'INDH doit examiner le choix stratégique d'une telle démarche. Dès le départ, il convient d'établir clairement la valeur ajoutée que procure une enquête nationale.

B MÉTHODOLOGIE : LES CINQ ÉTAPES À SUIVRE POUR RÉALISER UNE ENQUÊTE NATIONALE

Cette section propose essentiellement une description détaillée des principales étapes du processus d'enquêtes nationales, lequel est plus complexe que celui d'un examen par pays. Toutefois, certaines de ces étapes serviront également à la réalisation d'examen par pays.

La méthodologie à suivre pour la réalisation d'enquêtes nationales publiques doit être flexible, en fonction du contexte et des besoins. Elle commence par des considérations préliminaires, qui doivent être abordées avant le début de l'enquête, notamment en ce qui concerne le mandat et le budget de l'INDH. Elle implique l'établissement de principes de base pour l'enquête, notamment la transparence et l'approche concernant la participation. La portée et les objectifs particuliers de l'enquête doivent être clairement définis, de même que sa méthodologie, y compris l'équilibre entre l'étude documentaire et la recherche sur le terrain, les auditions publiques et les contributions écrites.

L'analyse et l'examen des résultats de l'enquête, suivis de la rédaction du rapport ou des rapports et des recommandations, sont des éléments clés du processus. Une stratégie de communication publique doit être conçue et mise en œuvre tout au long du processus d'enquête et même après. Enfin, une stratégie de plaidoyer pour l'adoption et la mise en œuvre des recommandations de l'enquête est d'une

importance capitale. Il peut s'agir d'une action de plaidoyer auprès de particuliers ainsi que de nombreuses parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales.

ÉTAPE 1 Aborder les considérations préliminaires et faire une annonce

L'INDH, en consultation avec les communautés concernées et les autres parties prenantes, doit déterminer l'**objet de l'enquête**. Bien que les étapes proposées ci-dessous s'appliquent à tout problème relevant des droits de l'Homme, ce guide part du principe que l'enquête portera principalement sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits reproductifs.

Comme le souligne le Haut-Commissariat aux droits de l'Homme (HCDH), la décision d'ouvrir une enquête publique doit être fondée sur les étapes suivantes :

Les cinq étapes à suivre pour réaliser une enquête nationale

ÉTAPE 1

Aborder les considérations préliminaires et faire une annonce

- Autorité
- Coût
- Participation

ÉTAPE 2

Mettre en place une commission d'enquête

- Expertise multidisciplinaire

ÉTAPE 3

Concevoir des cadres de surveillance et d'analyse

ÉTAPE 4

Recueillir des informations

- Étude documentaire
- Informations qualitatives
- Forums de parties prenantes
- Recherche sur le terrain
- Audiences publiques
- Contributions écrites du public
- Informations officielles
- Médias

ÉTAPE 5

Veiller à l'efficacité de l'établissement de rapports de l'INDH

- **AUTORITÉ** : elle est établie par la législation d'habilitation de l'INDH, dans laquelle un mandat explicite ou implicite peut être défini pour mener des enquêtes nationales. Bien que ce mandat puisse inclure l'autorité d'enquêter sur un seul incident grave, les mandats des INDH autorisent généralement l'examen de problèmes systémiques ou généraux relevant des droits humains ;
- **COÛT** : les résultats escomptés doivent être proportionnels aux efforts et aux coûts attendus ;
- **PARTICIPATION** : l'implication d'un large éventail de parties prenantes, y compris les communautés et les particuliers concernés, est essentielle au succès d'une enquête.¹⁷

Certaines formalités doivent être respectées pour annoncer publiquement l'ouverture d'une enquête nationale. En fonction des spécificités de l'INDH, ces formalités peuvent consister en la publication d'un communiqué ou d'une déclaration par le responsable de l'INDH, une annonce publique ou toute autre forme appropriée.

ÉTAPE 2

Mettre en place une commission d'enquête

Pour une enquête publique, il convient de créer une **commission d'enquête**. L'INDH peut faire appel à ses propres membres ou aux experts extérieurs. Dans tous les cas, le groupe d'enquête doit comprendre des membres ayant une expertise dans le domaine concerné et une bonne compréhension du mandat ainsi que des limites de l'INDH. Les experts extérieurs, s'ils sont engagés, doivent être perçus par le public ainsi que par les communautés et les personnes concernées comme étant à la fois impartiaux et indépendants.

L'INDH peut également envisager de mettre en place un **groupe consultatif pour la commission**. Le groupe consultatif peut

aider à préparer l'enquête, à interpréter les résultats et à évaluer les recommandations efficaces. Il peut être utile d'inclure dans le groupe consultatif des membres des communautés concernées par l'enquête qui possèdent une expérience directe du problème abordé par l'INDH. Comme le note le HCDH, le rôle de ce groupe est limité : « Il convient d'indiquer clairement au groupe consultatif, s'il en existe un, qu'il est seul responsable du tri et de l'évaluation des preuves [informations] présentées lors de l'enquête et de la préparation du rapport final. Le processus doit être pris en charge par la commission d'enquête et l'INDH, et non par le groupe consultatif. »¹⁸

Il convient de veiller à ce que le groupe consultatif et la commission d'enquête disposent d'une expertise pluridisciplinaire. L'enquête bénéficiera de l'accès aux conseils sur les divers impacts que les lois, les politiques et les pratiques impliquées ont sur l'ensemble des problèmes examinés, notamment en ce qui concerne la santé, les droits de l'Homme, l'économie, la prestation de services, les budgets et même la coopération au développement.

ÉTAPE 3

Concevoir des cadres de surveillance et d'analyse

Cette étape est également importante à la réalisation d'examins par pays.

Quel type d'information est nécessaire et comment sera-t-elle collectée ? Une fois les informations recueillies, comment seront-elles analysées pour en déduire et catégoriser les types de préoccupations ou de violations des droits humains qui se sont produites ? Avant d'entreprendre l'examen et l'enquête, il est important de concevoir des cadres et des méthodologies. Ces cadres aideront à définir l'étendue du problème à étudier, même si de nombreux détails sont inconnus à ce stade.¹⁹

Le processus de conception contribuera également à l'élaboration d'objectifs et d'effets clairs et transparents, lesquels sont essentiels au succès de toute enquête. Ces cadres doivent non seulement prendre en compte les problèmes de fond et les défis à relever, mais aussi les facteurs structurels sous-jacents qui conduisent aux violations potentielles des droits de l'Homme. Un examen de la conformité juridique, politique et budgétaire avec les normes en matière de droits humains est essentiel.

a. Concevoir un cadre de surveillance

Avant de lancer un examen national et/ou une enquête nationale, il convient de concevoir un cadre de surveillance. Ce cadre de surveillance doit comprendre des indicateurs quantitatifs et qualitatifs en rapport avec les droits humains ayant un impact sur la santé et le bien-être sexuels et reproductifs (voir le chapitre ci-dessous). La conception préalable de ce cadre permettra de clarifier le type d'informations à recueillir au cours du processus et la manière dont ces informations seront collectées, par exemple, par le biais d'études documentaires, d'entretiens sur le terrain, d'auditions, etc. selon qu'il s'agit d'un examen ou d'une enquête publique nationale. En outre, étant donné que l'un des participants collectera probablement une grande quantité d'informations dans le cadre de ses recherches, un système bien organisé de gestion de l'information est nécessaire. Le cadre de surveillance pourrait être conçu, par exemple, dans une base de données en vue de classer les informations recueillies.

b. Concevoir un cadre analytique

Une autre étape clé avant de réaliser un examen et/ou une enquête consiste à développer un cadre d'analyse et d'examen. L'examen et l'analyse des informations ainsi que des données qualitatives et quantitatives recueillies sont essentiels pour déterminer si des violations des droits humains ont été commises, ce qui est important pour recommander des mesures à prendre afin de mettre fin aux violations et d'empêcher qu'elles ne se reproduisent à l'avenir. Le cadre analytique doit au moins permettre d'établir les éléments suivants :

- L'ampleur des violations et les groupes particuliers susceptibles d'avoir été touchés ; La classification des problèmes en fonction des dispositions particulières relatives aux droits humains qui sont en cause ;
- L'identité réelle ou présumée des auteurs de ces violations ;
- Les tendances en ce qui concerne la réalisation progressive des droits et la non-régression des droits ;
- Les lacunes dans les données qualitatives et quantitatives permettant de comprendre l'ampleur des problèmes et des violations ;
- La mesure dans laquelle les groupes concernés ont pu participer à l'élaboration des lois, des politiques et des programmes ;
- La mesure dans laquelle les mécanismes de redevabilité ont protégé les droits des personnes lésées et les recours juridiques ont été mis en place ;
- Les entités étatiques responsables, tant sur le plan local que national, de l'élaboration des lois, des politiques, des programmes et des pratiques (y compris la collecte de données et la protection juridique) qui ont contribué aux violations ;
- Les recommandations à ces entités étatiques et aux acteurs paraétatiques permettant d'améliorer les lois, les politiques et les programmes qui mettront fin aux violations et empêcheront qu'elles ne se reproduisent à l'avenir ;
- Les mesures que les organismes internationaux de même que les États et les agences donateurs peuvent prendre pour améliorer la situation.

ÉTAPE 4 Recueillir des informations

Cette étape est également importante à la réalisation des examens par pays.

Les informations doivent être obtenues auprès de l'ensemble des sources, y compris les données quantitatives et qualitatives disponibles, les experts, les organisations non gouvernementales, les fonctionnaires et, surtout, les communautés ainsi que les personnes les plus concernées par le problème. Elles seront recueillies de différentes manières selon qu'il s'agit d'un examen ou d'une enquête publique nationale. Une commission d'enquête aura besoin d'une grande quantité d'informations pour parvenir à une conclusion solide. Il s'agit notamment de comprendre la loi et son application, ainsi que les pratiques susceptibles d'avoir un impact sur les droits de l'Homme.

a. Réaliser une étude documentaire/une étude bibliographique

L'INDH doit s'efforcer d'acquérir une compréhension approfondie du problème avant toute recherche sur le terrain, tout forum de parties prenantes ou toute audition. Les informations obtenues grâce à l'étude documentaire seront utiles au processus d'enquête et permettront également à l'INDH de mieux identifier les parties prenantes à interroger et déterminer les questions à poser ainsi que les aspects sur lesquels se concentrer lors des audiences publiques et de la recherche sur le terrain. L'étude documentaire aidera également l'INDH à organiser des audiences publiques et à rédiger des appels à contributions écrites.

Elle permettra également à l'INDH de déterminer les lacunes en matière de recherche ou de données, ce qui peut constituer un élément important des recommandations et aider également à déterminer l'orientation de l'enquête nationale qui s'ensuivra.

L'étude documentaire doit inclure l'ensemble des informations et des données qualitatives et quantitatives disponibles sur la question. Par exemple, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et l'Organisation mondiale de la Santé sont des sources utiles (encadré 3).²⁰ D'autres sources d'information peuvent provenir de la littérature des revues spécialisées et des recherches utilisant des bases de données relatives aux problèmes de santé sexuelle et reproductive (par exemple, Pub Med à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

L'étude documentaire comprend également un examen approfondi des lois et des politiques pertinentes ainsi que de la ratification par les États des principaux traités des Nations Unies en matière de droits de l'Homme, de même que des engagements pris à l'égard des documents de consensus

régionaux et internationaux, notamment le Programme d'action de la CIPD ou la Plateforme d'action de Pékin. Les lois et les politiques nationales à examiner dépendront du sujet en question. Les protections constitutionnelles ainsi que les lois régissant l'égalité entre les sexes et la non-discrimination devraient toujours être incluses dans l'examen. En outre, le processus peut faire appel à une série de lois et de politiques, en fonction du sujet, notamment les politiques en matière de santé maternelle, les lois relatives à la santé publique, les lois sur la famille, les lois sur l'avortement et les codes pénaux. L'INDH doit collecter autant d'informations, de documents et de connaissances que possible pour garantir le succès de l'enquête.



L'étude documentaire est essentielle pour réaliser un examen national et constitue une base de référence importante pour concevoir le cadre ainsi que pour les sujets à aborder lors d'une enquête nationale publique.

b. Recueillir des informations qualitatives

Les recommandations émises par les organes de surveillance des traités (OST) sur la conformité des États avec un traité particulier sont d'une importance capitale pour comprendre la situation des droits humains dans un pays ainsi que les obligations de l'État. Appelées observations finales, elles peuvent aider les INDH à comprendre dans quelle mesure les États respectent ou non leurs obligations conventionnelles sur un problème particulier. Il est possible de trouver des informations dans les rapports des États ainsi que dans les rapports alternatifs supplémentaires soumis par les ONG aux organes de surveillance des traités. Les informations supplémentaires propres à un pays sont également disponibles dans les différents documents préparés dans le cadre de l'Examen périodique universel, y compris le rapport de l'État, le rapport de compilation des informations des Nations Unies, le rapport de synthèse des parties prenantes, le rapport du groupe de travail de l'EPU et l'effet de l'EPU. Les rapports nationaux des titulaires de mandat au titre des procédures spéciales des Nations Unies peuvent également fournir des informations et des recommandations précieuses sur les problèmes relevant des droits de l'Homme en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs.

Les agences des Nations Unies notamment le HCDH, l'UNFPA, ONU Femmes, l'UNICEF et le PNUD, entre autres, possèdent des sources importantes d'informations propres à un pays ou à un problème.

LE HAUT-COMMISSARIAT AUX DROITS HUMAINS fournit un certain nombre de ressources en ligne précieuses :

Informations sur les organes des droits humains
<https://www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms>

ENCADRÉ 3. LA COMMISSION NATIONALE DES DROITS HUMAINS DU KENYA

Le rapport de la Commission nationale des droits humains du Kenya illustre la manière dont les violations des droits reproductifs qu'elle a étudiées et documentées ont été classées. Il est essentiel de définir clairement les violations des droits humains qu'un processus d'enquête nationale a étudiées et documentées afin d'assurer la réalisation de ces droits et de garantir une réparation lorsqu'ils ont été violés. Il s'agit d'un outil important de sensibilisation et d'autonomisation, qui permet aux communautés concernées et au public en général de comprendre l'importance de l'articulation des droits dans leur vie. En outre, cela soutient l'élaboration de lois, de politiques et d'interventions appropriées qui reflètent les obligations internationales en matière de droits humains propres au droit en question. De plus, cela fournit une base pour élaborer des recours appropriés en fonction des droits violés et peut encourager les victimes de violations à demander réparation sous une forme juridique appropriée, en fonction des droits en jeu.

Dans le cadre de son enquête nationale publique sur les violations des droits sexuels et reproductifs, la Commission nationale des droits humains du Kenya a effectué des études documentaires sur les sujets suivants, qui découlent des principaux objectifs de l'enquête :

- **LE CADRE JURIDIQUE ET POLITIQUE NATIONAL ET INTERNATIONAL EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU KENYA.**

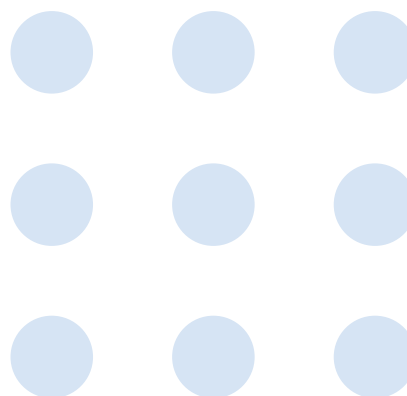
L'enquête a porté sur la ratification des traités internationaux relatifs aux droits humains et sur les obligations et les engagements découlant de documents consensuels notamment le Programme d'action de la CIPD, ainsi que sur les lois et les politiques nationales pertinentes en matière de santé sexuelle et reproductive dans le pays.

- **L'ACCÈS AUX INFORMATIONS (SENSIBILISATION ET ÉDUCATION) RELATIVES À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU KENYA.**

Une analyse des preuves documentaires existantes sur les niveaux de sensibilisation et d'éducation à la santé sexuelle et reproductive parmi les Kényans a été entreprise en vue d'établir les niveaux d'accès et d'exposition aux informations sur la santé sexuelle et reproductive. Une attention particulière a été accordée aux sources, à la qualité, à la quantité et à l'accessibilité d'informations fiables sur la santé sexuelle et reproductive.

- **L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU KENYA.** Une analyse plus approfondie a été entreprise pour déterminer dans quelle mesure les Kényans peuvent bénéficier de services de soins de santé sexuelle et reproductive de qualité. L'analyse s'est notamment concentrée sur les indicateurs clés de la santé sexuelle et reproductive, notamment l'utilisation de contraceptifs, la santé maternelle, les infections sexuellement transmissibles et la prévalence du VIH et du sida. L'analyse a également porté sur le développement des infrastructures de soins de santé, notamment la répartition géographique des établissements de soins, la fourniture d'équipements médicaux et de médicaments essentiels, les effectifs et la répartition du personnel médical, ainsi que le financement des soins de santé.
- **LES LACUNES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU KENYA.** Une analyse des lacunes a été entreprise afin de déterminer les facteurs qui entravent la pleine jouissance des droits en matière de santé sexuelle et reproductive au Kenya.

Source : Kenya National Commission on Human Rights (April 2012), Realising Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A myth or reality? A Report of the Public Inquiry into Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya.



Disponible sur http://www.knchr.org/Portals/0/Reports/Reproductive_health_report.pdf

Informations sur la surveillance des principaux traités internationaux relatifs aux droits humains

<https://www.ohchr.org/fr/node/101034>

Accès à la base de données relative aux organes des traités

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Home.aspx?lang=Fr

Recommandations émises par le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies dans le cadre de l'Examen périodique universel

un mécanisme utilisé pour passer en revue la situation des droits humains au sein des 193 États membres de l'ONU

<https://www.ohchr.org/fr/hr-bodies/upr/upr-main>

Les **ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES** fournissent également des ressources utiles. Visitez la base de données sur les droits sexuels dans le cadre de l'EPU, hébergée par l'**Initiative pour les droits sexuels**. Cette base de données permet aux utilisateurs d'accéder à l'ensemble des recommandations et des références relatives aux droits sexuels formulées au cours de l'Examen périodique universel mené par le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies pour effectuer des recherches.

<http://sexualrightsinitiative.com/universal-periodic-review/data/>

Une autre **ONG, le CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS**, a élaboré une série de documents d'information sur les normes des organes de surveillance des traités des Nations Unies concernant divers problèmes relevant des droits reproductifs. La série s'intitule « Bringing Rights to Bear ».

Les **ORGANISATIONS INTERNATIONALES DE DÉFENSE DES DROITS HUMAINS** représentent une autre source d'information.

Les rapports des commissions d'enquête sur les droits humains rédigés par des ONG nationales et internationales sont d'importantes sources d'informations qualitatives. Ils contiennent souvent des témoignages de victimes d'abus et présentent une analyse du droit national et international sur un sujet donné. Amnesty International, le Center for Reproductive Rights, Human Rights Watch et l'International Gay and Lesbian Association (ILGA) comptent parmi les organisations internationales de défense des droits humains qui produisent de tels rapports sur des questions liées à la santé sexuelle et reproductive et aux droits reproductifs.

c. Organiser des forums de parties prenantes

L'organisation de forums de parties prenantes peut s'avérer importante pour recueillir des informations de base et mettre l'accent sur des problèmes particuliers. Les forums de parties prenantes doivent être organisés avant d'entreprendre une étude documentaire (examen), de réaliser des entretiens individuels, d'organiser des audiences publiques ou de recevoir des contributions écrites. Les participants peuvent provenir des principaux groupes

de parties prenantes, notamment des services et des agences gouvernementaux compétents, des établissements de soins de santé et d'autres institutions concernées, ainsi que des organisations de la société civile, y compris les ONG et le monde universitaire. Les représentants du groupe ou des groupes les plus touchés doivent être consultés afin d'assurer la crédibilité du processus et de veiller à ce que la recherche et les résultats soient significatifs et inclusifs. En outre, étant donné le rôle important que les groupes les plus touchés peuvent jouer dans l'élaboration et la surveillance de la mise en œuvre des conclusions et des recommandations, il est essentiel d'assurer leur participation dès le début et tout au long du processus.

Des efforts concertés doivent être déployés dans le cadre du processus d'enquête pour identifier les groupes les plus défavorisés, y compris les organisations de base et les organisations nationales qui, non seulement, travaillent avec les groupes et communautés concernés, mais, plus encore, sont dirigées par eux. S'il est important d'inclure les groupes qui se sont le plus exprimés sur la question, il est tout aussi important d'identifier les groupes et les particuliers qui n'ont pas eu l'espace public nécessaire pour exprimer leurs points de vue et partager leurs expériences. De nombreux groupes défavorisés vivent en marge et ne font pas partie du réseau de la société civile le plus accessible, ce qui oblige l'équipe d'enquête à déployer des efforts considérables pour s'assurer que les représentants sont crédibles aux yeux des groupes et des communautés les plus touchés.

Le but du forum des parties prenantes est de revoir les objectifs et la portée de l'enquête. Le forum des parties prenantes peut également servir de groupe de référence plus large pour l'enquête et établir un lien entre l'INDH et des groupes de parties prenantes plus vastes.

CONSEIL Les forums de parties prenantes peuvent conférer une grande crédibilité au processus d'enquête, et l'INDH pourrait souhaiter organiser des forums de parties prenantes avant de commencer les recherches dans le cadre d'un examen ou d'une enquête nationale, et pourrait même envisager d'organiser plusieurs forums de parties prenantes au cours du processus.

d. Réaliser des recherches sur le terrain

La réalisation de recherches sur le terrain est un élément central du processus d'enquête publique. La recherche sur le terrain, sous la forme d'entretiens individuels et de groupes de discussion, peut corroborer les informations trouvées dans l'étude documentaire et dans les forums de parties prenantes. Il s'agit d'une façon de recueillir des informations directement auprès des communautés concernées, en particulier les communautés ou les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas participer à une audience publique. C'est également l'occasion pour l'INDH de constater par elle-même l'environnement dans lequel les violations présumées se produisent et de s'assurer que le champ géographique de l'enquête est couvert.

Les entretiens individuels doivent cibler un éventail de parties prenantes. Dans le cadre d'une enquête sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive, les parties prenantes peuvent être composées des membres du gouvernement, des professionnels de la santé ainsi que des consommateurs de services en matière de santé sexuelle et reproductive. Les principales personnes interrogées peuvent être sélectionnées au sein des catégories suivantes :

- les établissements publics et privés de santé et de services sociaux, notamment les plus concernés, soit les hôpitaux, les cliniques et les pharmacies ;
- les principaux services gouvernementaux ;
- les universités et les établissements de formation médicale ;
- les organisations de la société civile, y compris les ONG concernées, les organisations communautaires, les agences humanitaires et de secours ; et
- les personnes touchées.

Les informations peuvent être collectées à l'aide de questionnaires structurés et de listes de vérifications pour chaque catégorie. Les questionnaires efficaces sont basés sur les normes en matière de droits de l'Homme, les obligations de l'État et d'autres questions déterminées au cours de l'étude documentaire. Quant aux personnes à interroger dans le cadre d'entretiens individuels, il est important, en fonction de la portée et des objectifs de l'enquête, de s'assurer que les personnes appartenant aux groupes marginalisés ainsi qu'aux groupes d'âge et de sexe différents sont représentées et que les questions sont structurées en tenant compte de leurs diverses caractéristiques.

Le recours aux **groupes de discussion** constitue une méthode utile pour recueillir les avis des populations marginalisées et difficiles à atteindre, ou de groupes particuliers souvent négligés ou ayant des difficultés à s'exprimer dans le cadre d'audiences publiques ou de méthodes participatives similaires. Les groupes de discussion peuvent souvent apporter le soutien nécessaire à l'expression de points de vue sur des sujets sensibles.

En fonction de la disponibilité des ressources et des capacités techniques, les INDH peuvent mener des enquêtes particulières ou ciblées pour collecter des informations aux points de prestation de services et/ou pour suivre le flux des budgets et des ressources publics. Cela inclut la possibilité de réaliser des versions simplifiées des enquêtes de suivi des dépenses publiques (Poverty Expenditure Tracking Surveys – PETS) et des méthodologies des cartes communautaires de performances (CCP) pour examiner les lacunes dans la prestation de services ainsi que la satisfaction des clients. Si la réalisation de ces exercices est trop coûteuse ou trop lourde, l'INDH peut chercher à savoir si d'autres organisations ou institutions ont déjà réalisé ce type d'enquêtes dans le secteur de la santé et mettent des informations à disposition.

e. Tenir des audiences publiques

Les audiences publiques sont menées dans le cadre de la procédure d'enquête publique. Elles permettent aux victimes d'avoir la possibilité de présenter leur point de vue, y compris une déclaration sur leurs expériences, notamment sur les préjudices qu'elles ont subis. En outre, les audiences publiques constituent un aspect éducatif très important de la procédure d'enquête. L'objectif principal d'une audience publique est de permettre à l'INDH d'écouter les expériences de victimes individuelles, de groupes de victimes et de témoins qui donnent un exemple des défis auxquels les personnes font face dans la réalisation de leurs droits.

Les audiences publiques peuvent être dirigées par une commission composée de membres de l'INDH et d'autres experts, le cas échéant. Si l'INDH a créé une commission d'enquête (voir étape 2), les membres de ce groupe peuvent diriger les audiences. Les audiences publiques menées par la Commission nationale des droits humains du Kenya, par exemple, ont réuni trois commissaires, cinq experts et deux consultants externes.

Les groupes cibles des audiences publiques peuvent inclure les catégories de personnes suivantes :

- des membres individuels du public ;
- des groupes de particuliers ;
- des groupes minoritaires distincts ou des sections des communautés relevant de la portée de l'enquête (c'est-à-dire les personnes LGBTI, les travailleurs du sexe, les femmes handicapées, les mères âgées et les mères jeunes et adolescentes) ;
- des professionnels/experts individuels sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive ;
- des représentants des institutions de santé ;
- des fonctionnaires, issus des ministères concernés, des agences et du parlement ;
- des représentants des établissements de formation médicale ; et
- des représentants des organisations de la société civile concernées.

CONSEIL

- **Même si les audiences publiques peuvent être difficiles à organiser en raison de la sensibilité et de la stigmatisation associées aux problèmes de santé et de bien-être sexuels et reproductifs, tous les efforts doivent être déployés pour les organiser en raison de leur importante fonction éducative et de la réparation que les personnes concernées peuvent ressentir une fois qu'elles ont présenté leur expérience à la commission lors de l'audience publique. Toutefois, il se peut que certaines personnes, en particulier les victimes, ne se sentent pas à l'aise lorsqu'elles se présentent dans un cadre public. C'est pourquoi il n'est pas toujours nécessaire que les particuliers se présentent en personne. La participation aux enquêtes peut être verbale ou écrite.**

f. Demander des contributions écrites du public

L'INDH devrait envisager de lancer un appel public aux contributions écrites sur l'éventail des problèmes relevant des droits humains par rapport à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs qui seront couverts par l'examen ainsi que par l'enquête publique. Les contributions écrites peuvent contribuer à compléter l'étude documentaire ainsi que les informations recueillies lors de la recherche sur le terrain et des auditions publiques. À titre d'exemple, les contributions écrites peuvent prendre la forme de mémorandums, de documents de recherche, de vidéos, de blogs et d'e-mails. Elles peuvent porter, entre autres, sur les sujets suivants :

- les expériences personnelles avec les services en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- les cas de violation des droits qui sous-tendent la santé et le bien-être sexuels et reproductifs ;
- les lois, les politiques et les normes en matière de droits humains relatives à la santé sexuelle et reproductive ;
- l'adéquation des services en matière de soins de santé sexuelle et reproductive dans les établissements de santé ;
- les facteurs sociaux, économiques et culturels qui empêchent les personnes d'accéder aux services en matière de soins de santé sexuelle et reproductive ; et
- la discrimination des groupes vulnérables dans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive.

g. Demander des informations officielles

L'INDH peut également demander l'accès aux informations officielles auprès des entités gouvernementales concernées. Dans de nombreux pays, le gouvernement est tenu de partager les informations publiques sur demande. Le refus d'accès aux informations ou les retards injustifiés doivent être notés et signalés. Les types d'informations qui peuvent être demandées aux entités gouvernementales sont les suivants :

- les informations statistiques, y compris les données relatives à la santé, à l'emploi et à la certification professionnelle ;
- les rapports de surveillance et d'évaluation internes ;
- les rapports d'enquêtes administratives et les décisions des mécanismes administratifs de protection ;
- les rapports d'audit sur les décès maternels ;
- les informations financières relatives aux dépenses budgétaires pour différents secteurs (par exemple, la santé, l'éducation, le développement des infrastructures) et pour des institutions publiques individuelles ;
- les protocoles administratifs, circulaires et instructions.

h. Faire participer les médias

Planifier des stratégies médiatiques et d'autres formes de communication tout au long du processus d'enquête, y compris au début de l'enquête, pendant les audiences et lors de la publication du rapport final. Il convient de concevoir une campagne médiatique en vue d'atteindre de multiples objectifs, notamment la mobilisation, le débat public/les remarques publiques, l'éducation civique, la surveillance et la diffusion des conclusions de l'enquête. Une campagne médiatique et de communication énergique, notamment dans la presse écrite, à la télévision et dans les médias électroniques, représente un élément éducatif important ; elle permet d'assurer la transparence et de sensibiliser le public au travail de l'INDH. Une campagne médiatique peut également jouer un rôle important dans la réduction de la stigmatisation et de la controverse associées aux problèmes de santé sexuelle et reproductive. L'INDH peut apporter son soutien aux représentants des médias pour les aider à comprendre les problèmes, en particulier si ces problèmes sont mal compris par le public ou s'il existe de nombreux mythes ou idées fausses. Des documents d'information et d'autres supports destinés aux médias, ainsi qu'un travail avec des journalistes et des experts en communication, peuvent contribuer à jeter les bases d'une représentation appropriée des problèmes en suspens de même que la procédure d'enquête. Au Kenya, par exemple, l'INDH a organisé un petit-déjeuner de travail avec les médias qui a permis de consolider la collaboration entre les médias et l'INDH pendant la période d'enquête. La publication de l'enquête permettra également aux personnes disposant d'informations de les communiquer à l'INDH.

ÉTAPE 5 Veiller à l'efficacité de l'établissement de rapports de l'INDH

Le dernier élément du processus et son principal produit concernent la compilation des résultats dans un rapport, y compris les recommandations d'actions. Un rapport peut être publié à l'issue de l'examen (étude documentaire) ou être combiné à un rapport sur les résultats de l'enquête publique. Dans les deux cas, la crédibilité du rapport est essentielle pour influencer la prise de décision politique et l'opinion publique. Examiner et analyser minutieusement l'ensemble des données, des informations et des preuves avant la publication et la diffusion des conclusions de l'INDH. Pour la validation et le contrôle de la qualité, il peut s'avérer utile d'inclure la participation des parties prenantes avant la publication du rapport. À titre d'exemple, il peut s'agir d'un examen par les pairs et d'un atelier de validation des parties prenantes.

En ce qui concerne les recommandations, le HCDH note qu'elles doivent être rédigées avec soin : « [S]ans compromettre l'intégrité du processus, les recommandations doivent être soigneusement formulées de manière à être acceptables, tant pour la population que pour le

gouvernement, et à être mises en œuvre. Elles doivent également tenir compte des traditions, de la culture et des réalités fiscales du pays. »²¹

Le rapport doit contenir les informations suivantes :

- Le contexte et les objectifs de l'enquête, y compris le mandat de l'INDH pour entreprendre l'enquête ainsi que les méthodologies et les parties prenantes impliquées ;
- Une explication contextuelle des problèmes couverts par l'enquête, y compris le cadre international et régional des droits humains applicable, les lois et les politiques nationales de même que les engagements d'autres États pouvant soutenir la réalisation des droits humains par rapport à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs ;
- L'étendue de l'accès aux services en matière de santé sexuelle et reproductive ou d'autres problèmes abordés lors de l'enquête. Cette partie du rapport analyse les informations qualitatives et quantitatives recueillies tout au long de la procédure d'enquête. Elle peut être divisée par thème et/ou groupe vulnérable concerné ;
- La détermination des principales barrières, en droit et en pratique, auxquelles font face les populations ainsi que les particuliers concernés et qui entravent la réalisation des droits en question. Une attention particulière peut être accordée aux groupes particulièrement défavorisés, notamment les adolescents, les populations autochtones, les personnes handicapées ainsi que les personnes ayant une orientation sexuelle et une identité de genre différentes ;
- La nature, la forme et les conséquences de ces barrières ;
- Les droits humains concernés et leur catégorisation ;
- L'examen du financement des problèmes relevant des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs ;
- Les recommandations aux différentes parties prenantes, y compris les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

C CONCEVOIR ET METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES DE PLAIDOYER

La surveillance et le suivi des recommandations sont essentiels à la réussite de l'examen et de l'enquête, mais aussi pour concevoir et affiner les stratégies de plaidoyer afin d'assurer le suivi des recommandations. La surveillance et le plaidoyer sont des aspects essentiels du processus d'enquête et donnent de la crédibilité aux ressources consacrées à la conception de l'enquête. La compréhension du mandat de l'INDH est un aspect important du suivi. À titre d'exemple, la plupart des INDH ont un mandat clair pour transmettre des recommandations, sur la base de leurs conclusions, au ministère ou à l'agence gouvernementale concernés. Elles peuvent intégrer explicitement et implicitement dans les recommandations la nécessité de les impliquer dans le processus de mise en oeuvre notamment à travers des témoignages lors des auditions parlementaires pour l'élaboration des lois et des budgets. Certaines INDH, habilitées, peuvent demander réparation devant les tribunaux ou les juridictions spécialisées à la suite d'une enquête :²²

CONSEIL

- **Indépendamment de ses pouvoirs particuliers de suivi, une INDH doit faire tout son possible pour s'assurer que les résultats de ses enquêtes sont rendus publics et diffusés aussi largement que possible. Elle doit surveiller attentivement les mesures prises à la suite de ses recommandations et rendre compte publiquement de l'action des agences gouvernementales ou du corps législatif en réponse à ses recommandations, éventuellement par le biais de son rapport annuel.**
- **L'INDH doit concevoir des stratégies de plaidoyer efficaces afin de s'assurer que les recommandations sont mises en œuvre. Après un délai approprié, une institution peut même organiser des réunions publiques de suivi afin de demander directement aux responsables quelles mesures ils ont prises.**

Dans le cadre de ce processus, l'INDH devrait jouer un rôle permanent dans la surveillance et la publication de rapport public sur la mise en œuvre des recommandations de l'enquête. La surveillance doit viser à s'assurer que les recommandations du rapport sont mises en œuvre. La stratégie de plaidoyer résultant de la surveillance ne devrait pas seulement viser à maintenir la pression par le biais d'un plaidoyer sur le plan national, mais aussi par l'utilisation de mécanismes internationaux, notamment les processus d'établissement de rapports par les États au sein des organes de surveillance des traités des Nations Unies et par le biais de l'Examen périodique universel (EPU) du Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies. La stratégie de plaidoyer devrait également inclure la création et le maintien d'un engagement et d'une coopération entre les institutions et les organisations universitaires et non gouvernementales concernées afin d'exercer une pression soutenue sur le gouvernement ainsi que sur les autres auxquels les recommandations sont adressées. L'INDH doit élaborer et publier un rapport annuel sur la mise en œuvre des recommandations.²³

1. Plaidoyer auprès du gouvernement et du parlement

L'INDH devrait être le principal défenseur des recommandations du rapport. Elle doit les présenter aux hauts responsables du gouvernement et à toutes les parties prenantes, ainsi qu'aux fonctionnaires. Elle doit s'employer à convaincre les commissions parlementaires et les parlementaires à titre individuel, ainsi que les ministères concernés, y compris celui des finances, de répondre aux recommandations de l'enquête. Elle peut encourager le gouvernement et les autres destinataires des recommandations à répondre publiquement aux recommandations et à indiquer celles qu'ils mettront en œuvre et dans quels délais.

L'INDH doit s'assurer que le rapport est inscrit au programme politique et que ses recommandations sont sérieusement prises en considération. Elle peut le faire de différentes manières,

notamment en encourageant un débat parlementaire sur le rapport ou sur l'examen du rapport par une commission parlementaire compétente, y compris en organisant des auditions parlementaires avec les parties prenantes concernées.

Elle peut également faire en sorte que des questions soient posées au parlement sur la réponse du gouvernement au rapport. Elle peut organiser des briefings à l'intention des parlementaires et du personnel parlementaire. Dans le cadre de ce processus, l'INDH doit surveiller le moment où les considérations législatives, politiques et budgétaires pertinentes font l'objet de discussions au sein du gouvernement et du parlement et déterminer les occasions où les recommandations de l'enquête peuvent être mises en œuvre.

2. Intéresser la communauté à s'engager dans le plaidoyer

Le succès de l'enquête dépend d'une large coalition livrant un plaidoyer en faveur des changements permettant d'améliorer le statut des droits de l'Homme. La pression communautaire exercée par les ONG, les organisations populaires, les organisations confessionnelles et les institutions académiques soutiendra l'effort nécessaire pour garantir la mise en œuvre des recommandations. Le processus d'enquête nationale lui-même permettra d'identifier ces alliés et, par le biais du rapport et du processus d'enquête, offrira une excellente occasion de soutenir leur plaidoyer.

L'INDH devrait encourager ces alliés, en particulier les organisations qui représentent les personnes les plus touchées par les violations ayant fait l'objet de l'enquête, à collaborer à une stratégie de plaidoyer commune pour soutenir les recommandations de l'enquête. Ainsi, la présentation des conclusions et des recommandations de l'enquête dans les forums communautaires, notamment les réunions annuelles, les conférences, les ateliers et les discussions en ligne, constitue une tâche permanente et une occasion d'engager explicitement les groupes dans l'élaboration de stratégies de plaidoyer pertinentes pour la surveillance et la mise en œuvre.

3. Établir des rapports sur la mise en œuvre tant sur le plan national qu'international

L'INDH a un rôle permanent à jouer dans la surveillance et l'établissement de rapports publics sur la mise en œuvre des recommandations de l'enquête. L'INDH doit faire savoir publiquement qu'elle surveillera la mise en œuvre et qu'elle établira des rapports sur le plan national et international après la première année et par la suite. Elle doit également faire savoir qu'elle coopérera et collaborera avec la société civile ainsi que les principales parties prenantes du gouvernement dans le cadre du processus de surveillance et d'établissement de rapports. Ainsi,

le gouvernement connaît l'engagement de l'INDH à promouvoir la redevabilité publique pour la mise en œuvre des recommandations de l'enquête. Il existe plusieurs façons pour une INDH d'assurer la surveillance et de faire rapport :

a. Demander des déclarations périodiques sur l'état d'avancement de la mise en œuvre au gouvernement et au parlement ;

b. Faire des examens et des commentaires publics sur les progrès ou l'absence de progrès. Élaborer un rapport de suivi sur une base annuelle, au moins pendant les premières années suivant l'enquête. Il s'agit d'un bon moyen de surveiller la mise en œuvre. Ces rapports peuvent constituer une sorte de fiche d'évaluation de la réponse apportée au rapport par le gouvernement et les autres auxquels les recommandations ont été adressées ;

c. Cibler des forums internationaux et régionaux et s'y engager en vue de promouvoir les principales conclusions de l'enquête de l'INDH, en utilisant le rapport principal ainsi que les rapports ultérieurs pour un plaidoyer fondé sur des preuves afin de parler des problèmes sur le plan mondial et de faire pression sur le gouvernement pour qu'il les aborde. À titre d'exemple, parmi les nombreuses voies où le plaidoyer international peut être mené, l'on trouve le processus du programme de développement pour l'après-2015, la Commission de la condition de la femme des Nations Unies et la Commission de la population et du développement des Nations Unies qui se réunissent chaque année.²⁴

d. Utiliser les résultats des enquêtes nationales et des examens par pays pour contribuer à l'Examen périodique universel (rapport des parties prenantes). Tous les quatre ans et demi, chaque pays est soumis à l'examen de son bilan global en matière de droits humains par le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies. Tous les États membres des Nations Unies, quel que soit le traité qu'ils ont ratifié, font l'objet d'un examen et de recommandations émises par d'autres États membres sur les mesures à prendre pour améliorer la situation des droits humains dans leur propre pays. Dans le cadre du processus d'examen, les parties prenantes, y compris les INDH, peuvent soumettre au Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies des rapports succincts sur un domaine particulier des droits humains que le Conseil devrait être invité à examiner. Ce processus permet aux INDH et aux autres parties prenantes de faire en sorte que le Conseil examine de près la condition des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs dans un pays donné. C'est également l'occasion pour les États membres de formuler des recommandations particulières sur la manière de faire progresser la promotion et la protection de ces droits de

l'Homme. Lorsque le Conseil adopte des recommandations, les INDH peuvent également jouer un rôle important dans la surveillance et l'établissement de rapports sur la mise en œuvre de ces recommandations par les États.

e. Fournir des rapports aux organes de surveillance des traités des Nations Unies. Tous les quatre ou cinq ans, chaque pays rend compte à l'organe de surveillance du traité concerné de sa conformité avec les obligations découlant du traité, une fois que celui-ci a été ratifié. Dans le cadre du processus d'examen, l'organe de surveillance des traités prend en compte les informations supplémentaires qui lui sont fournies par divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux nationaux et internationaux. Les institutions nationales des droits humains peuvent jouer un rôle essentiel en informant les organes de surveillance des traités du degré de conformité de l'État aux traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme, y compris la conformité avec les normes relatives à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs. Après avoir examiné le rapport de l'État et tous les rapports complémentaires, ainsi que les considérations orales, l'organe de traité émet des observations finales qui reconnaissent a) si l'État est en conformité avec les obligations du traité ainsi que b) là où il n'est pas en conformité et émet des recommandations particulières sur les mesures à prendre pour se conformer à ses obligations conventionnelles. À cet égard, les INDH doivent déterminer le moment où leur pays est soumis à l'examen d'un organe de traité pertinent et plaidoyer de diverses manières. Par exemple, soumettre le rapport d'enquête de l'INDH à l'organe compétent, en expliquant dans une lettre d'accompagnement en quoi les conclusions du rapport sont pertinentes pour la conformité de l'État concerné avec les normes internationales en matière de droits de l'Homme. Fournir des informations sur les mesures que l'État a prises ou n'a pas prises pour mettre en œuvre les recommandations. Demander explicitement à l'organe de défense des droits humains de formuler des recommandations appelant à la mise en œuvre des recommandations de l'enquête en général, ainsi que des problèmes plus particuliers déterminés dans le rapport et pertinents aux droits humains en cours d'examen. Au cours des processus d'établissement des rapports des États, les organes de traités des Nations Unies offrent la possibilité à la société civile et à d'autres parties prenantes travaillant sur des problèmes dans un pays donné en cours d'examen de faire de brèves interventions orales. Si les ressources le permettent, l'INDH peut également participer à cette intervention orale.

f. Fournir des contributions aux procédures spéciales, en particulier aux Rapporteurs spéciaux qui travaillent sur un mandat thématique lié à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs (par exemple, le Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique

et mentale possible, le Rapporteur spécial sur la violence à l'encontre des femmes). Les Rapporteurs spéciaux ont de nombreux mandats, dont deux consistent à effectuer des visites dans des pays en particulier dans le cadre de leur mandat thématique et géographique et à publier des rapports soulignant les domaines de préoccupation, ainsi que des recommandations pour ces pays.

Les Rapporteurs spéciaux publient également des rapports sur des sous-domaines thématiques particuliers qui relèvent de leur mandat thématique et qui posent des problèmes dans de nombreux pays et régions du monde ; ils peuvent fournir des recommandations aux États sur la manière de mettre en œuvre leurs obligations dans ce sous-domaine particulier. À titre d'exemple, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit

au meilleur état de santé possible a publié un rapport sur l'impact négatif sur la santé et les droits humains de la criminalisation de certains comportements, notamment les relations homosexuelles et l'avortement, et a émis des recommandations aux États en vue de leur dépénalisation. Les INDH peuvent soumettre au Rapporteur spécial concerné des informations qui serviront à définir la portée et/ou le contenu du rapport, y compris les recommandations. Si le Rapporteur spécial effectue une visite dans le pays, l'INDH doit organiser une réunion avec le Rapporteur spécial et recommander d'autres parties prenantes, y compris des parties prenantes non gouvernementales, que le rapporteur devrait rencontrer. Pour les rapports nationaux et thématiques, les INDH peuvent jouer un rôle important dans la surveillance et la mise en œuvre des recommandations.

Cadre de surveillance et d'évaluation

Il est essentiel d'avoir un cadre clair, approuvé par les principales parties prenantes, en vue d'assurer une surveillance et une évaluation systématiques. Chacune des cinq (5) étapes de ce guide peut servir à définir un cadre de surveillance et d'évaluation. La surveillance régulière comprend un examen de la manière dont la mise en œuvre des activités – sur le plan programmatique et financier – progresse par rapport à ce qui était prévu, et de la manière dont les progrès sont réalisés en vue d'atteindre les objectifs du plan de travail. Les observations en matière de surveillance doivent informer et influencer la prise de décision, c'est-à-dire si des révisions doivent être apportées à la conception du plan de travail ou à la conception de l'ensemble du programme.

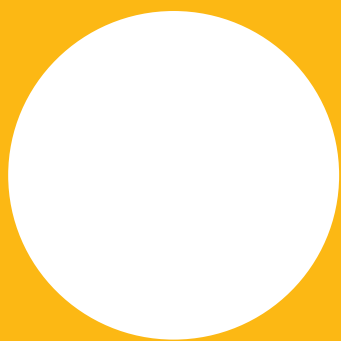
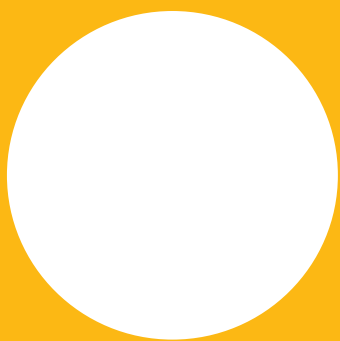
Les activités de surveillance peuvent inclure une réunion ou une discussion entre l'équipe concernée et les partenaires. L'objectif d'une telle discussion est le suivant :

- Obtenir un examen précis de la mise en œuvre de l'activité et de son rapport avec ce qui a été convenu dans le plan de travail. Cela comprend l'examen périodique de l'avancement du programme « sur le terrain », ainsi que des dépenses financières réelles par rapport à ce qui a été initialement budgétisé dans le plan de travail ;
- Examiner les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés dans le plan de travail ;

- Déterminer et résoudre les lacunes ainsi que les barrières potentielles liées à la mise en œuvre et convenir, le cas échéant, de mesures correctives ;
- S'adapter aux changements de l'environnement extérieur, le cas échéant.

Le cadre de surveillance et d'évaluation doit clarifier les points suivants pour chacune des cinq (5) étapes du guide :

- Ce qui doit être surveillé et évalué ;
- Les activités nécessaires à la surveillance et à l'évaluation ;
- Les personnes responsables des activités de surveillance et d'évaluation ;
- Le moment où les activités de surveillance et d'évaluation sont planifiées (calendrier) ;
- Comment la surveillance et l'évaluation sont effectuées (méthodes) ;
- Quelles sont les ressources nécessaires et où elles sont engagées.



CHAPITRE 3

Examiner un problème lié aux droits humains et les obligations correspondantes de l'État

Cette section fournit un cadre méthodologique pour examiner et surveiller la mise en œuvre des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs.²⁵ L'examen par pays et l'enquête nationale constituent toutes deux une base solide en tant que cadre pour promouvoir et surveiller la mise en œuvre des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs. L'examen par pays peut être utilisé seul pour déterminer les défis et les domaines nécessitant des améliorations, ou comme étape dans l'élaboration d'une enquête nationale.

A EXAMINER LA SITUATION D'UN PAYS EN QUATRE ÉTAPES SIMPLES

L'examen par pays commence par :



Les quatre étapes simples proposées ci-dessous seront utiles pour réaliser un examen de la situation du pays en matière de santé et de bien-être sexuels et reproductifs, basé sur les droits de l'Homme.

ÉTAPE 1

Déterminer et définir un problème clé en matière de droits humains et les personnes les plus touchées.

Il est important d'identifier tous les détenteurs de droits qui sont concernés, y compris les personnes appartenant aux communautés les plus marginalisées. Déterminer le niveau de discrimination et d'inégalité qu'ils subissent. Assurer la participation des personnes appartenant à ces communautés à la détermination et à la définition du problème (voir ci-dessus les sections sur la non-discrimination et l'égalité, ainsi que sur la participation).

QUEL EST LE PROBLÈME ? La première étape de l'examen des droits humains par rapport à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs consiste à déterminer les principaux problèmes auxquels les personnes font face. Un problème peut être défini comme une lacune entre un droit humain en principe (ce que la situation devrait être) et le niveau de jouissance de ce droit humain dans la pratique (ce qu'est la situation). Les droits garantis par les principaux traités internationaux des Nations Unies relatifs aux droits humains et par d'autres instruments constituent un ensemble de normes minimales permettant d'examiner la situation dans la pratique. Les examens par pays doivent déterminer si ces normes sont respectées ou non, quels sont l'impact et le degré de gravité du problème, et qui sont les personnes ainsi que les groupes les plus touchés.

Les normes en matière de droits humains englobent un certain nombre d'attributs qui permettent de déterminer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Ces indicateurs peuvent être des marqueurs utiles de l'état de santé, de la prestation de services ou de l'affectation des ressources, et peuvent jouer un rôle important dans la surveillance des progrès accomplis dans la réalisation des droits de l'Homme. Les indicateurs peuvent également aider les États à rendre compte de leurs obligations, par exemple, en mettant en évidence des problèmes persistants ou des domaines nécessitant une plus grande attention. Cependant, on manque de données fiables et convenablement ventilées pour les indicateurs du système de santé et d'autres problèmes, ce qui signifie que souvent les indicateurs n'offrent pas une image complète de la réalisation des droits humains en lien avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs (voir chapitre 3 B).²⁷

CONSEIL

Le manque de données disponibles n'est pas un obstacle à la réalisation d'un examen par pays. En fait, l'examen peut aider à déterminer et à recommander les domaines où les données devraient être collectées. Les États ont l'obligation, en vertu de la législation sur les droits de l'Homme, de collecter des données ventilées.

Les indicateurs sont souvent présentés par les organes de surveillance des traités comme un moyen permettant aux États d'examiner leur niveau de conformité avec les droits de l'Homme.

Ils figurent dans les observations finales des États, dans les recommandations et les observations générales sur des problèmes thématiques, ainsi que dans les décisions relatives aux cas

individuels. Elles figurent également dans les recommandations formulées dans le cadre de l'EPU. En outre, le Haut-Commissariat aux droits de l'Homme a conçu des indicateurs basés sur les obligations relatives aux droits de l'Homme.²⁸

CONSEIL

Il est possible de trouver des informations précieuses également dans les observations finales ainsi que dans les recommandations des mécanismes internationaux et régionaux de protection des droits de l'Homme. Ces informations peuvent aider à déterminer les problèmes auxquels un pays fait face et les actions recommandées pour les aborder. Une bonne façon de commencer l'examen par pays est de compiler les observations et les recommandations internationales en matière de droits humains adressées au pays au cours des dernières années.

Les questions suivantes peuvent aider à recueillir des informations pour déterminer le problème :

- L'État a-t-il ratifié les traités internationaux pertinents en matière de droits humains ? Si ce n'est pas le cas, quelles en sont les raisons ? L'État a-t-il émis des réserves aux traités qu'il a ratifiés ? Dans l'affirmative, quelles sont-elles ?
- L'État soumet-il régulièrement des rapports aux organes de surveillance des traités de l'ONU ? Ces rapports indiquent-ils comment l'État respecte ses obligations relatives aux droits humains dans le domaine de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs, et dans quels domaines il n'y parvient pas ?
- Quelles sont les recommandations formulées par les organes de surveillance des traités internationaux relatifs aux droits humains ainsi que par les mécanismes de l'EPU à l'égard du pays dans leurs observations finales concernant le bien-être en matière de santé sexuelle et reproductive ? Quelles mesures le gouvernement a-t-il prises pour mettre en œuvre ces recommandations ?
- Une cour ou un tribunal international des droits de l'Homme, ou un organe de surveillance des traités, a-t-il rendu des décisions ou diffusé des communications sur la base de plaintes déposées par des particuliers et/ou des groupes concernant des problèmes relevant des droits humains relatifs à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs ?
- Le pays a-t-il reçu des recommandations en matière de droits humains relatives à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs à la suite du processus d'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies ?

- Un rapport fourni par un Rapporteur spécial a-t-il soulevé des problèmes relevant des droits humains en rapport avec la santé et le bien-être sexuels et reproductifs dans votre pays ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il recueilli des données sur les problèmes pertinents pris en compte (encadré 5) ?

ÉTAPE 2

Déterminer les causes du problème

Cette analyse permet de comprendre les causes sous-jacentes et profondes du problème. Ces causes profondes peuvent être liées aux échecs politiques et budgétaires, aux barrières particulières empêchant l'accès aux services en matière de santé

sexuelle et reproductive acceptables et de qualité (encadré 2), ou aux normes sociales et aux modèles culturels bien ancrés. Que le problème analysé soit la mortalité maternelle, le refus de services en matière de santé sexuelle et reproductive ou les grossesses précoces, une analyse des causes révèle un réseau complexe de droits non respectés et de privations multiples des droits humains qui sous-tendent le problème. À titre d'exemple, la grossesse chez les adolescentes peut être le résultat du déni du droit à l'éducation, de la violence sexuelle, de la discrimination fondée sur le sexe et de pratiques traditionnelles préjudiciables telles que le mariage des enfants. Les solutions à long terme à un problème et à ses causes nécessitent une réponse multisectorielle concertée, y compris des améliorations qui ne concernent pas uniquement le secteur de la santé.

ENCADRÉ 4. LES ÉTATS ONT L'OBLIGATION DE COLLECTER DES DONNÉES

La collecte de données quantitatives est un défi pour la plupart des pays du monde. Cependant, afin de développer des stratégies efficaces pour la réalisation des droits humains et de surveiller la mise en œuvre des obligations des États en vertu du droit international des droits de l'Homme, il est nécessaire que les États collectent des données sur un large éventail de problèmes ventilés selon différents critères, notamment l'âge, le sexe, le lieu géographique, le handicap, l'appartenance ethnique et d'autres caractéristiques.²⁹ En fait, le droit à la santé inclut l'obligation de collecter des « données ventilées de manière appropriée », la ventilation des données sur la santé étant essentielle pour déterminer les inégalités en matière de santé et y remédier.³⁰ L'Organisation mondiale de la Santé a souligné qu'un système de santé qui fonctionne bien « assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et opportunes sur les déterminants de la santé [...] et l'état de santé ». La collecte de données est également essentielle pour promouvoir la transparence et garantir la redevabilité ; elle est une caractéristique importante des droits humains et comprend la surveillance de la conduite, de la performance et des effets.³¹

Les gouvernements ne doivent pas utiliser l'absence de chiffres officiels comme bouclier lorsqu'ils font face aux allégations selon lesquelles ils n'abordent pas les barrières à l'accès.

Il existe de nombreuses sources de données utiles qu'il convient d'explorer. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont des enquêtes sur les ménages, représentatives sur le plan national, qui fournissent des données pour un large éventail d'indicateurs de surveillance

et d'évaluation d'impact dans les domaines de la population, de la santé et de la nutrition. Elles peuvent s'avérer utiles pour étudier les problèmes de santé maternelle et reproductive ainsi les violations. À titre d'exemple, les enquêtes démographiques et sanitaires fournissent des données sur les besoins non satisfaits en matière de contraception et sur l'utilisation des contraceptifs. Elles fournissent également des données sur la prévalence de la violence domestique. (Il convient de noter que si certains pays mettent régulièrement leurs données à jour, il est probable que certaines d'entre elles datent de 10 ans ou plus.)

Pour plus d'informations sur les EDS, voir

<http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm>

L'Organisation mondiale de la Santé fournit également des données utiles, ventilées par pays et par région, sur de nombreux problèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement sans danger :

Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf

Liste des médicaments essentiels

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf

a. Quelles sont les causes du problème et pourquoi certains groupes de population sont-ils plus gravement touchés ?

Vous trouverez ci-dessous des facteurs à prendre en compte pour examiner l'ampleur réelle du problème examiné. Pour chaque facteur, un exemple est donné afin d'illustrer la manière d'examiner le problème. Les exemples se concentrent surtout sur le niveau élevé de mortalité maternelle.

EXEMPLE : Dans un pays donné faisant face à un problème de mortalité maternelle élevé, la santé sexuelle et reproductive de toutes les femmes, indépendamment de leur âge, de leur race, de leur lieu de résidence et de leur situation de famille, peut être affectée par la législation et les réglementations qui empêchent l'accès à la contraception ainsi qu'aux services d'avortement sans danger. Il en résulte des taux élevés de grossesses non désirées. Dans les pays où la législation sur l'avortement est restrictive, cela peut conduire aux avortements dangereux entraînant des décès maternels.

b. Identifier les titulaires de droits les plus gravement touchés et déterminer si leurs besoins particuliers ne sont pas satisfaits et s'ils sont différents des besoins globaux, puis examiner les raisons pour lesquelles leurs besoins ne sont pas satisfaits. Les populations vulnérables et marginalisées sont souvent mal desservies et se heurtent aux barrières importantes en matière d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive et d'exercice de leurs droits de l'Homme. Les adolescents, les minorités ethniques et raciales, les peuples autochtones, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les travailleurs du sexe, les personnes vivant dans les zones rurales et les personnes d'orientation sexuelle et d'identité de genre différentes, y compris les transgenres, font partie des populations les plus marginalisées. Les droits humains requièrent une attention particulière pour les personnes appartenant aux groupes marginalisés.

EXEMPLE : Un pays donné peut être affecté dans son ensemble par un niveau élevé de mortalité et de morbidité maternelles, mais la désagrégation des données montre que la mortalité maternelle est jusqu'à trois fois plus élevée dans certaines zones rurales et parmi certains groupes de population, notamment les femmes et les filles autochtones. Les barrières particulières rencontrées par ces groupes peuvent être l'accès aux services de santé qui respectent la vie privée et la confidentialité, les longues distances à parcourir pour se rendre dans les cliniques, ou le manque d'informations dans une langue compréhensible pour le patient ou accessible à ce dernier.

c. Examiner les barrières juridiques, politiques et pratiques particulières qui empêchent les personnes appartenant à ces groupes de voir leurs besoins satisfaits et leurs droits respectés. À titre d'exemple, les lois protègent-elles de manière adéquate contre

la discrimination dans le domaine de l'accès aux soins de santé ? La criminalisation de certains comportements, comme le travail sexuel, empêche-t-elle les travailleurs du sexe d'accéder aux soins de santé dont ils ont besoin ? Les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes ayant une orientation ou une identité sexuelle différente ou des personnes vivant avec le VIH aboutissent-elles à un déni des droits humains ?

EXEMPLE : Les femmes enceintes autochtones ou migrantes peuvent faire face aux attitudes discriminatoires de la part des prestataires de soins de santé, en raison de leur incapacité à parler la langue ou de pratiques culturelles différentes des leurs, ce qui les empêche d'utiliser ces services ou se traduit par des soins de qualité inférieure.

d. Les informations, les biens et les services en matière de santé reproductive sont-ils disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (voir l'encadré 2 ci-dessus) ?

EXEMPLE : Les hôpitaux et les cliniques des communautés rurales manquent souvent de personnel et de ressources, contrairement à ceux des zones urbaines. L'accès à l'ensemble des informations et des services de contraception modernes peut donc être limité, ce qui se traduit par des taux plus élevés de grossesses non désirées, d'avortements et de mortalité maternelle dans les zones rurales.

e. Quels sont les déterminants sous-jacents/sociaux non satisfaits du droit à la santé sexuelle et reproductive ? L'épanouissement de la santé sexuelle et reproductive dépend également de facteurs sociaux et économiques généraux et sous-jacents, dont certains relèvent également des droits de l'Homme. Il s'agit notamment du droit à l'eau et à l'assainissement, du droit à l'éducation, du droit à l'alimentation, du droit à l'information et de la protection contre la violence. Un examen détermine les facteurs économiques et sociaux ainsi que les droits non respectés qui ont un impact sur la santé et les droits en matière de reproduction. L'examen doit permettre de déterminer si le gouvernement, en tant que principal débiteur d'obligations, prend des mesures pour aborder ces problèmes.

EXEMPLE : Dans les zones rurales, les femmes autochtones ont un niveau d'éducation plus bas et n'ont pas accès à l'éducation sexuelle ; les filles sont plus vulnérables aux mariages d'enfants et la malnutrition chronique est plus répandue. Ces facteurs ont un impact négatif sur la santé sexuelle et reproductive des filles et des femmes autochtones.

f. Quelles sont les causes profondes du problème ? De nombreux problèmes liés aux droits humains et au développement sont le résultat de schémas bien ancrés de désresponsabilisation, de normes et de comportements

sociaux discriminatoires et d'un manque de volonté politique. La discrimination fondée sur le sexe est l'une des principales causes profondes du non-respect de nombreux droits de l'Homme, y compris ceux relatifs à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs. Les lois et les politiques fixent-elles des normes en matière d'égalité entre les hommes et les femmes ? À titre d'exemple, des mesures ont-elles été prises pour éliminer les mariages d'enfants, notamment en fixant l'âge limite du mariage à 18 ans, pour les garçons comme pour les filles ? Les programmes de santé fournissant des services dont seules les femmes ont besoin, notamment les services gynécologiques ou de santé maternelle, sont-ils dotés de ressources suffisantes ?

EXEMPLE : Outre la discrimination fondée sur le sexe, les femmes et les filles issues de communautés minoritaires ou vivant dans des zones rurales sont touchées par des formes croisées de discrimination en raison de leur lieu géographique, de leur statut ethnique et de leur âge.

g. La participation des personnes et des communautés concernées, ainsi que de la société civile, est-elle soutenue dans l'élaboration des lois et des politiques, ainsi que dans la planification et la conception des programmes ? La participation est-elle soutenue dans la surveillance et l'évaluation des politiques ainsi que des budgets ? Existe-t-il des mesures spéciales pour promouvoir la participation des groupes et des communautés marginalisés, notamment en ce qui concerne les problèmes et les droits liés au genre/à la santé sexuelle et reproductive ?

EXEMPLE : Les adolescents sont-ils impliqués dans la conception de programmes éducatifs, à l'intérieur et à l'extérieur des écoles, qui visent à prévenir les grossesses chez les adolescentes ?

h. Existe-t-il un environnement juridique et politique favorable protégeant le droit à l'information, y compris des lois sur l'accès aux informations publiques ?

EXEMPLE : Les organisations de la société civile sont-elles en mesure d'accéder aux informations sur les considérations budgétaires relatives aux problèmes de santé sexuelle et reproductive auprès du parlement et des ministères concernés, notamment les ministères de la Santé et de l'Éducation ?

i. L'État a-t-il mis en place des mécanismes efficaces, accessibles et indépendants qui veillent à la redevabilité par rapport aux violations des droits humains liés à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs et qui garantissent des recours efficaces ? Dans quelle mesure ces mécanismes répondent-ils en pratique aux barrières particulières que rencontrent les

femmes et les filles dans l'exercice de leurs droits humains liés à leur santé et à leur bien-être sexuels et reproductifs ?

EXEMPLE : Lorsqu'un prestataire de soins de santé ou une institution refuse à une femme un avortement légal, existe-t-il un mécanisme lui permettant de faire appel de cette décision en temps utile, afin qu'elle puisse avoir un accès effectif à une interruption légale de grossesse, compte tenu des délais de gestation pour l'avortement dans ce pays ?

ÉTAPE 3 Identifier les débiteurs d'obligations et déterminer leurs obligations ainsi que leurs responsabilités en matière de droits humains.

Les débiteurs d'obligations en vertu du droit international des droits humains sont principalement des acteurs et des institutions étatiques à divers échelons du gouvernement. Ils sont tenus de prendre des mesures délibérées pour aborder le problème, ses causes et les droits non respectés de toutes les personnes, y compris des débiteurs d'obligations les plus démunis. Ces actions comprennent des mesures juridiques, administratives, sociales et financières (voir les sections ci-dessus sur les obligations de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits humains et sur la réalisation progressive). Il est utile de garder à l'esprit qu'il existe d'autres débiteurs d'obligations paraétatiques ayant des responsabilités par rapport aux droits et aux besoins des titulaires de droits. Il peut s'agir, par exemple, de sociétés pharmaceutiques, de chefs traditionnels et d'acteurs religieux. La détermination du niveau de pouvoir qu'ils exercent par rapport aux détenteurs de droits et aux débiteurs d'obligations de l'État peut aider à trouver des solutions mondiales au problème examiné.³²

QUI DOIT AGIR FACE AU PROBLÈME ET QUELLES SONT SES OBLIGATIONS ET SES RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ?

Comme indiqué plus haut, la santé et le bien-être sexuels et reproductifs reposent sur une série de garanties fondamentales en matière de droits de l'Homme, protégées par les constitutions nationales et les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'Homme. Le droit international reconnaît l'obligation des États de garantir des conditions permettant aux personnes d'exercer leurs choix en matière de reproduction, de protéger leur autonomie corporelle et de jouir d'une vie sexuelle sans danger, responsable et satisfaisante, à l'abri de la discrimination, de la coercition et de la violence. Pour examiner la conformité d'un État avec ses obligations relatives aux droits de l'Homme, il convient de se poser les deux questions suivantes.

a. Qui sont les débiteurs d'obligations responsables de prendre des mesures par rapport aux problèmes et à la série de facteurs déterminés lors des étapes précédentes ?

b. Quelles sont les obligations des débiteurs d'obligations, en particulier, mais pas exclusivement, de l'État, pour aborder ces préoccupations ?

EXEMPLE : Dans l'exemple de la santé maternelle, la lutte contre la mortalité maternelle, et en particulier contre l'incidence plus élevée de la mortalité maternelle dans les communautés rurales et autochtones, nécessitera l'engagement d'un groupe diversifié de débiteurs d'obligations au-delà du secteur de la santé, y compris le ministère de l'Éducation, les parlementaires, les responsables de l'application de la loi et les chefs traditionnels.

L'accès à l'information et aux services, l'accès aux services d'avortement sans danger dans certaines circonstances, les soins de santé maternelle, la prévention et le traitement du VIH/sida, l'éducation complète à la sexualité, la violence à l'encontre des femmes ainsi que les préoccupations propres aux groupes

marginalisés et défavorisés sont autant d'obligations relatives aux droits humains qui se posent lorsqu'on aborde la question de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs.

ÉTAPE 4 Examiner le niveau de conformité avec les obligations relatives aux droits humains

Une fois que les débiteurs d'obligations et leurs obligations correspondantes ont été identifiés, l'étape suivante consiste naturellement à examiner dans quelle mesure le gouvernement, en tant que principal détenteur de devoirs, se conforme à ses obligations relatives aux droits de l'Homme. À cette fin, ce guide fournit une série d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs dans sept domaines, présentés dans la section suivante. Ces principaux problèmes et les obligations correspondantes des États sont aussi pertinentes pour les enquêtes nationales que pour les examens par pays.

B LES OBLIGATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS EN LIEN AVEC LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SEXUELS ET REPRODUCTIFS AINSI QUE LES PRINCIPAUX PARAMÈTRES POUR EXAMINER LA CONFORMITÉ DES ÉTATS

Cette section ajoute des orientations particulières liées au cadre méthodologique proposé en vue de réaliser des examens par pays et des enquêtes nationales, plus précisément pour examiner le niveau de conformité de l'État avec les obligations relatives aux droits de l'Homme.

Cette section présente les obligations des États par rapport aux principaux problèmes suivants :

- l'accès à l'information et aux services en matière de contraception ;
- l'accès aux services d'avortement sans danger et aux soins post-avortement ;
- les soins de santé maternelle ;
- la prévention et le traitement du VIH/sida ;
- l'éducation complète à la sexualité ;
- la violence à l'encontre des femmes et des filles ; et
- la prise de décision autonome et l'intégrité corporelle de certains groupes marginalisés et défavorisés.

Pour chacun de ces sept problèmes, ce guide fournit une explication succincte des obligations correspondantes des États, telles qu'elles sont établies dans les normes et les standards internationaux en matière de droits de l'Homme. En outre, pour chaque thème, ce guide fournit une série de paramètres (questions)

permettant d'examiner la conformité avec les obligations de l'État et d'indicateurs illustratifs. Ces paramètres et ces indicateurs ne prétendent pas être une liste exhaustive. En fonction du contexte du pays, les paramètres et les indicateurs proposés pourraient être adaptés et d'autres pourraient être envisagés.

Il est important de préciser qu'un examen par pays ou une enquête nationale ne doit pas se limiter à un seul problème thématique, car tous ces problèmes sont souvent liés et interdépendants. À titre d'exemple, pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, l'accès aux méthodes modernes de contraception et à l'information est primordial. Cela permettra d'éviter les grossesses non désirées et les avortements. De même, l'accès à une éducation complète à la sexualité réduira les grossesses non désirées et le risque de contracter le VIH ainsi que d'autres infections sexuellement transmissibles.

En outre, lors de l'examen ou de l'enquête sur un problème particulier de santé sexuelle et reproductive, d'autres problèmes

relevant des droits humains peuvent être pertinents en plus des sept thèmes présentés dans cette section. L'analyse causale proposée à l'étape 2 de la méthodologie des examens par pays est un outil utile pour déterminer d'autres problèmes sous-jacents relatifs aux droits humains en jeu. Pour reprendre l'exemple précédent, la mortalité maternelle peut être aggravée par la malnutrition chronique ou le manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Par conséquent, il se peut que les INDH envisagent d'ajouter ces problèmes ou d'autres problèmes interdépendants à leurs plans d'examen en déterminant des ensembles correspondants de paramètres et d'indicateurs, comme cela a été fait pour chacun des sept thèmes présentés ci-dessous.

En outre, d'autres problèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive qui ne sont pas couverts ci-dessous pourraient également être examinés, comme les cancers du sein et de la reproduction.

1. L'ACCÈS À L'INFORMATION ET AUX SERVICES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

En vertu de la CIPD et des lois internationales sur les droits de l'Homme, les États se sont engagés et sont obligés de garantir l'accès à l'information et à des services impartiaux, complets et fondés sur des données probantes en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale et la contraception.

L'obligation d'**assurer l'accès à l'information et aux services en matière de contraception** fait partie intégrante de la santé reproductive. L'accès à l'information et aux services de planification familiale et de contraception permet aux particuliers ainsi qu'aux couples de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance, ce qui contribue à la réalisation du meilleur état de santé possible et accroît leur autonomie de même que leur bien-être et celui de leur famille³³. Ces informations et ces services concernent directement les relations sexuelles, et pas seulement pour ceux qui envisagent de fonder une famille, mais pour tous, y compris les adolescents. Ils aident grandement à promouvoir la santé sexuelle, à garantir une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sûre, à améliorer la communication entre les partenaires et à prendre des décisions sexuelles plus saines.³⁴ Les informations et les services en matière de contraception sont également essentiels pour prévenir les grossesses résultant de violences sexuelles, ainsi que la transmission du VIH et les infections sexuellement transmissibles. Il s'agit notamment d'informations sur l'ensemble des choix contraceptifs disponibles, leurs effets secondaires et leurs taux de réussite. Ces informations sont nécessaires pour éclairer la prise de décision des détenteurs de droits.

Le Programme d'action de la CIPD, la stratégie mondiale de l'OMS en matière de santé reproductive et les ODD reconnaissent le large éventail d'avantages sanitaires et sociaux qu'une approche de la prestation de services en matière de planification familiale fondée sur les droits peut apporter aux particuliers, aux familles et à la société.

Pourtant, malgré ces avantages, on estime que 214 millions de femmes dans les pays en développement n'ont toujours pas accès à une contraception moderne.³⁵ Elles n'utilisent aucune méthode ou s'appuient sur des méthodes traditionnelles inefficaces, notamment l'abstinence périodique ou le sevrage. Veiller à ce que l'information et les services en matière de contraception soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, et notamment à ce qu'ils soient liés à l'ensemble des services de santé reproductive, n'est pas seulement une bonne politique du point de vue de la santé publique, il s'agit également d'une obligation en matière de droits humains : Les États sont tenus de prendre des mesures positives pour assurer la réalisation des droits et pour supprimer les barrières qui les compromettent.³⁶

Les droits concernés sont notamment le droit de décider du nombre d'enfants, de l'espacement des naissances et du moment de leur naissance, les droits à la santé et à la vie, le droit à la non-discrimination et le droit à la vie privée.

a. Les obligations des États

Les obligations de l'État concernant l'accès à l'information et aux services de santé reproductive sont notamment les suivantes :

- Veiller à ce que les services de planification familiale soient pleinement intégrés et facilement disponibles et accessibles dans les cliniques et les services de santé reproductive ainsi que les autres services de santé, en permettant de choisir parmi toute une gamme de méthodes contraceptives modernes de qualité ;
- Fournir des informations précises et complètes sur la santé sexuelle et reproductive, en particulier sur la planification familiale et la contraception moderne ;
- La prestation de services en matière de contraception, y compris, mais sans s'y limiter, la stérilisation, doit être fondée sur un consentement complet et éclairé ;
- Éliminer toutes les pratiques contraceptives coercitives, y compris l'octroi d'incitations financières ou autres et le consentement fondé sur des informations erronées ;

- Interdire et punir toutes les formes de pratiques contraceptives coercitives et forcées, y compris, mais sans s'y limiter, la stérilisation ;
- Rendre disponibles et accessibles les produits contraceptifs figurant dans les listes nationales qui devraient être basées sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS qui guide l'achat et la fourniture de médicaments ;
- Mettre en place des programmes qui abordent les barrières financières, notamment la couverture d'assurance et les autres mesures budgétaires et économiques afin de rendre les produits et les services contraceptifs abordables, en particulier aux personnes à faible revenu et à celles qui vivent dans la pauvreté, voire l'extrême pauvreté ;
- Garantir la haute qualité des produits et des services contraceptifs, dans le cadre d'un accès facile à une gamme de méthodes contraceptives et au choix, ainsi que des informations fondées sur des données probantes concernant l'efficacité et la sécurité, et ce, dans le respect des désirs, du cycle de vie, des circonstances et de la santé du client, le tout fourni par des agents de santé techniquement compétents (y compris des agents de santé communautaires non professionnels) d'une manière qui respecte la vie privée de même que la confidentialité et qui garantit une prise de décision et un consentement éclairés ;
- Fournir aux jeunes, à l'intérieur comme à l'extérieur des écoles, une éducation complète à la sexualité ainsi que des informations sur les choix en matière de contraception qui sont objectives et scientifiquement exactes, sensibles au genre, exemptes de stigmatisation, de préjugés et de discrimination, mais aussi adaptées à leur niveau de maturité ;
- Abolir les lois et les pratiques qui exigent l'autorisation du conjoint ou des parents pour accéder aux services de contraception, car elles sont discriminatoires et contraires au droit à la santé et au droit à la vie privée. Les États devraient plutôt appliquer le principe de « capacités évolutives », qui se rapporte à l'acquisition par l'adolescent d'une maturité et d'une compréhension suffisantes pour prendre des décisions éclairées sur des questions importantes, sans l'autorisation de ses parents ou de tuteurs, ainsi qu'aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale ;
- Veiller à ce que toutes les femmes, en particulier les femmes et les filles qui ont été violées, aient accès aux contraceptifs d'urgence ;
- Réglementer la pratique des objections de conscience par les prestataires de soins de santé, afin que la santé des

patients et leurs droits à recevoir des services ainsi que des produits de planification familiale ne soient pas menacés ;

- Accorder une attention particulière aux choix et aux besoins des femmes et des adolescents en matière de contraception, ainsi qu'à ceux des populations marginalisées et défavorisées, notamment les minorités raciales et ethniques, les populations autochtones, les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental et enfin les travailleurs du sexe – en particulier les femmes appartenant à ces groupes ;
- S'assurer que la société civile ainsi que les autres parties prenantes jouent un rôle central dans l'élaboration des lois, des politiques et des programmes de planification familiale, mais aussi que ces recours sont disponibles en cas de violation.

a. Examiner la conformité des États

Concevoir des lois et des politiques efficaces, y compris des budgets

- Dans quelle mesure l'État a-t-il recueilli des données sur une série de problèmes relatifs à la contraception et sur une série de groupes vulnérables ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu et mis en œuvre une stratégie ou un plan national comprenant des mesures visant à garantir l'accès à l'information et aux services en matière de contraception ?
- La contraception d'urgence et la contraception moderne figurent-elles sur la liste des médicaments essentiels du pays, les rend ainsi accessibles et abordables pour tous ? Quels types de contraception moderne (contraception d'urgence, préservatifs masculins/féminins, pilule, injectable, stérilet) figurent sur la liste des médicaments essentiels ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il alloué des ressources budgétaires, humaines et administratives suffisantes à la mise en œuvre de ces stratégies ou de ces plans ?
- Existe-t-il des fonds suffisants pour mettre en œuvre des plans visant à assurer l'accès à l'information et aux services en matière de contraception ?

Supprimer les barrières et garantir l'accès

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir qu'une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris

la contraception d'urgence, sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, tant en droit qu'en pratique ?

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour veiller à ce que les contraceptifs soient accessibles à toutes les femmes dans les différentes situations géographiques ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour que des informations scientifiquement exactes sur une gamme complète de méthodes contraceptives soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (par exemple, par le biais d'une éducation complète à la sexualité ou de campagnes d'éducation publique) ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer l'autorisation d'un tiers (parent, époux, tuteur) pour l'accès aux méthodes contraceptives ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer d'autres conditions d'accès aux contraceptifs, notamment l'obligation d'avoir un nombre minimum d'enfants et/ou d'atteindre un certain âge avant d'autoriser une femme à subir une stérilisation chirurgicale ou encore de restreindre l'accès aux contraceptifs sur la base de l'âge ou de la situation de famille ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir le caractère abordable des contraceptifs, par exemple, en veillant à ce qu'une gamme complète de services contraceptifs soit couverte par l'assurance maladie publique ou disponible gratuitement ou encore à faible coût dans les établissements de santé publique ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir que les services et les produits contraceptifs sont fournis par des professionnels de la santé conformément aux normes de qualité des soins, y compris le respect du droit à la vie privée, au consentement libre et éclairé ainsi qu'à la liberté de choix parmi une gamme complète de méthodes contraceptives ?
- Quelles mesures particulières l'État a-t-il prises pour prévenir ou éliminer les pratiques ainsi que les politiques entraînant une planification familiale et une contraception involontaires, y compris la stérilisation ?
- Dans quelle mesure l'État veille-t-il à ce que l'accès à l'information et aux services en matière de contraception ne soit pas entravé par l'objection de conscience d'un prestataire de soins de santé ou d'un pharmacien ?
- Les structures, les processus, la formation et les ressources nécessaires sont-ils disponibles pour mettre les lois et les politiques en pratique ?

Recours

- Quels types de garanties administratives ou judiciaires l'État a-t-il mis en place dans les cas où une femme se voit refuser de manière inadmissible l'accès à une méthode contraceptive particulière ou lorsqu'elle est contrainte ou forcée d'utiliser des contraceptifs ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour s'assurer que ces garanties administratives ou judiciaires sont accessibles et opportunes ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures sont en place pour garantir la participation des populations affectées à la formulation, à la mise en œuvre et à la surveillance des stratégies ainsi que des programmes de planification familiale ?
- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des groupes en situation particulière de marginalisation et d'exclusion, y compris, mais sans s'y limiter, les adolescents ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION ET AUX SERVICES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

- Le calendrier et la couverture de la politique nationale en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- Le taux de prévalence de la contraception : L'augmentation de la proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent des contraceptifs ou dont le partenaire les utilise. La ventilation par âge, situation de famille³⁷, lieu géographique (urbaine, rurale, suburbaine), état des revenus et statut racial/minoritaire. Les taux de prévalence contraceptive doivent être ventilés entre les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles. Les méthodes modernes comprennent la stérilisation, la pilule, les injectables, les dispositifs intra-utérins (DIU), les préservatifs masculins, les moyens de contraception barrière vaginale et les implants, ainsi que d'autres méthodes modernes. Les méthodes traditionnelles comprennent le rythme, le retrait et l'abstinence périodique ;
- Les besoins non satisfaits en matière de moyens de contraception modernes.³⁸ La ventilation par âge, situation de famille, lieu géographique (urbaine, rurale, suburbaine), état des revenus et statut racial/minoritaire ;

- Le nombre de centres de planification familiale, y compris ceux qui répondent aux besoins propres aux jeunes, et leur répartition géographique ;
- La disponibilité d'une gamme complète de produits contraceptifs ;
- Le taux de natalité chez les adolescentes ;
- Le taux d'avortement chez les adolescentes.

Cible connexe de l'Objectif de développement durable : 3.7

D'ici à 2030, assurer l'accès universel aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, l'information et l'éducation, et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux

Indicateur connexe de l'Objectif de développement durable :

3.7.1 La proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes

Indicateur 5.6.1 de l'ODD sur la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en connaissance de cause en ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé reproductive

Indicateur 5.6.2 de l'ODD sur le nombre de pays dotés de lois et de réglementations garantissant aux femmes et aux hommes âgés de 15 ans et plus un accès total et égal aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de soins de santé sexuelle et reproductive.

2. L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SANS DANGER LÀ OÙ C'EST LÉgal ET AUX SOINS POST-AVORTEMENT

Les barrières juridiques, réglementaires et pratiques, tant dans les pays où les régimes d'avortement sont plus restrictifs que dans ceux où ils sont plus libéraux, peuvent effectivement empêcher les femmes d'accéder aux services d'avortement sans danger. Les lois restrictives sur l'avortement, les lois pénales qui punissent les femmes ou les prestataires qui aident les femmes à subir un avortement, les périodes d'attente obligatoires, les exigences en matière de conseils biaisés, le refus de pratiquer des avortements légaux pour des raisons de conscience et l'absence de financement public ne sont que quelques-unes des barrières auxquelles les femmes font face dans le monde entier.³⁹ Les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé confirment que le statut juridique de l'avortement ne réduit pas le nombre

d'avortements provoqués, car les femmes cherchent à avorter indépendamment du statut juridique de l'avortement et de sa disponibilité légale. Si l'avortement est une procédure sans danger lorsqu'il est pratiqué par des professionnels de santé qualifiés dans des conditions sanitaires, les avortements clandestins et illégaux, qui sont fréquents dans les pays où les réglementations sont restrictives, sont généralement dangereux et entraînent des taux élevés de complications.⁴⁰

En outre, l'accès en temps voulu aux soins post-avortement est important pour minimiser les effets d'un avortement provoqué dans des conditions dangereuses.⁴¹

Sur le plan mondial, les avortements dangereux entraînent chaque année la mort d'environ 47 000 femmes et des handicaps pour 5 millions de femmes supplémentaires.⁴² Cela représente environ 13 % des décès maternels dans le monde, ce qui fait de l'avortement dangereux la troisième cause de décès maternel.⁴³ Dans certains pays, le pourcentage de décès maternels résultant d'avortements dangereux est beaucoup plus élevé.⁴⁴ En outre, les jeunes femmes sont touchées de manière disproportionnée : plus de 60 % des décès maternels en Afrique concernent des femmes de moins de 25 ans.⁴⁵

En outre, dans certains pays, les femmes se heurtent aux barrières pour accéder aux soins post-avortement en cas de complications, en particulier lorsque l'avortement est criminalisé.

Les lois peuvent exiger des prestataires de soins de santé qu'ils dénoncent aux forces de l'ordre les femmes qui ont subi des avortements illégaux ou que les soins post-avortement soient conditionnés aux aveux. Ces lois et ces pratiques empêchent les femmes de rechercher des soins post-avortement, mettant ainsi leur vie et leur santé en danger.⁴⁶

En 1994, les gouvernements réunis à la CIPD ont convenu que, lorsque c'est légal, l'avortement doit être sans danger et accessible, et que les soins post-avortement doivent toujours être disponibles. Depuis lors, les organes et les tribunaux internationaux et régionaux de défense des droits humains ont renforcé et élargi ce consensus. Les obligations des États en vertu du droit international des droits humains sont décrites ci-dessous.

a. Les obligations des États

Les organes de défense des droits humains ont défini les violations du droit à l'avortement comme étant une violation du droit à la vie des femmes enceintes, du droit à la santé, du droit à la non-discrimination, du droit de ne pas être soumis aux traitements cruels, inhumains et dégradants, et du droit à la vie privée. Les États ont l'obligation de prendre des mesures pour prévenir les

avortements dangereux et fournir des soins post-avortement, de garantir l'accès à l'avortement sans danger là où c'est légal et, au minimum, les États doivent autoriser l'avortement « lorsque la grossesse met en danger la vie ou la santé d'une femme enceinte, en cas de viol ou d'inceste et en cas de malformation du fœtus ». Les obligations des États sont les suivantes :

- Recueillir des données sur l'ensemble des problèmes liés à l'avortement, y compris la mortalité et la morbidité liées à l'avortement ainsi que leurs causes ;
- Garantir l'accès aux informations impartiales, complètes et factuelles sur la santé sexuelle et reproductive, notamment les informations nécessaires pour prévenir les grossesses non désirées et réduire les avortements dangereux, de même que des informations exactes sur la disponibilité et la sécurité de l'avortement ;⁴⁷
- Là où l'avortement est légal, garantir l'accès à l'avortement sans danger, tant en droit qu'en pratique. Au minimum, garantir l'accès à l'avortement lorsque la grossesse présente un risque pour la vie ou la santé de la femme enceinte, en cas d'anomalie grave du fœtus et en cas de viol ou d'inceste.
- Éliminer (décriminaliser) les mesures punitives pour les femmes et les filles qui cherchent à se faire avorter, et pour les prestataires de soins de santé qui pratiquent des services d'avortement lorsque le consentement est pleinement donné ;
- Garantir la disponibilité, l'accessibilité (y compris le caractère abordable), l'acceptabilité et la qualité de services d'avortement sans danger, là où ils sont légaux. Interpréter les indications sanitaires existantes au sens large, de façon à inclure, par exemple, la santé mentale, conformément à la définition de la santé de l'OMS ;⁴⁸
- Lorsque l'avortement est légal, supprimer les barrières juridiques, réglementaires et pratiques qui entravent l'accès aux services d'avortement sans danger :
 - le conseil obligatoire et les périodes d'attente ;⁴⁹
 - la pratique non réglementée de l'objection de conscience ;⁵⁰
 - les restrictions sur les médicaments et les services essentiels qui rendent les services d'avortement légaux plus sûrs et plus faciles d'accès, en particulier dans les zones rurales⁵¹ ; et
 - l'autorisation judiciaire.

- l'autorisation d'un tiers, y compris l'autorisation du conjoint.⁵²

Quel que soit le statut juridique de l'avortement, l'État doit garantir l'accès aux soins post-avortement confidentiels, sans discrimination, coercition, ni violence. Les obligations des États sont les suivantes :⁵³

- Garantir une formation, un soutien et des prestations adéquats pour que les complications liées à l'avortement puissent être traitées ;
- Garantir la confidentialité des femmes et des filles ayant accès aux soins post-avortement, veiller à ce que des procédures soient en place pour enquêter et pour sanctionner les personnes qui violent la confidentialité des femmes ;
- Veiller à ce que les soins post-avortement ne soient pas conditionnés aux aveux des femmes et des filles qui cherchent à obtenir des soins post-avortement, et à ce que ces déclarations ne soient pas utilisées en vue de les poursuivre pour avoir subi une procédure illégale ;
- Éliminer toute obligation pour les prestataires de soins de santé de signaler aux forces de l'ordre les patientes ayant subi un avortement illégal ou soupçonnées d'en avoir subi.

b. Examiner la conformité des États

- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu et mis en œuvre des mesures visant à réduire le risque d'avortement dangereux ou clandestin, notamment en établissant des protocoles d'avortement ? Ces protocoles reflètent-ils les directives de l'OMS sur l'avortement sans danger ?⁵⁴
- Dans quelle mesure l'État collecte-t-il des données sur l'avortement, y compris l'avortement dangereux, et des estimations sur l'avortement illégal ? Dans quelle mesure les systèmes de collecte de données, les protocoles et les banques de données respectent-ils la confidentialité des personnes ayant subi un avortement ?
- Quel est le statut juridique de l'avortement ? Reflète-t-il les normes internationales en matière de droits humains ?
- L'État a-t-il abrogé les lois, les politiques ou les réglementations qui criminalisent l'avortement ? Quels sont les efforts entrepris dans ce sens ?

- L'État a-t-il supprimé les mesures punitives à l'égard des femmes et des autres personnes qui aident les femmes à subir des avortements illégaux ?
- Le cadre juridique ou réglementaire est-il clair, de manière à garantir un accès effectif à l'avortement sans danger, là où c'est légal ? Quels sont les efforts entrepris pour garantir la clarté ?

Supprimer les barrières et garantir l'accès

- Quels efforts l'État a-t-il déployés pour veiller à ce que les motifs de santé justifiant l'avortement soient interprétés conformément à la définition de la santé par l'OMS, qui englobe à la fois la santé physique et la santé mentale ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il affecté des ressources budgétaires, humaines et administratives suffisantes à la mise en œuvre de ces stratégies ou de ces plans, notamment en veillant à ce que, là où c'est légal, l'avortement sans danger soit accessible et abordable pour toutes les femmes ?
- Existe-t-il des politiques ou des pratiques conditionnant l'accès aux soins post-avortement à l'aveu d'avoir subi un avortement illégal ou à la dénonciation du prestataire de service d'avortement ? Dans quelle mesure l'État s'est-il abstenu d'imposer ou d'éliminer de telles politiques ou pratiques ? L'État a-t-il condamné et puni de telles pratiques ?
- Les femmes et les filles qui recherchent des services d'avortement, là où ils sont légaux, ou des soins post-avortement font-elles l'objet d'un traitement abusif ? Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer et punir de tels traitements ?
- Quels efforts l'État a-t-il déployés pour garantir un accès effectif aux soins post-avortement de qualité et respectueux, quel que soit le statut juridique de l'avortement ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour réglementer la pratique de l'objection de conscience afin qu'elle n'entrave pas l'accès des femmes ou des filles aux services légaux ? À titre d'exemple, les soins d'urgence et la fourniture d'informations sur l'état de santé d'une personne ou sur l'état de sa grossesse sont-ils exemptés de la pratique de l'objection de conscience ? Existe-t-il un mécanisme de supervision permettant de s'assurer que la réglementation légale régissant l'objection de conscience est correctement mise en œuvre ?

- Dans quelle mesure l'État a-t-il éliminé ou s'est-il abstenu d'imposer d'autres restrictions à l'accès aux services d'avortement sans danger, là où ils sont légaux, ou aux soins post-avortement, notamment des lois exigeant l'autorisation d'un tiers, ou des exigences en matière de conseils obligatoires et/ou biaisés ?
- L'État garantit-il la confidentialité des femmes et des filles qui cherchent à se faire avorter là où c'est légal, ou à recevoir des soins post-avortement, par exemple, en éliminant l'obligation pour les prestataires de soins de santé de signaler aux forces de l'ordre les femmes qui ont subi un avortement ou qui sont traitées pour des soins post-avortement ?
- Quels efforts l'État fait-il pour s'assurer que la loi régissant l'avortement est disponible et accessible aux femmes et aux filles ainsi qu'aux prestataires de soins de santé et au grand public ? Des orientations sont-elles fournies aux prestataires de soins de santé ?
- Les structures, les processus, la formation et les ressources nécessaires sont-ils disponibles pour mettre les lois et les politiques en pratique ?

Recours

- Quels types de garanties administratives ou judiciaires l'État a-t-il mis en place pour offrir un recours et une réparation lorsqu'une femme ou une jeune fille s'est vu refuser de manière inadmissible l'accès à un avortement, là où c'est légal, ou aux soins post-avortement, ou lorsque sa confidentialité a été violée ?
- Ces recours sont-ils accessibles et interviennent-ils dans des délais raisonnables ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures sont en place pour garantir la participation des femmes et des filles à la formulation, à la mise en œuvre ainsi qu'à la surveillance des stratégies et des programmes de santé concernant la prévention des avortements dangereux, l'accès à l'avortement sans danger, là où c'est légal, et les soins post-avortement ?
- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des groupes en situation particulière de marginalisation et d'exclusion ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SANS DANGER ET AUX SERVICES POST-AVORTEMENT

- Le nombre d'avortements dangereux pour 1 000 femmes en âge de procréer ;
- Le nombre d'avortements légaux pratiqués ;
- Le nombre d'avortements illégaux pratiqués ;
- Le pourcentage d'admissions en obstétrique et en gynécologie dues aux complications liées à l'avortement et le nombre de ces admissions dues aux avortements illégaux ;
- Le nombre de prestataires de soins de santé, y compris les prestataires de niveau intermédiaire, formés à la prestation de services liés à l'avortement (ventilé par lieu géographique) ;
- Le pourcentage de décès maternels dus aux avortements dangereux (ventilé par âge, quintile économique, lieu et race/ethnie) ;
- Le pourcentage de morbidité maternelle due aux avortements dangereux (ventilé par âge, quintile économique, lieu et race/ethnie).

Cible connexe de l'Objectif de développement durable : 3.1 D'ici à 2030, ramener le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes ; 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès universel aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux

Indicateur connexe de l'Objectif de développement durable : 3.1.1 Le taux de mortalité maternelle ; 3.7.1 La proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes

Indicateur 5.6.2 de l'ODD sur le nombre de pays dotés de lois et de réglementations garantissant aux femmes et aux hommes âgés de 15 ans et plus un accès total et égal aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de soins de santé sexuelle et reproductive.

3. LES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE POUR GARANTIR UNE GROSSESSE ET UN ACCOUCHEMENT SANS DANGER

On estime qu'en 2015, environ 303 000 femmes sont décédées pendant et après la grossesse et l'accouchement. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde à cause de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié leur taux de mortalité maternelle depuis 1990.⁵⁵ Malgré les progrès réalisés, ce chiffre reste inacceptable.

De nombreuses femmes se heurtent aux barrières importantes, notamment des retards dans la recherche de soins, dans l'accès aux établissements de santé et dans l'administration de traitements de qualité par des professionnels qualifiés, ce qui se traduit par des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles.⁵⁶ Quatre-vingt pour cent des décès maternels dans le monde sont provoqués par les hémorragies graves, les infections, l'hypertension artérielle pendant la grossesse et les avortements dangereux, autant de causes qui peuvent généralement être évitées si elles sont déterminées et correctement prises en charge en temps voulu. Les femmes vivant dans les pays en développement sont les plus touchées, avec 99 % des décès maternels dans le monde.⁵⁷ En outre, les adolescentes âgées de 15 à 19 ans courent deux fois plus de risques de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes de plus de 20 ans, tandis que les adolescentes de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques.⁵⁸

En outre, pour chaque femme qui meurt de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, au moins 20 autres femmes souffrent d'une maladie de longue durée liée à une grossesse non désirée ou à un accouchement récent.⁵⁹ La fistule obstétricale est une maladie débilitante dont la cause immédiate est un accouchement très long ou obstrué qui entraîne des fuites constantes d'urine, de matières fécales et de sang, et qui a des conséquences physiques et sociétales importantes.

La fistule obstétricale est essentiellement évitable en retardant l'âge de la première grossesse, en mettant fin aux pratiques traditionnelles néfastes et en assurant un accès opportun aux soins obstétricaux. Pourtant, environ deux millions de femmes vivent avec une fistule dans le monde et jusqu'à 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année.⁶⁰

Le manque d'accès aux soins de santé maternelle de qualité est désormais reconnu comme un problème lié aux droits humains impliquant le droit de ne pas subir de discrimination et d'autres privations de droits de

l'Homme, ainsi que la nécessité de renforcer la redevabilité des gouvernements. Le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies a adopté de nombreuses résolutions déclarant que la mortalité maternelle est une violation des droits humains et a exhorté les États à redoubler d'efforts pour la prévenir.⁶¹

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît également que l'éducation, la nutrition, les soins prénataux, les soins obstétricaux d'urgence, l'assistance à l'accouchement, les soins postnatals et la planification familiale sont autant d'éléments essentiels à la réduction de la mortalité maternelle.⁶² Les objectifs du Programme d'action de la CIPD pour la réduction de la mortalité maternelle⁶³ ont été intégrés dans les ODD qui appellent à réduire le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes.⁶⁴

Le cadre des droits humains qui a été développé à travers les traités internationaux sur les droits humains et leurs organes de surveillance respectifs reconnaît que la mortalité maternelle viole les droits à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination.

a. Les obligations des États⁶⁵

Les États ont l'obligation de concevoir des lois, des politiques, des programmes et des pratiques visant à garantir la santé et le bien-être des femmes et des filles tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Les obligations des États sont les suivantes :

- Collecter, analyser et diffuser les données ventilées nécessaires pour comprendre les causes principales – directes et indirectes – de la mortalité et de la morbidité maternelles, mais aussi pour y répondre de manière adéquate ;
- Aborder les déterminants sous-jacents d'une grossesse en bonne santé, notamment l'eau potable, une nutrition adéquate, l'éducation, l'assainissement et les transports ;
- Réduire leur taux de mortalité maternelle en prévoyant des interventions adéquates permettant de prévenir la mortalité maternelle, notamment en garantissant l'accès à une assistance qualifiée à l'accouchement, aux soins prénataux, aux soins obstétricaux d'urgence, y compris aux systèmes d'orientation efficaces en cas de complications obstétriques, aux avortements sans danger et aux soins de qualité pour les complications résultant d'avortements dangereux ;

- Supprimer les barrières aux soins de santé reproductive, notamment les coûts élevés, en fournissant des services gratuits liés à la grossesse, à l'accouchement et aux soins postnatals ;
- Veiller à ce que les médicaments essentiels pour les complications liées à la grossesse soient enregistrés et disponibles (par exemple, le misoprostol pour traiter les hémorragies post-partum et les avortements incomplets) ;
- Assurer la répartition des prestataires de soins de santé afin de garantir l'accès aux services de santé maternelle essentiels, quel que soit le lieu géographique ;
- Veiller à ce que les services de santé maternelle répondent aux besoins particuliers des femmes et intègrent les secteurs marginalisés de la société, notamment ceux où les taux de mortalité maternelle sont élevés, les femmes jeunes, pauvres, rurales, minoritaires et autochtones, ainsi que les travailleuses migrantes ;
- Réglementer l'objection de conscience des professionnels de la santé afin que cela n'empêche pas les femmes et les filles d'accéder à l'information et aux services dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées concernant la grossesse et la santé reproductive ;
- Prendre des mesures pour garantir que la vie et la santé de la femme enceinte soient prioritaires par rapport à la protection du fœtus.

En outre, les obligations de l'État en vue de garantir des soins de santé maternelle et reproductive de bonne qualité comprennent les éléments suivants :

- Veiller à ce qu'il existe des règles juridiques et professionnelles claires permettant de garantir la qualité des soins ;
- Fournir une formation de haute qualité aux prestataires de soins de santé ;
- Prévenir et aborder les mauvais traitements infligés aux femmes et aux filles qui recherchent des services de santé reproductive, y compris des soins de santé maternelle.

b. Examiner la conformité des États

Concevoir des lois, des politiques et des stratégies efficaces

- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu et mis en œuvre une stratégie ou un plan national visant à garantir l'accès à l'information, aux biens et aux services en matière de santé maternelle et reproductive ainsi qu'à réduire la mortalité et la morbidité maternelles ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il alloué des ressources budgétaires, humaines et administratives suffisantes à la mise en œuvre de ces stratégies ou de ces plans ?

Garantir l'accès aux services de santé maternelle

- Dans quelle mesure l'État a-t-il amélioré l'accès, par le biais des soins de santé primaires, aux services de santé maternelle, y compris les soins prénataux, les soins obstétricaux d'urgence, les soins postnataux, l'avortement et les services post-avortement ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour améliorer les systèmes d'orientation des patientes lorsque certains services de santé maternelle, notamment les soins obstétricaux d'urgence, l'avortement et les services post-avortement, ne sont pas disponibles sur le plan de la communauté et des soins de santé primaires ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il amélioré l'accès aux produits vitaux et aux médicaments essentiels pour améliorer la santé maternelle ?
- Quelles mesures politiques et programmatiques ont été prises pour aborder les trois retards qui sont souvent à l'origine d'une mortalité et d'une morbidité maternelles évitables ?

Supprimer les barrières

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer les pratiques néfastes qui peuvent contribuer aux grossesses à risque, notamment les mutilations génitales féminines ou les mariages précoces ou forcés ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour abroger les lois, les politiques ou les pratiques qui donnent la priorité au fœtus plutôt qu'aux soins médicaux vitaux ou salvateurs pour les femmes et les filles enceintes ?

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour veiller à ce que les femmes et les filles ne soient pas exposées aux risques sanitaires évitables en raison de leur grossesse ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour lutter contre les grossesses précoces ou non désirées en garantissant l'accès à une éducation complète à la sexualité ainsi que l'accès à l'information et aux services en matière de contraception, y compris pour les adolescents et les jeunes ?
- Quels efforts l'État a-t-il déployés pour exercer une diligence raisonnable afin de prévenir et d'éliminer les traitements abusifs ainsi que les attitudes discriminatoires, y compris de la part des prestataires de soins de santé, à l'égard des femmes et des filles qui cherchent à obtenir des soins de santé liés à la grossesse, en particulier les femmes et les filles issues de groupes marginalisés et exclus ?
- Quels efforts ont été déployés pour garantir que les soins de santé maternelle sont couverts par le système de santé ou qu'ils sont abordables pour les femmes et les filles vivant dans la pauvreté ?
- Quels efforts l'État a-t-il déployés pour éliminer, en droit et en pratique, la nécessité de demander l'autorisation d'un tiers (par exemple, le conjoint, les parents, le tuteur légal) pour accéder aux services de soins de santé maternelle ?

Recours

- Quels types de garanties administratives ou judiciaires l'État a-t-il mis en place pour offrir un recours et une réparation en cas de violation des droits des femmes à accéder aux soins de qualité liés à la grossesse ? Par exemple, les recours judiciaires, l'examen des décès maternels, etc.
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir l'accessibilité, la rapidité et l'efficacité de ces garanties administratives ou judiciaires ?

Participation

- Quel type de mécanismes et de procédures a été mis en place pour garantir la participation des femmes et des filles à la formulation, à la mise en œuvre et à la surveillance des stratégies ainsi que des programmes de santé visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles de même que leurs déterminants sous-

jacents, notamment les pratiques néfastes, l'eau, l'assainissement, la nutrition, etc. ?

- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des groupes de femmes et de filles présentant un risque plus élevé de mortalité maternelle ou se trouvant dans une situation particulière de marginalisation et d'exclusion ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR LES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE⁶⁶

* La ventilation par âge, race/ethnie, lieu de résidence et quintiles économiques

- Le calendrier et la couverture de la politique nationale qui se concentre sur la santé maternelle ou inclut cette dernière ;
- Les proportions estimées de naissances et de décès enregistrés par le système d'enregistrement de l'état civil ;
- Le taux de mortalité maternelle ;*
- La couverture des soins prénataux ;*
- Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ;*
- La disponibilité (c'est-à-dire le nombre d'établissements) de soins obstétricaux essentiels de base et complets ainsi que le nombre de ces établissements qui sont utilisés (ventilés par lieu géographique) ;
- La proportion de femmes souffrant de complications obstétricales qui utilisent ces structures ;*
- La prévalence de l'anémie chez les femmes ;*
- Le pourcentage d'admissions en obstétrique et en gynécologie dues à un avortement* ;
- La prévalence de la fistule obstétricale ;
- Le taux de mortalité périnatale ;*
- Le risque de décès maternel au cours de la vie.*

Cible connexe de l'Objectif de développement durable : 3.1 D'ici à 2030, ramener le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes

Indicateur 5.6.2 de l'ODD sur le nombre de pays dotés de lois et de réglementations garantissant aux femmes et aux hommes âgés de 15 ans et plus un accès total et égal aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de soins de santé sexuelle et reproductive.

Indicateur connexe de l'Objectif de développement durable : 3.1.1 Le taux de mortalité maternelle ; 3.1.2 : La

proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

4. LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH ET DU SIDA

Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont contracté le VIH et environ 30 millions d'entre elles sont mortes du sida.⁶⁷ Si l'accès aux traitements antirétroviraux s'est considérablement amélioré au cours de la dernière décennie, des lacunes subsistent en matière de traitement, notamment pour les jeunes et les populations clés (c'est-à-dire les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les toxicomanes et les transsexuels). Selon les données de l'ONUSIDA, 36,9 millions de personnes vivent avec le VIH. L'Afrique orientale et australe est la région qui abrite plus de la moitié (53 %) des personnes vivant avec le VIH.

Les femmes et les filles continuent d'être touchées de manière disproportionnée.

Pour des raisons sociales, culturelles et physiologiques, ainsi qu'en raison de la prévalence de la violence à l'encontre des femmes, les femmes représentent plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH. L'ONUSIDA rapporte que sur le plan mondial, en 2017, environ 18,2 millions de femmes âgées de 15 ans et plus vivaient avec le VIH. Cela représente 52 % de l'ensemble des jeunes et des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH ont le même droit à la santé sexuelle et reproductive que toutes les autres personnes de la communauté. Pourtant, moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement, et moins de 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays en développement reçoivent le traitement le plus efficace pour prévenir la transmission à leurs enfants. Les travailleurs du sexe ont un risque dix fois plus élevé de contracter le VIH que la population générale. La stigmatisation et la discrimination entravent l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH et entraînent des violations des droits de l'Homme. À titre d'exemple, les personnes vivant avec le VIH ont été la cible de politiques et de pratiques coercitives notamment la stérilisation forcée, qui les privent de leurs droits humains fondamentaux et créent une méfiance à l'égard du système de santé, ce qui les dissuade de se faire soigner. En outre, la criminalisation des travailleurs du sexe et de leurs clients, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, des consommateurs de drogues et des transsexuels dans de nombreux pays du

monde, exacerbe leur exclusion sociale et nuit à leur capacité d'accès aux services. Les lois qui criminalisent la transmission du VIH sont inefficaces pour réduire la transmission, car elles dissuadent les particuliers de se soumettre à un test de dépistage du VIH par crainte d'être poursuivis.

L'ONUSIDA signale que sur le plan mondial, deux nouvelles infections par le VIH sur trois chez les 15-19 ans sont le fait de filles. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins. Les jeunes se voient souvent refuser l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH sans l'autorisation de leurs parents. La peur et la stigmatisation aggravent leur réticence à accéder aux services de lutte contre le VIH lorsqu'ils existent. La réticence des États et des institutions religieuses à soutenir une éducation complète à la sexualité contribue à la persistance de faibles taux d'utilisation du préservatif chez les adolescents et les jeunes sexuellement actifs.

a. Les obligations des États

Les États doivent garantir aux personnes vivant avec le VIH la jouissance égale de leurs droits humains en concevant des lois, des politiques et des pratiques qui assurent la prévention et le traitement du VIH/sida. Les obligations des États en matière de prévention et de traitement du VIH/sida sont notamment les suivantes :

- Le traitement antirétroviral doit être disponible, abordable et accessible à tous de manière équitable et les États doivent prendre des mesures pour éliminer les barrières à l'accès au traitement antirétroviral, y compris son coût élevé ;
- Veiller à ce que toutes les personnes vivant avec le VIH puissent accéder à l'information, aux biens et aux services en matière de santé reproductive, y compris l'accès aux soins périnataux, à l'assistance qualifiée à l'accouchement, aux soins obstétricaux d'urgence et à d'autres médicaments et techniques de santé reproductive. Il s'agit notamment de l'obligation de :
 - garantir l'accès aux soins de santé reproductive non discriminatoires, non abusifs et non stigmatisants pour les femmes enceintes vivant avec le VIH et pour les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent tomber enceintes, pour les personnes appartenant aux populations clés ainsi que pour les adolescents et les jeunes sexuellement actifs ;

- garantir l'accès au traitement antirétroviral pour réduire la transmission verticale ; et
- veiller à ce que toutes les personnes qui ont besoin d'un traitement en bénéficient, indépendamment de leur statut de migrant, de leur appartenance ethnique, de leur lieu de résidence, de leur travail, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur situation de famille, de leur identité de genre ou de tout autre statut.

- Veiller à ce que le dépistage et le traitement du VIH soient volontaires, confidentiels et disponibles sans le consentement des parents ;
- Mettre en œuvre des stratégies de prévention, notamment la promotion de l'utilisation des préservatifs et l'accès sans entraves aux contraceptifs masculins et féminins ainsi que l'organisation de campagnes de sensibilisation du public fondées sur des données probantes ;
- S'assurer que des ressources appropriées sont allouées aux programmes de lutte contre le VIH et que l'efficacité des programmes est surveillée et évaluée.

Les États doivent également prendre des mesures efficaces pour garantir l'absence de discrimination et lutter contre la stigmatisation relative au VIH. Les obligations des États sont les suivantes :

- Interdire la discrimination fondée sur le statut sérologique ;
- Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH aient un accès non discriminatoire aux services de santé reproductive ;
- Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH puissent prendre des décisions informées et volontaires en matière de reproduction et de maternité, ce qui inclut l'obligation de garantir l'accès à l'information et aux services en matière de contraception, aux services d'avortement sans danger là où ils sont légaux et aux technologies de reproduction. Il convient également d'éliminer les politiques ou les pratiques qui encouragent ou permettent, directement ou indirectement, la stérilisation involontaire des personnes vivant avec le VIH ;
- Les stratégies pour aborder le VIH doivent cibler les populations clés – les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes,

les transsexuels et les toxicomanes – ainsi que d'autres populations plus vulnérables au VIH, notamment les jeunes, en particulier les adolescents, les prisonniers et les migrants ;

- Les États devraient adopter une approche sexospécifique de l'épidémie de VIH, en mettant l'accent sur les droits et les besoins particuliers des femmes. Éliminer les facteurs sociaux et culturels qui exacerbent le risque accru pour les femmes et les filles de contracter le VIH, notamment la violence basée sur le genre, les stéréotypes sexistes, l'absence ou l'insuffisance d'éducation sexuelle pour les jeunes femmes et les jeunes hommes, ainsi que les pratiques préjudiciables, comprenant les mutilations génitales féminines (MGF) et les mariages d'enfants, précoces et forcés ;
- Tous les États devraient également abroger les lois qui criminalisent les comportements consensuels entre personnes du même sexe, le travail sexuel et la transmission du VIH.

b. Examiner la conformité des États

Lois, politiques, stratégies et budgets

- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu et mis en œuvre une stratégie ou un plan national visant à assurer la prévention du VIH, le traitement et la prise en charge des populations clés les plus exposées au risque de VIH, notamment les femmes et les filles, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels, les toxicomanes, les adolescents, les jeunes, les migrants ainsi que les prisonniers ?
- Dans quelle mesure le plan susmentionné inclut-il des programmes visant à réduire la transmission parent-enfant ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il mis en place des protections législatives ou réglementaires pour garantir le droit des personnes vivant avec le VIH à donner leur consentement éclairé et volontaire aux biens et aux services de santé, y compris le dépistage du VIH, et pour garantir la confidentialité du dépistage ainsi que du traitement ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il alloué des ressources budgétaires, humaines et administratives suffisantes à la mise en œuvre de ces stratégies ou de ces plans ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il promulgué et appliqué une législation interdisant la discrimination dans l'accès aux biens et aux services, ainsi que dans le secteur privé, notamment en matière d'emploi, sur la base de la séropositivité ? La loi interdit-elle la discrimination fondée sur le statut VIH ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu et mis en œuvre des campagnes d'information publique efficaces qui expliquent comment se protéger du VIH, mais qui luttent également contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH ?
- La transmission du VIH est-elle criminalisée ? Le comportement homosexuel ? Le travail sexuel ? L'usage de drogues ? Dans quelle mesure l'acte est-il criminalisé ?

Assurer l'accès et supprimer les barrières

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer la discrimination en droit et en pratique à l'égard des personnes séropositives, notamment en abrogeant les lois discriminatoires et en interdisant la discrimination fondée sur le statut sérologique ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour abroger les lois qui criminalisent les relations sexuelles consenties entre personnes du même sexe, le travail sexuel et la transmission du VIH ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer les mesures involontaires ou punitives dans les programmes de dépistage, de prévention ou de traitement du VIH, notamment le dépistage obligatoire du VIH chez les femmes ou les filles enceintes, les travailleurs du sexe, les personnes qui consomment des drogues et les jeunes ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour respecter le droit des personnes vivant avec le VIH de prendre des décisions volontaires en matière de reproduction, par exemple, en éliminant les politiques ou les programmes qui encouragent ou tolèrent la stérilisation involontaire ou l'avortement forcé pour les femmes vivant avec le VIH ?

- Les structures, les processus, la formation et les ressources nécessaires sont-ils disponibles pour mettre les lois et les politiques en pratique ?
- Quels efforts ont été déployés pour réduire la stigmatisation des prestataires de soins de santé, des forces de l'ordre et du système judiciaire à l'égard des populations clés, notamment les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les transsexuels et les toxicomanes ?
- Quels efforts de surveillance l'État a-t-il mis en place pour garantir l'accès, l'acceptabilité et la qualité des services pour les adolescents et les autres jeunes, les populations clés et les populations les plus vulnérables au VIH ?

Recours

- Quels types de garanties administratives ou judiciaires l'État a-t-il mis en place pour offrir un recours et une réparation lorsqu'un particulier vivant avec le VIH s'est vu refuser des soins de santé essentiels en raison de son statut VIH ou a reçu un traitement abusif, stigmatisant ou discriminatoire dans le cadre des soins de santé ou dans tout autre cadre (par exemple, sur le lieu de travail ou dans le cadre de la participation à la vie sociale et communautaire) ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour s'assurer que ces garanties administratives ou judiciaires sont connues, accessibles et opportunes ?
- Quels types de garanties administratives ou judiciaires l'État a-t-il mis en place pour offrir un recours et une réparation lorsque des travailleurs du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des transsexuels, des consommateurs de drogues, des migrants sans papiers, des autochtones et d'autres personnes plus vulnérables au VIH (y compris les personnes vivant avec le VIH) ont reçu un traitement stigmatisant ou discriminatoire dans le cadre des soins de santé ou dans tout autre cadre (par exemple, la police, la justice, les services sociaux, le lieu de travail ou la participation à la vie sociale et communautaire) ?
- Dans quelle mesure les mécanismes de plainte et de recours ont-ils été utilisés et dans quelle mesure sont-ils accessibles dans la pratique pour les populations clés, les populations autochtones, les minorités

ethniques, les migrants sans papiers et d'autres personnes plus vulnérables au VIH ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures ont été mis en place pour garantir la participation des populations clés, des populations autochtones, des adolescents et des jeunes, ainsi que des personnes vivant avec le VIH, à la formulation, à la mise en œuvre ainsi qu'à la surveillance des stratégies et des programmes de lutte contre le VIH ?
- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des populations clés, des populations autochtones, des adolescents et des jeunes, des personnes vivant avec le VIH ainsi que d'autres populations plus vulnérables au VIH qui sont marginalisées, stigmatisées et confrontées à l'exclusion sociale et économique ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA

* La ventilation par sexe, genre, âge, quintiles économiques, lieu de résidence et race/ethnicité

- La proportion de la population couverte par des programmes de sensibilisation à la transmission du VIH ;
- La connaissance des pratiques préventives liées au VIH ;*
- La proportion de la population appliquant des mesures préventives efficaces contre les maladies, notamment le VIH et le paludisme ;*
- Le nombre de programmes de prévention de la transmission verticale du VIH ;
- La prévalence du VIH ;*
- La prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes (ventilée par âge, quintile économique, lieu et race/ethnicité) ; La prévalence de l'infection par le VIH chez les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels, les consommateurs de drogues, les adolescents et les autres jeunes (ventilée par âge, quintile économique, lieu et race/ethnicité).

Cible connexe de l'Objectif de développement durable :
3.3 D'ici à 2030, mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées, et lutter contre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles. Indicateur de l'Objectif de développement durable correspondant : 3.3.1 Le nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1 000 personnes non infectées, par sexe, âge et populations clés

Indicateur 5.6.2 de l'ODD sur le nombre de pays dotés de lois et de réglementations garantissant aux femmes et aux hommes âgés de 15 ans et plus un accès total et égal aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de soins de santé sexuelle et reproductive.

5. L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ

Pour prendre des décisions éclairées en matière de sexualité et de reproduction, les particuliers ont besoin d'informations accessibles, de qualité et complètes sur les méthodes contraceptives efficaces.⁶⁸ Toutefois, des outils et des services de conseil inadéquats, une éducation sexuelle limitée ou inexistante à l'école et en dehors, ainsi que des informations inexistantes ou erronées sur la sécurité et l'efficacité des contraceptifs de même que d'autres problèmes concernant la reproduction et la sexualité⁶⁹ entravent la capacité des particuliers à prendre des décisions éclairées et à jouir d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre, à l'abri de la discrimination, de la coercition et de la violence, comme l'a reconnu la CIPD.

Selon l'UNESCO, les programmes d'éducation complète à la sexualité comprennent des informations sur les sujets suivants : croissance et développement ; anatomie et physiologie sexuelles ; reproduction, contraception, grossesse et accouchement ; VIH et sida ; infections sexuellement transmissibles ; vie familiale et relations interpersonnelles ; culture et sexualité ; renforcement des droits humains ; non-discrimination, égalité et rôles des sexes ; comportement sexuel ; diversité sexuelle ; abus sexuels ; violence basée sur le genre ; et pratiques préjudiciables.⁷⁰

Dans le cadre des obligations qui incombent aux États en vertu du droit au meilleur état de santé possible et du droit à l'éducation, ils ont l'obligation de veiller à ce que tous les particuliers aient accès à une éducation complète à la sexualité, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système éducatif formel.⁷¹ Cela inclut les obligations suivantes :

a. Les obligations des États

- Intégrer des programmes d'éducation complète à la sexualité dans le programme scolaire standard, dispensés tout au long de la scolarité d'une manière adaptée à l'âge et sans le consentement des parents ;⁷²
- Faire en sorte que les programmes d'éducation sexuelle soient également disponibles en dehors du cadre scolaire formel, par exemple, par l'intermédiaire d'organisations communautaires, afin d'atteindre les personnes exclues du système éducatif, y compris les filles mariées et les enfants des rues ;
- Concevoir des campagnes d'éducation publique en vue de sensibiliser aux problèmes de santé sexuelle et reproductive, notamment aux risques de grossesse précoce et à la prévention des IST ;⁷³
- Inclure une instruction sur les programmes d'éducation complète à la sexualité dans les programmes de formation des enseignants, afin de s'assurer que les instructeurs sont formés pour fournir des informations complètes et précises dans un environnement d'apprentissage sûr.⁷⁴

Contenu des programmes d'éducation complète à la sexualité

- Concevoir des matériels pédagogiques qui reflètent des programmes d'éducation complète à la sexualité de bonne qualité, scientifiquement exacts et accessibles ;⁷⁵
- Il convient de noter que les programmes efficaces sont ceux qui fournissent des informations scientifiquement exactes et doivent être enseignés sur une période de plusieurs années, conformément aux lignes directrices de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle, conçues pour aider les États à élaborer des programmes d'éducation complète à la sexualité.⁷⁶
- Les informations relatives à la santé doivent être physiquement accessibles, compréhensibles et adaptées à l'âge et au niveau d'éducation des enfants ;⁷⁷
- Les États ont l'obligation de veiller à ce que tous les programmes d'éducation sexuelle, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements scolaires, ne censurent pas des informations, n'en retiennent pas ni ne diffusent des informations biaisées ou

incorrectes en ce qui concerne les faits, notamment des informations inexactes sur les contraceptifs.⁷⁸ Ils doivent être non discriminatoires, tant sur le plan du contenu que des méthodes d'enseignement.⁷⁹ Cela inclut l'obligation de concevoir des matériels pédagogiques qui ne perpétuent pas de stéréotypes nuisibles ou discriminatoires, et qui accordent une attention particulière aux problèmes liés à la diversité et au genre, y compris les stéréotypes sur les rôles des hommes et des femmes.⁸⁰

b. Examiner la conformité des États

- L'État a-t-il conçu et pleinement mis en œuvre une stratégie ou un plan national pour garantir l'accès à une éducation complète et précise à la sexualité, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des écoles ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu des programmes d'études et du matériel de formation des enseignants ?
- Dans quelle mesure le contenu des programmes existants respecte-t-il les normes et les lignes directrices internationales en matière de droits de l'Homme, conçues par l'UNESCO ?
 - Les informations sur la sexualité ou sur la santé sexuelle et reproductive sont-elles exactes ? Sinon, l'État a-t-il pris des mesures pour éliminer ces informations ?
- Les enseignants et les étudiants en pédagogie sont-ils formés à l'enseignement de l'éducation sexuelle ? Sont-ils sensibilisés aux différents besoins des élèves et à l'importance d'une exactitude scientifique exempte de mythes et de stéréotypes ?
- Dans quelle mesure l'État garantit-il l'accès aux programmes d'éducation sexuelle ?
 - Les programmes scolaires sont-ils obligatoires et dispensés tout au long de la scolarité d'une manière adaptée à l'âge des élèves ?
 - Quelles mesures l'État a-t-il prises pour abroger les politiques, les lois et les règlements restreignant l'accès à l'éducation sexuelle et aux informations sur la santé sexuelle et reproductive ?
 - Existe-t-il des limitations ou des restrictions, notamment l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur

pour la participation à de tels programmes ? Si oui, dans quelle mesure l'État a-t-il pris des mesures pour faire disparaître ces limitations ?

- Les programmes sont-ils accessibles aux enfants handicapés ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour s'assurer que les croyances, les pratiques et les institutions religieuses, sociales ou autres n'entravent pas l'accès des particuliers à une éducation complète à la sexualité ?

- Les structures, les processus, la formation et les ressources nécessaires sont-ils disponibles pour mettre les lois et les politiques en pratique ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures ont été mis en place pour garantir la participation des enfants, des parents et des éducateurs à la conception, à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'éducation sexuelle, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des écoles ?
- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des enfants appartenant aux groupes marginalisés, y compris, mais sans s'y limiter, ceux qui ne vont pas à l'école et ceux qui sont mariés ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ

- Le pourcentage d'élèves ayant reçu une éducation complète à la sexualité à l'école (ventilé par âge et par lieu géographique) ;
- Le pourcentage d'adolescents qui comprennent comment prévenir les grossesses non désirées et les IST (ventilé par ethnie/race, handicap et quintile économique) ;
- Le pourcentage d'enseignants formés à l'éducation sexuelle (ventilé par lieu géographique) ;
- Le pourcentage de prestataires de santé formés au conseil en matière de santé sexuelle et reproductive (ventilé par lieu géographique) ;

- Le ratio d'enseignants dispensant une éducation sexuelle par rapport au nombre total d'élèves inscrits (ventilé par lieu géographique) ;
- Le pourcentage d'adolescents sexuellement actifs ayant utilisé un moyen de contraception lors de leur premier ou dernier rapport sexuel (ventilé par âge).

Cible de l'Objectif de développement durable : 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès universel aux services relatifs à la santé sexuelle et reproductive, y compris en matière de planification familiale, d'information et d'éducation, et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux

De nombreux indicateurs des objectifs de développement durable liés au VIH, à la contraception moderne et à la santé maternelle, y compris : 3.7.2

Le taux de natalité chez les adolescentes (10-14 ans ; 15-19 ans) pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge

Indicateur 5.6.2 de l'ODD sur le nombre de pays dotés de lois et de réglementations garantissant aux femmes et aux hommes âgés de 15 ans et plus un accès total et égal aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de soins de santé sexuelle et reproductive.

6. LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES FEMMES ET DES FILLES

La violence à l'encontre des femmes est une violence basée sur le genre, exercée à l'égard de femmes ou de filles, qui entraîne ou est susceptible d'entraîner des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles, psychologiques ou économiques.⁸¹ La violence à l'encontre des femmes – en particulier la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle – est un problème majeur de santé publique ainsi qu'une violation des droits humains des femmes. Les estimations mondiales publiées par l'OMS indiquent qu'environ une femme sur trois (35 %) dans le monde a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou des violences sexuelles non liées à un partenaire au cours de sa vie.⁸²

Parmi les exemples de violence à l'encontre des femmes et des filles, on peut citer la violence sexuelle et le viol, la violence domestique et les pratiques néfastes, notamment les mutilations génitales féminines.⁸³ De nombreuses conséquences sanitaires découlent de ces violations, parmi l'on compte les grossesses non désirées, les IST et les complications liées à la grossesse. Étant donné que la violence à l'encontre des femmes renforce et perpétue

les inégalités entre les sexes, la capacité des femmes à contrôler leur fécondité est compromise. Elles sont incapables de négocier l'utilisation de contraceptifs ou d'y accéder, ce qui les rend plus vulnérables au VIH et aux autres IST. Les filles et les femmes vivant dans des situations de conflit ou autres contextes humanitaires, ainsi que les adolescentes, sont particulièrement vulnérables. Les pratiques néfastes, notamment les mutilations génitales féminines ou les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés, sont particulièrement préjudiciables aux filles, tant sur le plan physique que mental. Pour lutter contre la violence à l'encontre des femmes et des filles, il ne suffit pas d'adopter des lois pénales interdisant la violence ; il convient d'aborder les causes sous-jacentes et profondes de la violence basée sur le genre afin d'éradiquer cette pratique.

a. Les obligations des États

Les organes de défense des droits humains reconnaissent que la violence à l'encontre des femmes et des filles constitue une forme de discrimination.⁸⁴ Les obligations de l'État sont les suivantes :

- Prendre des mesures pour modifier les modèles sociaux et culturels en vue d'éliminer les préjugés et les pratiques fondés sur l'infériorité ou la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou sur les rôles stéréotypés des hommes et des femmes ;
- Prévenir et éliminer la violence à l'encontre des femmes et des filles, tant dans la sphère publique que dans la sphère privée ;
- Adopter une législation adéquate et complète et d'autres mesures, y compris des sanctions le cas échéant, pour prévenir et punir toute forme de violence à l'encontre des femmes et des filles ;
- Enquêter, poursuivre et punir les cas de violence basée sur le genre ;
- Mettre en œuvre des programmes de formation de la police, des procureurs et des magistrats sur la violence basée sur le genre ;
- Veiller à ce que les programmes visant à lutter contre la violence basée sur le genre prennent en compte les groupes mal desservis et vulnérables, notamment les personnes handicapées, afin qu'ils aient accès, de

même que toutes les femmes, aux services essentiels et aux réparations ;

- Mettre en œuvre des politiques qui protègent les victimes contre d'autres préjudices, notamment des services sociaux, psychologiques et de santé pour les victimes ;
- Décriminaliser l'avortement en cas de viol ;
- Fournir un accès rapide à la contraception d'urgence aux anciennes victimes de violences sexuelles ;
- Intégrer des efforts pour lutter contre les stéréotypes fondés sur le genre et d'autres causes sous-jacentes de violences basées sur le genre dans les programmes visant à lutter contre la violence basée sur le genre ;
- Lancer des campagnes d'éducation du public, y compris dans les écoles, pour sensibiliser à la violence basée sur le genre et lutter contre ses causes profondes, y compris les stéréotypes sexuels néfastes ;
- Assurer une formation complète pour les professionnels concernés, notamment les enseignants et les travailleurs de la santé ;
- Garantir un accès efficace à la justice aux anciennes victimes de violences à l'encontre des femmes, de même qu'à l'aide juridique et aux recours, y compris l'indemnisation et la réadaptation.

b. Examiner la conformité des États⁸⁵

Lois, politiques et budgets

- L'État a-t-il ratifié et mis en œuvre la Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux et régionaux pertinents en matière de droits humains ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il mis en œuvre les garanties constitutionnelles d'égalité et de non-discrimination et abrogé les lois discriminatoires ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu et mis en œuvre des plans d'action/une politique exécutive sur la violence à l'encontre des femmes et des filles, en s'appuyant sur des preuves solides et en faisant preuve de volonté politique pour sa mise en œuvre, comme en

témoignent les allocations budgétaires, les calendriers et la répartition claire des responsabilités ?

- Dans quelle mesure l'État a-t-il interdit ou criminalisé toutes les formes de violence à l'encontre des femmes et des filles et traité comme des délits graves, notamment :
 - le harcèlement sexuel et la traque ;
 - la violence domestique et entre partenaires intimes ;
 - les pratiques préjudiciables, notamment les MGF ainsi que les mariages d'enfants, précoces et forcés ;
 - le viol, y compris le viol conjugal.
- Dans quelle mesure la loi reconnaît-elle que le viol est un crime contre la personne plutôt que contre la morale, qui ne peut être couvert par le mariage ?
- Dans quelle mesure la loi protège-t-elle les anciennes victimes de violences, y compris par le biais d'ordonnances de protection et de refuges sûrs pour les femmes et leurs enfants ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il interdit le mariage des enfants ?

Sensibilisation et formation

- Dans quelle mesure l'État a-t-il alloué des ressources suffisantes pour garantir la prestation de services de soutien et de plaidoyer par les ONG, notamment des refuges, des lignes d'assistance téléphonique, des services de plaidoyer, de conseil et autres ? Ces ressources sont-elles réparties de manière adéquate entre les différentes situations géographiques ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il collecté, rassemblé et publié des données ventilées sur toutes les formes de violence à l'encontre des femmes ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour sensibiliser les professionnels et les fonctionnaires qui sont en contact avec les anciennes victimes de violences, notamment tous les professionnels responsables de l'application de la loi, les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux, etc. ?

- Dans quelle mesure des campagnes de sensibilisation à la violence à l'encontre des femmes et des filles sont-elles menées dans l'ensemble du pays, notamment pour démystifier les stéréotypes sexuels préjudiciables à l'égard des femmes ?
- Dans quelle mesure la prévention de la violence est-elle intégrée dans le programme scolaire ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu des lignes directrices sur la gestion des conséquences médicales de la violence à l'encontre des femmes ?
- Dans quelle mesure l'accès à la contraception d'urgence, à la prophylaxie du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et, le cas échéant, à l'avortement sans danger fait-il partie de la norme en matière de soins pour les anciennes victimes de violences ?

Recours

- Dans quelle mesure existe-t-il un cadre juridique, une législation et un droit procédural efficaces qui permettent aux anciennes victimes de violences d'accéder à la justice (y compris à une aide juridique gratuite), d'obtenir réparation, protection et indemnisation ? Sont-ils adaptés aux barrières particulières auxquelles les femmes et les filles font face lorsqu'elles cherchent à obtenir justice ?
- Dans quelle mesure l'État mène-t-il des enquêtes rapides, impartiales et sérieuses sur toutes les allégations de violence à l'encontre des femmes et des filles et traduit-il les auteurs en justice ?
- Les groupes marginalisés et isolés de femmes et de filles ont-ils un accès égal au soutien et à la justice ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures ont été mis en place pour garantir la participation des femmes victimes de violence à la formulation, à la mise en œuvre ainsi qu'à la surveillance des stratégies et des programmes de lutte contre la violence à l'encontre des femmes ?
- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des groupes en situation particulière de marginalisation et d'exclusion, y compris, mais sans s'y limiter, les femmes handicapées ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES⁸⁶

- L'âge minimum légal pour le mariage ;
- La proportion de femmes ayant subi des violences physiques, sexuelles et psychologiques au cours de l'année écoulée, en fonction de la gravité de la violence, de la relation avec l'auteur et de la fréquence (ventilée par âge, handicap, lieu géographique, quintile économique, race/ethnicité) ;
- Le nombre de cas de violence à l'encontre des femmes signalés aux forces de l'ordre et le pourcentage d'enquêtes sur ces signalements (ventilés par âge, lieu géographique, quintile économique, handicap, race/ethnicité) ;
- La proportion de plaintes reçues sur toutes les formes de violence à l'encontre des femmes qui ont fait l'objet d'une enquête et d'une décision par l'institution nationale ou les institutions nationales des droits humains ou d'autres mécanismes de protection des droits humains ainsi que la proportion de celles qui ont été traitées efficacement par le gouvernement (ventilées par âge, lieu géographique, quintile économique, race/ethnicité) ;
- Le nombre de poursuites et de condamnations pour violence à l'encontre des femmes et des filles (ventilé par âge, lieu géographique, quintile économique, race/ethnicité) ;
- Le pourcentage de prestataires de soins de santé formés à la détection des signes d'abus sexuel ou de violence (ventilé par lieu géographique) ;
- La prévalence des mutilations génitales féminines (ventilée par âge, lieu géographique, race/ethnie).

Cible de l'Objectif de développement durable : 5.2 : Éliminer toutes les formes de violence à l'encontre des femmes et des filles dans les sphères publiques et privées, y compris la traite des êtres humains ainsi que l'exploitation sexuelle et autre

Indicateurs de l'Objectif de développement durable : 5.2.1
La proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus ayant déjà eu un partenaire et ayant subi des violences physiques, sexuelles ou psychologiques de la part d'un partenaire intime actuel ou ancien au cours des

12 derniers mois, par forme de violence et par âge
5.2.2 La proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus ayant subi des violences sexuelles de la part de personnes autres qu'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, par âge et par lieu d'occurrence

Cible de l'Objectif de développement durable : 5,3 Éliminer toutes les pratiques néfastes, notamment le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine

Indicateur de l'Objectif de développement durable : 5.3.1
La proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans

7. LA PRISE DE DÉCISION AUTONOME ET L'INTÉGRITÉ CORPORELLE, Y COMPRIS DES EXEMPLES ILLUSTRATIFS DE GROUPES MARGINALISÉS ET EXCLUS

L'autonomie est une composante essentielle des droits à la vie, à la vie privée et à la liberté, entre autres, et comprend le droit des particuliers à prendre des décisions éclairées sur leur corps, y compris en ce qui concerne leur identité sexuelle, à déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leurs naissances, mais aussi à être à l'abri de la coercition, de la discrimination et de la violence.⁸⁷ À titre d'exemple, un élément clé du Programme d'action de la CIPD était de reconnaître que le fait de contraindre des particuliers à appliquer les lois, les politiques ou les pratiques coercitives des États en matière de population constitue une violation des droits de l'Homme et devrait être aboli. Les États ont également convenu de prendre des mesures pour veiller à ce que des tiers n'interfèrent pas avec le droit à l'autonomie ; ils ont accepté d'abolir les lois, les politiques et les pratiques qui interfèrent avec les droits des particuliers à une prise de décision autonome. Afin de mettre en œuvre ce principe, les États ont également convenu de fournir aux particuliers l'accès à l'information et aux services qui leur permettent d'exercer leur autonomie.

Certains groupes de population ont souvent de moins bons effets en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment les adolescentes, les populations autochtones, les migrants, les travailleurs du sexe, les personnes handicapées ainsi que les personnes ayant une orientation sexuelle et une identité de genre différentes. Conscients de cela, les engagements internationaux de même que le droit

des droits humains exigent qu'une attention particulière soit accordée aux populations marginalisées et défavorisées. À titre d'exemple, avec l'adoption du Programme 2030, les États membres de l'ONU se sont engagés à faire en sorte que « personne ne soit laissé pour compte » et à « s'efforcer d'atteindre en premier lieu les personnes les plus laissées pour compte ». Ainsi, tous les ODD, y compris ceux par rapport à la santé et au bien-être sexuels et reproductifs, visent à atteindre les populations marginalisées.

Les interférences avec l'exercice de l'autonomie sexuelle et reproductive peuvent refléter de multiples formes de discrimination prévalant dans tous les domaines de la vie, y compris dans les soins de santé, l'éducation et l'emploi, et peuvent violer de nombreux droits de l'Homme, notamment celui de ne pas être soumis aux traitements inhumains et dégradants, et peuvent constituer des formes de violence.⁸⁸

L'élimination des lois, des politiques et des programmes discriminatoires est un fondement des obligations relatives aux droits humains ainsi qu'un engagement pris par les États, notamment lors de l'adoption des ODD.

LES ADOLESCENTS

Les adolescents font face à de nombreuses barrières dans l'exercice de leur autonomie sexuelle et reproductive. Dans le domaine du mariage et de l'accès aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, par exemple, les adolescents font face à de nombreuses barrières, notamment la stigmatisation de la sexualité des adolescents, les lois et les politiques qui établissent une discrimination fondée sur l'âge ou qui exigent le consentement ou encore l'autorisation des parents ou des tuteurs pour les services de santé reproductive, ainsi que leur statut social bas en général. Selon le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), toutes les adolescentes devraient avoir le même droit d'accéder aux soins de santé sans l'autorisation d'un tiers, qu'il s'agisse d'un conjoint ou d'un parent, et que l'adolescente soit mariée ou non.⁸⁹ Le manque d'autonomie qui en résulte entrave l'accès aux soins de santé confidentiels et à une éducation complète à la sexualité, ce qui crée des barrières à l'accès aux contraceptifs. Cela les soumet également aux pratiques néfastes, notamment le mariage précoce et forcé ou les mutilations génitales féminines. Les décès liés à la grossesse sont la principale cause de décès des adolescentes dans les pays en voie de développement.⁹⁰

a. Les obligations des États

- La Convention relative aux droits de l'enfant exige des États qu'ils appliquent aux services en matière de santé sexuelle et reproductive le principe d'« évolution des capacités » qui concerne l'acquisition par l'adolescent d'une maturité et d'une compréhension suffisantes pour prendre des décisions éclairées sur des questions importantes, sans l'autorisation de ses parents ou de ses tuteurs. Ainsi, les États doivent systématiquement tenir compte de l'évolution des capacités des adolescents et veiller à ce que des services appropriés soient mis à leur disposition indépendamment de l'autorisation des parents ou des tuteurs, lorsque cela est dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la santé a recommandé aux États d'introduire une présomption légale de compétence selon laquelle un adolescent, qui recherche des biens et des services en matière de santé sexuelle et reproductive préventifs ou sensibles au facteur temps, a la capacité requise pour accéder à ces biens et ces services sans le consentement ni l'autorisation de ses parents ou de son tuteur.⁹¹
- Les adolescents doivent être reconnus par leur environnement familial et par la loi comme des détenteurs de droits actifs qui ont la capacité de devenir progressivement des citoyens à part entière et responsables lorsqu'ils bénéficient d'une orientation et d'un encadrement appropriés.⁹²
- Même lorsque l'autorisation parentale n'est pas requise, la stigmatisation de la sexualité des adolescents et les coûts prohibitifs peuvent dissuader les adolescents de rechercher des services. Les organes de défense des droits humains ont appelé les États à respecter strictement le droit des adolescents à la vie privée et à la confidentialité, y compris en ce qui concerne les avis et les conseils en matière de santé.⁹³ En outre, les prestataires de soins de santé devraient être formés pour fournir des informations et des services aux adolescents conformément à ces principes,⁹⁴ et garantir des services de santé reproductive confidentiels et adaptés aux jeunes, y compris des services de planification familiale pour les adolescents issus de différents milieux socio-économiques.⁹⁵
- Les adolescents ont le droit d'être informés des dangers des mariages et des grossesses précoces, de bénéficier d'une éducation sexuelle fondée sur des données probantes et de connaître les moyens de se protéger contre les rapports sexuels non désirés et/

ou les grossesses non désirées ainsi que les infections sexuellement transmissibles.⁹⁶

- Les États doivent veiller à ce que les adolescents ne soient pas privés d'informations ni de services relatifs à la santé sexuelle et reproductive en raison d'objections de conscience des prestataires.⁹⁷
- Les organismes internationaux de défense des droits humains ont appelé les États à éliminer les mariages d'enfants et à fixer l'âge minimum légal du mariage à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes.⁹⁸

b. Examiner la conformité des États

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir que l'âge légal du mariage des enfants est de 18 ans, pour les garçons comme pour les filles ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour éliminer le mariage des enfants dans la pratique ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir l'abrogation des lois et des pratiques qui exigent le consentement ou l'autorisation des parents sans examiner d'abord les besoins individuels de l'adolescent ?
- Des services adaptés aux jeunes sont-ils disponibles à travers l'ensemble du pays ?
- Le droit à la vie privée et à la confidentialité est-il protégé par la loi ?
- Dans quelle mesure les prestataires de soins de santé et les éducateurs de pairs ont-ils été formés pour fournir des services et des conseils adaptés aux jeunes ?
- Dans quelle mesure l'État s'est-il engagé dans des campagnes d'éducation publique sur les méfaits des mariages et des grossesses précoces, ainsi que sur la prévention des IST, y compris le VIH, chez les jeunes ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures sont en place pour garantir la participation des adolescents à la formulation, à la mise en œuvre et à la surveillance des stratégies et des programmes de santé sexuelle et reproductive ?

- Quelles mesures ont été mises en place pour garantir la participation active et significative des groupes d'adolescents dans une situation particulière de marginalisation et d'exclusion ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS CONCERNANT LES ADOLESCENTS

* La ventilation par âge, sexe, lieu géographique, quintile économique, race/ethnicité

- L'âge moyen de l'initiation sexuelle ;*
- Le pourcentage d'adolescents à la recherche de services de conseil ;*
- Le pourcentage d'adolescents obtenant des services de conseil ;*
- Le nombre de centres de conseil et de santé adaptés aux jeunes et leur répartition dans le pays (ventilé par lieu géographique) ;*
- Le nombre de prestataires de soins de santé et de pairs éducateurs formés pour fournir des services aux jeunes ainsi que leur répartition dans le pays (ventilé par lieu géographique)
- Le taux d'IST chez les adolescents ;*
- Le nombre de mariages d'enfants.

TRAVAILLEURS SEXUELS⁹⁹

De nombreux pays dans le monde criminalisent le travail sexuel, y compris l'acheteur et le vendeur ou seulement l'acheteur. D'autres pays ne criminalisent pas directement l'échange de services sexuels contre rémunération, mais plutôt toutes les activités connexes, y compris la sollicitation ou la « tenue d'une maison close ». Toutes ces lois marginalisent les populations de travailleurs du sexe, entravant leur accès aux services de santé, alimentant la stigmatisation et la discrimination et les rendant plus vulnérables au VIH ainsi qu'à d'autres infections sexuellement transmissibles. Comme les travailleurs du sexe échappent souvent à la protection de la loi, ils sont particulièrement vulnérables et risquent davantage d'être victimes de coercition et de violence. Rien qu'en Asie, on estime à 75 millions le nombre d'hommes clients de prostituées qui paient chaque année pour obtenir des services auprès d'environ 10 millions de prostituées. Les clients masculins

des prostituées sont considérés comme l'épicentre de l'épidémie de VIH dans cette région.¹⁰⁰ Une étude montre que les travailleurs du sexe sont 13,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que toutes les autres femmes âgées de 15 à 49 ans, y compris dans les pays à forte prévalence du VIH. La recherche a confirmé que, parmi toutes les interventions potentielles déterminées, « [l]a dépénalisation du travail sexuel aurait l'effet le plus important sur l'évolution de l'épidémie de VIH dans tous les contextes, en évitant 33 à 46 % des infections par le VIH au cours de la prochaine décennie. »¹⁰¹

Les abus de la police à l'égard des travailleurs du sexe, notamment le harcèlement, l'extorsion, la détention non autorisée et les agressions, sont signalés dans le monde entier.¹⁰² Les travailleurs du sexe sont souvent la cible de harcèlement et de violence parce qu'ils sont considérés comme immoraux et méritant d'être punis. La criminalisation légitime la violence et la discrimination à l'égard des travailleurs du sexe, en particulier de la part

des autorités responsables de l'application de la loi et des prestataires de soins de santé. La criminalisation rend les travailleurs du sexe réticents à dénoncer les abus et les autorités réticentes à offrir une protection ou un soutien aux travailleurs du sexe.¹⁰³ En outre, les lois qui associent la traite des êtres humains ainsi que le travail sexuel à l'« exploitation sexuelle » contribuent à la vulnérabilité, génèrent la stigmatisation et créent des barrières à la prestation de services de santé liés au VIH et à d'autres maladies.¹⁰⁴

Le dépistage obligatoire, contraignant ou forcé du VIH ou des IST chez les travailleurs du sexe est un problème très répandu. Dans plusieurs pays, les lois exigent que les travailleurs du sexe se soumettent régulièrement à un test de dépistage pour pouvoir continuer à travailler.¹⁰⁵

Ces pratiques exposent les travailleurs du sexe aux risques de discrimination et de violence, aggravent la stigmatisation et détournent les ressources des interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH. En outre, dans de nombreux endroits, les travailleurs du sexe ne bénéficient pas des droits du travail accordés aux autres travailleurs, notamment le droit légal à un lieu de travail sûr et sain ainsi qu'aux conditions d'emploi raisonnables. De telles pratiques violent de nombreux droits humains : autonomie et vie privée, liberté et sécurité de la personne, et non-discrimination.

a. Les obligations des États

- Tous les travailleurs du sexe ont droit à la dignité, à la liberté et à la sécurité de la personne, ainsi qu'à la maîtrise de leur propre corps ;
- Tous les travailleurs du sexe devraient avoir les mêmes droits à un environnement de travail sûr que tous les autres travailleurs ;
- Les travailleurs du sexe courent un risque accru de violence et ont besoin d'une protection égale des lois contre le viol et d'autres formes de violence ;¹⁰⁶
- Protéger le droit à la santé des travailleurs du sexe, y compris l'accès aux services de santé reproductive ;¹⁰⁷
- Garantir l'accès à l'information, à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle pour toutes les femmes, y compris les services de santé destinés aux travailleurs du sexe, afin d'enrayer la progression du VIH et du sida.¹⁰⁸

b. Examiner la conformité des États

- Dans quelle mesure le travail sexuel a-t-il été dépénalisé ?
- Dans quelle mesure l'application des lois et des règlements non pénaux à l'égard des travailleurs du sexe a-t-elle été éliminée ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour garantir aux travailleurs du sexe l'accès aux services de santé confidentiels et respectueux de leur dignité ainsi que de leur autonomie ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il pris des mesures pour mettre fin au harcèlement, à la victimisation et à l'incarcération des travailleurs du sexe par les forces de l'ordre ?
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour interdire et punir la discrimination à l'égard des travailleurs du sexe, y compris dans les établissements de soins de santé ?¹⁰⁹
- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour s'assurer que le travail sexuel fait partie intégrante des réponses nationales au VIH ?
- Dans quelle mesure l'accès au dépistage du VIH et des IST est-il volontaire et confidentiel pour tous, y compris les travailleurs du sexe ?

- Quelles mesures l'État a-t-il prises pour former et sensibiliser les forces de l'ordre, les magistrats et les travailleurs de la santé aux droits des travailleurs du sexe ?
- Quelles mesures ont été prises pour garantir que les travailleurs du sexe jouissent des droits du travail comme tous les autres travailleurs ?
- Dans quelle mesure des recours efficaces sont-ils disponibles pour les travailleurs du sexe dont les droits ont été violés ?

Participation

- Quels types de mécanismes et de procédures sont en place pour garantir la participation de la population des travailleurs du sexe à la formulation, à la mise en œuvre et à la surveillance des lois, des stratégies et des programmes qui les concernent, y compris les stratégies et les programmes de santé sexuelle et reproductive ?

QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR LES TRAVAILLEURS SEXUELS¹¹⁰

* La ventilation par âge, sexe, genre, race/ethnicité, lieu géographique

- Le nombre de travailleurs du sexe ;*
- Le pourcentage de travailleurs du sexe contactés dans le cadre de programmes de sensibilisation à la santé ;*
- Le nombre d'établissements de soins de santé offrant des soins, un soutien et un traitement sur place ou orientés vers ces derniers (ventilé par lieu géographique)
- Le pourcentage de travailleurs du sexe victimes de violences ;*
- Le pourcentage de violences à l'égard des travailleurs du sexe faisant l'objet d'enquêtes et de poursuites efficaces ;*
- Le nombre de préservatifs distribués aux travailleurs du sexe ;*
- Le pourcentage de travailleurs du sexe ayant bénéficié d'un dépistage des IST au cours des six derniers mois ;*
- Le pourcentage de travailleurs du sexe ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ;*

- Le pourcentage de travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé des préservatifs ;*
- Le pourcentage de travailleurs du sexe qui se sentent capables de refuser un client si un préservatif n'est pas utilisé ;*
- Le nombre de cas d'IST parmi les travailleurs du sexe ;*
- La prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe.*

ORIENTATION SEXUELLE ET IDENTITÉ DE GENRE

Toutes les personnes, quelle que soit leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, devraient pouvoir jouir de l'ensemble des droits de l'Homme.¹¹¹ Cela inclut les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les transsexuels et les intersexuels. Cependant, chaque jour, dans le monde entier, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, réelle ou perçue, donne lieu aux abus sous forme de discrimination, de violence, d'emprisonnement, de torture et même d'exécution. À titre d'exemple, les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe sont criminalisées dans 73 pays et territoires. Treize États et juridictions prévoient la peine de mort pour les pratiques homosexuelles consenties. Dans certains pays, des lois pénales ou civiles restreignent certaines formes d'expression du genre, notamment des restrictions vestimentaires ou des informations publiques sur la non-conformité au genre.¹¹² La criminalisation des personnes sur la base de leur orientation sexuelle contrevient aux traités internationaux et régionaux sur les droits humains et empêche les personnes d'accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive par crainte qu'elles ne révèlent un comportement potentiellement criminel ; elle encourage également les professionnels de la santé à refuser des services, ce qui entraîne de mauvais effets en matière de santé.¹¹³

Même dans les pays qui ne criminalisent pas l'activité homosexuelle, les personnes LGBTI, réelles ou perçues comme telles, sont souvent victimes de diverses formes de violence physique et mentale, y compris de brimades, et font l'objet de discriminations dans l'accès aux services de soins de santé sexuelle et reproductive.¹¹⁴ À titre d'exemple, dans de nombreux pays, les personnes transgenres et souvent intersexuées doivent subir des opérations de stérilisation non désirées avant de pouvoir bénéficier d'un traitement d'affirmation du genre et d'un changement de marqueur de genre.¹¹⁵ En outre, le Haut Commissaire des Nations Unies aux droits humains a récemment fait part de ses préoccupations concernant les enfants intersexués qui font l'objet de discrimination dans les établissements de soins

de santé et d'opérations visant à rendre les traits sexuels conformes au genre sans leur consentement.¹¹⁶

De tels comportements violent de nombreux droits de l'Homme, notamment le droit à la vie et à la santé, le droit à la vie privée et à ne pas subir de traitements inhumains et dégradants, ainsi que le droit à la non-discrimination.

a. Les obligations des États

En vertu du droit international relatif aux droits de l'Homme, les obligations des États sont notamment les suivantes :

- Interdire l'orientation sexuelle et l'identité de genre comme étant un motif de discrimination ;¹¹⁷
- Adopter une législation interdisant la discrimination par des parties privées, notamment par le biais de lois sur les crimes de haine qui luttent contre la violence homophobe et transphobe ;¹¹⁸
- Lutter contre la violence fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, notamment en offrant une protection efficace contre la violence et en enquêtant sur tous les rapports de violence ;¹¹⁹
- Veiller à ce que les personnes LGBTI aient accès à la justice et que toutes les allégations d'agressions et de menaces à l'égard de particuliers ciblés en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre fassent l'objet d'une enquête approfondie ;¹²⁰
- Décriminaliser les comportements homosexuels ;¹²¹
- Garantir l'égalité d'accès aux avantages, y compris l'accès aux soins de santé, sur la même base que les autres, sans coercition, discrimination, ni violence, y compris pour les personnes transgenres et intersexuées ;¹²²
- Garantir la non-discrimination dans la réalisation du droit à la santé des adolescents, notamment sur la base de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle et de l'état de santé, y compris la séropositivité ;¹²³
- Réviser les lois afin de supprimer toute obligation de stérilisation pour les personnes qui subissent une opération de réassignation sexuelle ou qui demandent un changement de marqueur de genre ;¹²⁴

- Garantir le consentement éclairé de la personne dans le cadre des interventions médicales et chirurgicales liées aux conditions d'intersexualité ;
- Enquêter sur les cas de traitement sans le consentement de la personne et offrir une réparation aux victimes ;
- Former les professionnels de la médecine et de la psychologie à la diversité sexuelle, biologique et physique, et informer efficacement les patients ainsi que leurs parents des conséquences d'interventions inutiles sur les personnes intersexuées.¹²⁵

b. Examiner la conformité des États¹²⁶

- Dans quelle mesure l'État a-t-il abrogé les lois qui criminalisent les particuliers pour avoir eu des relations sexuelles consensuelles avec des personnes du même sexe ? A-t-il aboli la peine de mort pour les délits impliquant des relations sexuelles consensuelles ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il veillé à ce que d'autres lois pénales ne soient pas utilisées pour harceler ni détenir des personnes en raison de leur sexualité ou de leur identité et de leur expression de genre ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il harmonisé l'âge du consentement pour les comportements hétérosexuels et homosexuels ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il adopté une législation antidiscriminatoire complète qui inclut la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre parmi les motifs illicites ?
- Dans quelle mesure le cadre anti-discrimination inclut-il l'interdiction de la discrimination dans l'accès aux soins de santé ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il veillé à ce que la lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre soit incluse dans les mandats des institutions nationales des droits humains ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il mis en œuvre des programmes de sensibilisation et de formation appropriés à l'intention de la police, des agents pénitentiaires, des gardes-frontières, des agents de l'immigration ainsi que d'autres agents responsables de l'application de la loi ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il conçu des campagnes d'information publique pour lutter contre l'homophobie et la transphobie au sein du grand public ainsi que des campagnes ciblées de lutte contre l'homophobie dans les écoles ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il facilité la reconnaissance juridique du sexe préféré des personnes transgenres et pris des dispositions pour permettre la réédition des documents d'identité pertinents reflétant le sexe et le nom préférés, sans porter atteinte à d'autres droits humains ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il interdit la stérilisation forcée et/ou le traitement hormonal à l'égard des personnes transgenres et intersexuées comme condition préalable à l'obtention d'un traitement d'affirmation du genre et à la modification des marqueurs de genre sur les documents d'identité ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il recueilli des données ventilées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre ?
- Dans quelle mesure l'État a-t-il veillé à ce que des recours efficaces soient mis en place pour permettre aux victimes de violations fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'obtenir réparation ?

Participation

- Quel type de mécanismes et de procédures a été mis en place pour garantir la participation des personnes LGBTI à la formulation, à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes et des stratégies les concernant, y compris les stratégies et les programmes de santé sexuelle et reproductive ?

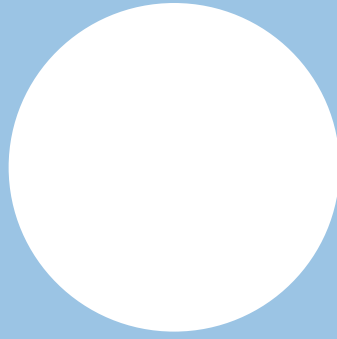
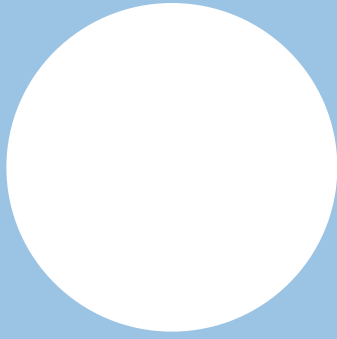
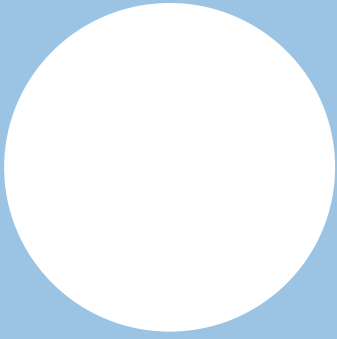
QUELQUES INDICATEURS PERTINENTS SUR L'ORIENTATION SEXUELLE ET L'IDENTITÉ DE GENRE¹¹⁰

* La ventilation par âge, sexe, genre, race/ethnicité, lieu géographique

- La proportion de personnes LGBTI ayant subi des violences physiques, sexuelles et psychologiques au cours de l'année écoulée, en fonction de la gravité des violences, de la relation avec l'auteur et de la fréquence ;*
- Le nombre de cas de violence fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre réelles ou perçues, signalés aux forces de l'ordre ;*

- La proportion de plaintes reçues sur toutes les formes de violence à l'encontre des personnes LGBTI ayant fait l'objet d'une enquête et d'une décision de la part des institutions nationales des droits humains ou d'autres mécanismes de protection des droits de l'Homme, ainsi que la proportion de celles auxquelles le gouvernement a répondu de manière efficace ;*
- Le nombre de poursuites et de condamnations pour violence fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre réelle ou perçue ;*
- Le nombre de centres de conseil et de santé garantissant des soins acceptables et de qualité aux personnes LGBTI ainsi que leur répartition dans le pays (ventilé par lieu géographique) ;
- Le nombre de prestataires de soins de santé formés pour répondre aux besoins particuliers des personnes LGBTI et leur répartition dans le pays (ventilé par lieu géographique).





CHAPITRE 4

Cinq exemples d'INDH ayant réalisé des examens par pays et/ou des enquêtes nationales sur les DSSR

Dans ce chapitre, nous mettons en lumière les résultats et les enseignements tirés du travail de cinq INDH qui ont réalisé des examens par pays ainsi que des enquêtes nationales sur les DSSR en utilisant la méthodologie de l'UNFPA décrite dans ce guide : les Philippines, le Malawi, le Salvador, l'Azerbaïdjan et le Guatemala.

Aux **Philippines**, une enquête nationale de 2016 sur les droits en matière de santé reproductive a mis en lumière les facteurs déterminants des violations des DSSR dans le pays – concernant surtout le cas des femmes et des filles marginalisées – et a déterminé les étapes nécessaires à un changement positif.

Au **Malawi**, une enquête nationale sur les DSSR a permis aux femmes et aux filles de s'exprimer et de révéler les mauvais traitements, la discrimination ainsi que la violence qu'elles avaient subies lorsqu'elles cherchaient des services en matière de santé sexuelle et reproductive.

Au **Salvador**, un examen par pays de 2016 sur les DSSR a modifié la façon dont les grossesses chez les adolescentes et la violence basée sur le genre étaient

perçues, passant d'un problème de santé publique à une violation des droits humains des femmes et des filles.

En **Azerbaïdjan**, un examen par pays de l'INDH a révélé des lacunes entre les lois et la pratique, et a souligné les dimensions liées aux droits humains de ces problèmes. Ce faisant, il a placé les problèmes de DSSR au premier plan du programme national.

Enfin, au **Guatemala**, un examen par pays réalisé en 2016 a permis de combler une lacune importante en matière de données et de connaissances sur les problèmes de DSSR dans le pays. Grâce à l'élaboration d'un cadre normalisé pour enquêter sur les violations des DSSR, un cadre national solide en matière de redevabilité est désormais en place pour suivre les progrès de l'État dans le respect de ses obligations en matière de DSSR.



Étude de cas des PHILIPPINES

« Let our voices be heard » – l'enquête nationale sur les droits en matière de santé reproductive aux Philippines

Contexte

En 2012, les Philippines ont adopté une loi novatrice qui reconnaît les droits sexuels et reproductifs des femmes : la loi sur la parenté responsable et la santé reproductive (Responsible Parenthood and Reproductive Health – RPRH). Cette loi garantit un accès universel et gratuit à la contraception ainsi qu'une éducation élargie en matière de santé reproductive et reconnaît le droit des femmes aux soins post-avortement.

Plusieurs groupes catholiques conservateurs ont immédiatement contesté la loi devant les tribunaux, mais la Cour suprême l'a maintenue en avril 2014. Toutefois, la Cour suprême a annulé certaines dispositions de la loi, à savoir :

- l'autorisation des prestataires de services de santé reproductive à refuser de fournir des services aux patients en raison de leurs croyances personnelles ou religieuses
- l'obligation d'obtenir le consentement des parents pour les adolescents souhaitant bénéficier de soins de santé reproductive.

Même avec ces amendements, la loi offrait une énorme occasion de faire progresser les DSSR des femmes aux Philippines. Les Philippines sont l'un des pays de la région Asie-Pacifique où le nombre de femmes qui meurent chaque année des suites d'une grossesse ou d'un accouchement est le plus élevé, avec un taux de mortalité maternelle de 114 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016.¹²⁸ Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont également augmenté, passant de 15,7 % en 2006 à 19,3 % en 2011.¹²⁹

Après l'adoption de la loi en 2014, sa mise en œuvre s'est heurtée à de sérieuses difficultés. Les organisations de femmes ainsi que les défenseurs de la santé reproductive ont dénoncé les difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre et ont appelé la Commission des droits humains (CDH) à agir. En réponse à cet appel, la CDH a décidé d'entreprendre une enquête nationale sur la santé et les droits reproductifs. La CDH s'est adressée à l'UNFPA pour obtenir son soutien dans la réalisation de l'enquête.

Stratégie

L'enquête s'est déroulée de mars à mai 2016 et comprenait trois parties. La première a été le lancement de l'enquête nationale en mars 2015, ainsi que l'appel officiel à la soumission d'informations par des particuliers et des organisations détaillant les barrières rencontrées dans l'accès aux services de santé reproductive. La deuxième partie était constituée de consultations régionales menées dans 15 des 17 régions du pays. Les consultations se sont concentrées sur :

- l'accès à la justice, en particulier dans le domaine de la violence à l'encontre des femmes
- l'accès aux services pour les femmes marginalisées, notamment les femmes rurales, les femmes autochtones, les femmes (musulmanes) issues du peuple Moro, les femmes handicapées et les femmes lesbiennes, bissexuelles, transgenres et intersexuées (LBTI)
- les problèmes de DSSR des femmes dans le contexte du déplacement
- un examen global de la mise en œuvre de la loi RPRH.

La troisième partie consistait en des missions d'enquête et des auditions publiques dans cinq régions du pays. L'objectif de ces missions ainsi que de ces auditions était de documenter les pratiques et les politiques individuelles ou systématiques qui ont abouti au refus des services de santé reproductive. Ces cinq zones ont été sélectionnées en raison des difficultés d'accès aux services de santé reproductive qu'elles présentaient :

- la ville de Manille, en raison de la forte densité d'habitants informels et de bidonvilles
- la ville de Sorsogon, où le maire a adopté une résolution « pro-vie » en 2015, ce qui a entraîné le retrait des contraceptifs des centres de santé
- la ville de Zamboanga, qui a connu un conflit armé en 2013
- Samar Est, où de nombreuses personnes ont été déplacées après le passage du typhon Haiyan en 2013
- la région de Bukidnon, où vivent de nombreuses populations autochtones.

Grâce aux consultations régionales et aux auditions publiques, 1 263 personnes ont été consultées dans le cadre de l'enquête. Pour s'assurer que les groupes marginalisés participent aux consultations, l'enquête a pris les mesures suivantes :

- Les audiences publiques ont été organisées dans des espaces sûrs et privés afin que les femmes et les filles puissent partager leurs expériences en toute confidentialité.
- Pour garantir l'accessibilité aux personnes handicapées, les lieux ont tous été équipés de rampes d'accès, d'ascenseurs, de toilettes et d'interprètes en langue des signes.
- Les enquêteurs de la CDH ont interrogé les travailleurs du sexe un par un afin que les femmes et les filles se sentent plus à l'aise pour raconter leur histoire.

Conclusions de l'enquête nationale

Les conclusions de l'enquête ont mis en évidence la prestation très inégale des services de santé reproductive selon les régions et les couches sociales, principalement en raison de la décentralisation et de l'autonomie des unités gouvernementales locales, qui ont fragmenté la prestation des services de santé. En outre, la plupart des femmes n'étaient pas au courant des droits que leur confère la loi RPRH.

Les résultats particuliers de l'enquête sont les suivants :

- Les unités gouvernementales locales ont soutenu la loi RPRH de manière incohérente. La ville de Manille a interdit le financement public des contraceptifs et la ville de Sorsogon a refusé d'appliquer la loi. En conséquence, tous les contraceptifs artificiels dans les centres de santé municipaux et communautaires ont été retirés. En outre, le maire de la ville de Sorsogon a parrainé une émission de radio qui a diffusé des informations erronées sur les contraceptifs, affirmant qu'ils étaient cancéreux.
- L'interdiction absolue de l'avortement a entraîné un nombre élevé d'avortements dangereux. Lorsque les femmes tentent d'accéder aux soins post-avortement, elles sont souvent stigmatisées par les prestataires de soins de santé. À titre d'exemple, des femmes ont expliqué que certains médecins les avaient forcées à confier que leur avortement avait été spontané ou provoqué avant qu'elles ne reçoivent des soins médicaux appropriés. Dans un cas, une femme a reçu des soins post-avortement, mais a été arrêtée et envoyée en prison après le traitement.
- Les femmes pauvres ont expliqué qu'elles étaient souvent traitées avec un manque de respect dans les centres de santé en raison de leur situation sociale, les femmes plus riches ayant priorité. En conséquence, les femmes pauvres évitent souvent de recourir aux services de santé.

- Les femmes autochtones n'ont pas pu accoucher dans les centres de santé en utilisant leurs méthodes d'accouchement traditionnelles. Parallèlement, dans certaines régions, les femmes autochtones qui accouchaient en dehors des centres de santé, parce qu'elles préféraient suivre leurs propres traditions en matière d'accouchement, étaient contraintes de payer des amendes. Bien que ces politiques aient été adoptées pour encourager l'accouchement en établissement, elles ont eu pour effet de pénaliser et de criminaliser les femmes autochtones ainsi que les femmes qui vivaient loin des centres de santé.
- Les prestataires de soins de santé font souvent preuve de discrimination à l'égard des femmes LGBTI et des femmes vivant avec le VIH. Les prestataires de soins de santé s'opposent à ce que ces femmes bénéficient de conseils et de services. Par ailleurs, les travailleurs du sexe signalent rarement les cas de viol en raison de la stigmatisation dont elles font l'objet.
- Étant donné qu'ils doivent obtenir le consentement de leurs parents pour accéder aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, les jeunes n'ont pas accès aux méthodes modernes de planification familiale et ne peuvent pas faire de test de dépistage du VIH. Ils disposent également de peu d'informations sur les moyens de prévenir les grossesses. En conséquence, les grossesses chez les adolescentes augmentent.
- Les personnes handicapées ont un accès limité aux soins de santé, en raison de barrières physiques à l'accès aux centres de santé et d'un manque de formation de la part des prestataires de soins de santé sur la manière de soutenir les personnes handicapées.
- La violence basée sur le genre à l'égard des personnes handicapées ainsi que l'absence de recours et de justice pour les victimes constituent un problème majeur. Les auditions ont abordé la question de la violence à l'encontre des personnes souffrant de handicaps physiques et mentaux, et la violence à laquelle elles font face de la part des membres de leur famille, de leurs voisins ainsi que des membres de leur communauté. Les femmes sourdes n'ont pas pu accéder à la justice et aux traitements parce que la police et les centres de santé ne disposaient pas d'interprètes.
- Dans les zones pauvres, comme les bidonvilles de Manille, les femmes enceintes devaient faire la queue pendant 3 à 4 heures pour les examens prénataux. De même, bien que certains centres de santé proposent des échographies gratuites, la plupart des femmes choisissent de se rendre dans des cliniques privées si

elles le peuvent, en raison des longs délais d'attente dans les cliniques publiques.

- Dans les régions où les femmes ont été déplacées en raison d'un conflit armé ou d'une catastrophe naturelle, les réponses humanitaires ne se sont pas concentrées sur les DSSR. Les centres d'évacuation n'étaient pas équipés pour s'occuper des femmes enceintes et allaitantes ni pour aborder le risque accru de violence à l'encontre des femmes.

L'enquête nationale a également mis en lumière certaines bonnes pratiques qui pourraient être développées et reproduites. Par exemple :

- la création de maisons de transition pour les mères autochtones et leurs maris afin de leur permettre d'attendre l'accouchement à proximité des établissements de santé
- l'intégration d'accoucheuses traditionnelles dans les centres de santé permet aux femmes autochtones d'accoucher selon leurs traditions
- le déploiement, dans certaines régions, d'équipes nationales et régionales soudées et actives, responsables de la mise en œuvre de la loi RPRH, afin de répondre aux plaintes concernant la disponibilité des services de santé reproductive et l'accessibilité à ces derniers
- le déploiement d'infirmières, de sages-femmes et de médecins dans les régions géographiquement isolées et défavorisées.

Résultats

L'enquête nationale sur les DSSR a permis à la CDH de déterminer les facteurs sous-jacents qui contribuent aux violations systémiques des DSSR. Elle a également pu proposer des actions aux différents échelons du gouvernement.

À la suite de l'enquête nationale, le ministère de la Santé a examiné la manière dont la loi RPRH est mise en œuvre dans les différentes régions. Elle a également examiné les changements de politiques et de pratiques qui avaient involontairement nui à l'accès des femmes aux services de reproduction. À titre d'exemple, la pratique consistant à infliger des amendes aux femmes qui accouchent en dehors des centres de santé a cessé. Le ministère de la Santé a également formé les prestataires de services de santé afin qu'ils puissent fournir des services et une éducation efficaces en matière de santé sexuelle et reproductive aux adolescents.

THE COMMISSION ON HUMAN RIGHTS' NATIONAL INQUIRY ON
Reproductive Health Rights
 MARCH - MAY 2013

THE COMMISSION LAUNCHES THE NATIONAL INQUIRY ON REPRODUCTIVE HEALTH. THE INQUIRY COVERS:

- IT REGIONAL CONSULTATIONS
- FACT-FINDING & PUBLIC HEARINGS
- COLLECTION OF TESTIMONIES / ARCHIVES OF DISCREPANCY/DISPARITY OF THE SUBJECTS OF INFORMATION

COMMISSIONER KAREN CORLES-DOMIYT

COMMISSIONER GWENDOLYN PIMENTEL-GALEA

WE WILL EXAMINE THE EFFECTIVENESS & IMPLEMENTATION OF MADRID CARTA OF WOMEN AND RESPONSIBLE PARENTHOOD & REPRODUCTIVE HEALTH LAW.

WE WILL DOCUMENT INDIVIDUAL AND SYSTEMIC DENIAL / DENIALITY / BARRIERS TO P.H. DEVICES AND INFORMATION.

WE WILL ANALYZE. WE WILL RECOMMEND.

LET OUR VOICES BE HEARD, AND LET OUR STORIES COUNT TOGETHER. WE CALL AND WE CLAIM REPRODUCTIVE JUSTICE!

WHY R.H?

R.H. LAW CONSTITUTIONAL BUT: 8 KEY PROVISIONS VOIDED - SUPREME COURT, 2014

MADRID CARTA GUARANTEES RH RIGHTS

S.C. ISSUES T.R.O. AGAINST IMPLANTON

R.H. LAW UNCONSTITUTIONAL! - CHECK GROUP, 2012

E.O. 003 "PRO-LIFE" MANILA

E.O. 003 BORACAY CITY, "PRO-LIFE" CITY

E.O. 000 NO FUNDS FOR ARTIFICIAL BIRTH CONTROL

BARANGAY HEALTH CENTER

I HAD AN ABORTION BUT I'M AFRAID TO GET POST-ABORTION CARE. I MIGHT BE IMPRISONED.

I'M PREGNANT AND DEAF. I CAN'T UNDERSTAND WHAT HAPPENED DURING MY PRE-NATAL CHECK-UP.

I'VE SAID ENOUGH! I WANTED A TUBAL LIGATION, BUT MY HUSBAND REFUSED TO GIVE HIS CONSENT.

I DON'T HAVE ACCESS TO PILLS ANYMORE. OUR MAYOR DENIED BORACAY A "PRO-CITY" CITY.

I TROUBLED THE FEE, ONLY TO BE DENIED P.H. DEVICES!

I HAVE P.H. DEVICE TODAY!

I CAN'T GIVE BIRTH IN THE LYING-IN. I LIVE 3 MOUNTAINS AWAY.

UNFPA

La société civile et les Nations Unies se sont appuyées sur les conclusions de l'enquête pour s'engager auprès des mécanismes internationaux de défense des droits de l'Homme, notamment dans les rapports parallèles présentés au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et dans l'examen du rapport sur l'Examen périodique universel (EPU) des Philippines en 2017. En conséquence, le CEDAW et l'EPU ont formulé plusieurs recommandations directes à l'intention du gouvernement philippin :

- mettre en œuvre efficacement la loi RPRH
- institutionnaliser la justice pour les femmes souffrant de toutes sortes de handicaps
- garantir l'accès des femmes aux méthodes efficaces de planification familiale
- légaliser l'avortement dans certaines circonstances.

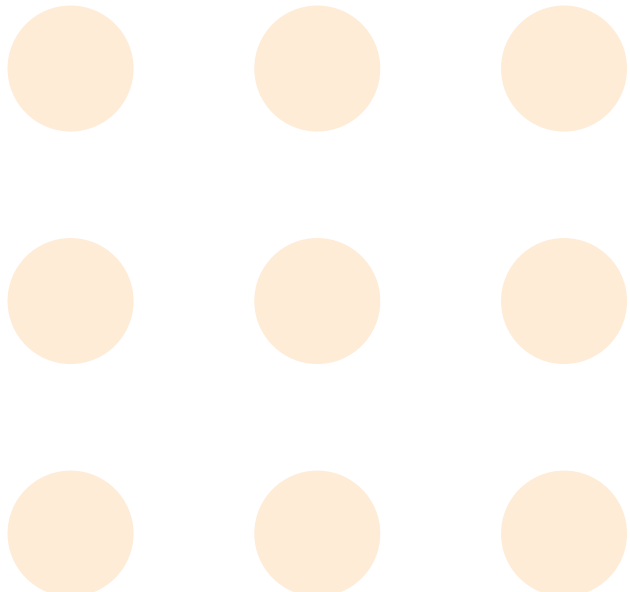
Pour répondre aux conclusions de l'enquête nationale concernant les femmes handicapées, la CDH – avec le soutien technique et financier de l'UNFPA – réalise des activités d'éducation aux droits humains sur le plan communautaire, en se concentrant sur les femmes et les filles handicapées. Le groupe d'action participative, une intervention qui informe les femmes et les filles handicapées sur les DSSR, a été un élément clé de ces activités d'éducation.

En janvier 2017, la CDH a mené une réflexion informelle qui a « révélé des lacunes dans les connaissances et les compétences des enquêteurs de la CDH sur les problèmes liés au genre, en particulier sur la protection et la promotion des droits reproductifs ». En réponse, le personnel de la CDH a suivi des ateliers personnalisés en ligne et en face à face sur le genre et les DSSR des femmes et des filles, en collaboration avec l'UNFPA et le Forum Asie-Pacifique des INDH.

Voici quelques exemples des progrès réalisés par les Philippines dans le domaine des DSSR :

- le décret du président Rodrigo Duterte garantit l'absence de besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans le pays
- la levée de l'ordonnance de restriction temporaire
- le comblement de la loi sur la prévention de la grossesse chez les adolescentes (projet de loi 1482 du Sénat).

Pour assurer le suivi de l'enquête nationale, la CDH a déclaré qu'en 2018, elle retournerait dans les régions où les ordonnances relatives aux DSSR ont été jugées punitives. Il s'agit d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de l'enquête.





Étude de cas du MALAWI

Une enquête publique sur l'état des droits et de la santé sexuels et reproductifs : une plateforme permettant aux femmes et aux filles de s'exprimer au Malawi

Contexte

Le gouvernement du Malawi a pris plusieurs mesures pour renforcer l'accès aux DSSR dans le pays en adoptant des mesures juridiques, politiques et programmatiques. Malgré ces efforts, la réalité sur le terrain montre que la pleine jouissance des DSSR demeure un rêve pour beaucoup. Les défis à relever dans le pays sont les suivants :

- les taux élevés de VIH chez les femmes
- la violence endémique basée sur le genre
- la forte prévalence des pratiques néfastes, y compris le mariage des enfants
- l'accès limité à l'information et aux services en matière de DSSR.

En 2012, le pays a évalué la santé maternelle et infantile, avec le soutien technique de l'UNFPA et du Haut-Commissariat aux droits de l'Homme. Cet examen a soulevé des problèmes

majeurs en matière de DSSR, en particulier le problème du consentement éclairé et du choix en matière de planification familiale. L'INDH a également reçu de nombreuses plaintes liées aux DSSR dans différentes régions du Malawi. C'est pourquoi, lorsque l'UNFPA s'est adressé à l'INDH pour lui proposer un soutien technique sur les problèmes de DSSR, l'INDH a décidé de lancer une enquête publique (EP) sur les DSSR au Malawi. L'EP s'est inspirée de la méthode de l'UNFPA. C'était la première fois que l'INDH menait une EP sur un problème relatif aux droits économiques, sociaux et culturels au Malawi.

Enquête publique

L'objectif global de l'EP était d'établir l'étendue et la nature des violations des DSSR – en particulier la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des DSSR ainsi que des informations –, mais aussi de recommander des mesures de réparation appropriées lorsque ces droits sont violés.

Plus précisément, l'EP visait à :

- examiner l'adéquation et la nécessité de réformer les lois, les politiques et les pratiques
- examiner l'efficacité des programmes existants relatifs à la prestation de services en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR)
- évaluer la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité des services SSR pour l'ensemble de la population, mais plus particulièrement pour les groupes vulnérables, notamment les femmes, les pauvres des zones rurales, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH et le sida ainsi que les adolescentes
- examiner la qualité des services de SSR
- examiner les actes ou les pratiques qui constituent des violations systémiques ou individuelles des droits sexuels et reproductifs.

Pour préparer l'EP, l'INDH a réalisé une analyse documentaire complète de la situation des DSSR dans le pays. Sur la base de cette analyse, il a été décidé de mener l'EP dans les trois districts où le plus grand nombre de plaintes en matière de DSSR avait été enregistré : Rumphi, Kasungu et Mangochi.

Ensuite, l'INDH a pris un certain nombre de mesures pour assurer la participation active des communautés de ces régions, en particulier des femmes et des filles, à l'EP. L'INDH s'est également efforcée de réduire la stigmatisation sociale associée au fait de parler des problèmes de DSSR, un sujet souvent considéré comme tabou au Malawi. L'INDH a organisé des réunions avec des fonctionnaires de district, des responsables de l'application de la loi, des chefs de village, des organisations non gouvernementales et des communautés afin de les sensibiliser à ce qu'implique une IP, mais aussi à ce que signifient les DSSR par rapport aux droits et aux libertés.

En décembre 2014, chacun des trois districts a tenu une audience publique. Une juge de la Haute Cour du Malawi a présidé chaque audience. Les membres de la communauté ont été encouragés à venir raconter leurs témoignages ou ceux dont ils avaient été témoins.

L'enquête publique sur l'état des droits et de la santé sexuels et reproductifs a permis aux groupes les plus marginalisés, notamment les femmes handicapées

et les adolescentes, de s'exprimer et de faire part de leurs points de vue ainsi que de leurs expériences. Les membres des institutions gouvernementales présentes ont immédiatement répondu à leurs récits. (INDH)

La juge a ouvert la réunion en expliquant à la communauté qu'il était important que les personnes soient libres et ouvertes quand il s'agit de partager leurs plaintes et leurs expériences. Elle a souligné que personne ne devait les menacer et a expliqué que l'objectif de la collecte des témoignages était d'élaborer un plan pour améliorer les droits de l'Homme. Encouragées, les personnes – en particulier les femmes et les filles – se sont manifestées et ont raconté leurs histoires.

Parmi les problèmes les plus graves qui ont été soulevés, citons :

- Le faible niveau de connaissances de nombreuses filles sur les méthodes de planification familiale, associé aux mythes et aux idées fausses sur ces méthodes. Il en résulte une faible utilisation des contraceptifs. En outre, lorsque les femmes et les filles recherchaient des services de planification familiale, elles n'avaient pas le choix des méthodes, car les agents de santé ne fournissaient pas d'informations sur toutes les méthodes disponibles permettant au client de faire un choix en connaissance de cause.

La façon dont les détenteurs de droits se sont manifestés, se sont ouverts et ont parlé des problèmes de DSSR a été vraiment impressionnante. Ils ont parlé en particulier du choix éclairé et de l'inégalité d'accès à l'information et aux services. (Dorothy)

- La stigmatisation des femmes face au VIH. Lorsqu'un homme se fait dépister, il reçoit un traitement sans être interrogé. Mais si une femme se fait dépister, elle est harcelée et ostracisée. Dans certains cas, les maris divorçaient de leurs femmes si elles étaient séropositives.
- Lorsque les femmes enceintes se rendaient à l'hôpital pour accoucher, il arrivait souvent que la sage-femme ne s'occupe pas d'elles ou les traite de manière irrespectueuse. Les femmes ne savaient pas à qui s'adresser pour signaler des cas de mauvais traitements ou de fautes professionnelles pendant l'accouchement.
- Les violences basées sur le genre, les violences sexuelles et les viols ne sont souvent pas signalés.

Les témoignages ont mis en évidence la stigmatisation sociale et les traditions qui sous-tendent bon nombre de ces problèmes. À titre d'exemple, la tradition veut que les femmes aient besoin de la permission de leur oncle avant de se rendre à l'hôpital pour accoucher. Si elles ne sont pas en mesure de le faire, elles accouchent à la maison. En outre, la tradition sociétale tolère les mariages précoces et, jusqu'en 2016, l'âge du mariage était fixé à 15 ans avec le consentement des parents. On attend également des jeunes couples qu'ils ont des enfants tôt et coup sur coup. On se moque des hommes qui ne sont pas assez « virils » s'ils n'ont pas d'enfants tôt, ce que font beaucoup d'entre eux.

Résultats

Le rapport de l'EP présente un aperçu des principales lacunes ainsi que des défis majeurs en matière de SHRH et explique les facteurs qui les sous-tendent. Il formule également des recommandations sur la manière dont le gouvernement devrait les aborder, en précisant le rôle de chaque ministère et des autres débiteurs d'obligations.

Les débiteurs d'obligations ont davantage pris conscience de leurs responsabilités et les détenteurs de droits ont également été responsabilisés en acquérant des connaissances par rapport à l'importance de se plaindre, aux personnes à qui s'adresser et aux recours disponibles. (Béatrice)

Le rapport a été diffusé dans l'ensemble du pays par la radio et la télévision. Il a également été diffusé à l'échelle du district, y compris dans les trois endroits où l'EP a eu lieu. Cette stratégie a permis de diffuser le rapport dans chacune des trois régions du Malawi. Le rapport est disponible en tant que document public.

Pour soutenir le suivi, l'INDH a créé un groupe de travail national – composé d'organisations de la société civile et d'institutions publiques, notamment la Malawi Law Society et une unité de santé reproductive – responsable de suivre la mise en œuvre des recommandations et de la redevabilité de l'État.

Des premiers résultats concrets ont été obtenus depuis la publication du rapport. L'âge du mariage est passé de 15 ans (avec le consentement des parents) à 18 ans. La politique nationale en matière de SSR a été révisée pour inclure une augmentation du budget du gouvernement consacré à la contraception et des stratégies visant à accroître les initiatives en matière de SSR axées sur les jeunes et les communautés. Un nombre croissant de femmes maltraitées ou ayant reçu des soins de

mauvaise qualité dans les centres d'accouchement ont signalé des cas grâce à une meilleure sensibilisation aux soins de santé de qualité en tant que droit et aux canaux permettant de déposer des plaintes. En outre, pour répondre aux croyances culturelles et traditionnelles ainsi qu'à la stigmatisation qui sous-tendent bon nombre des violations des DSSR signalées, l'INDH comptait parmi les parties prenantes qui ont conçu un cadre destiné à orienter les chefs traditionnels lors de la formulation de leurs règlements communautaires sur le genre, la SSR, le VIH ainsi que les pratiques préjudiciables. Ce cadre permet de s'assurer que ces règlements sont conformes aux normes en matière de droits de l'Homme.

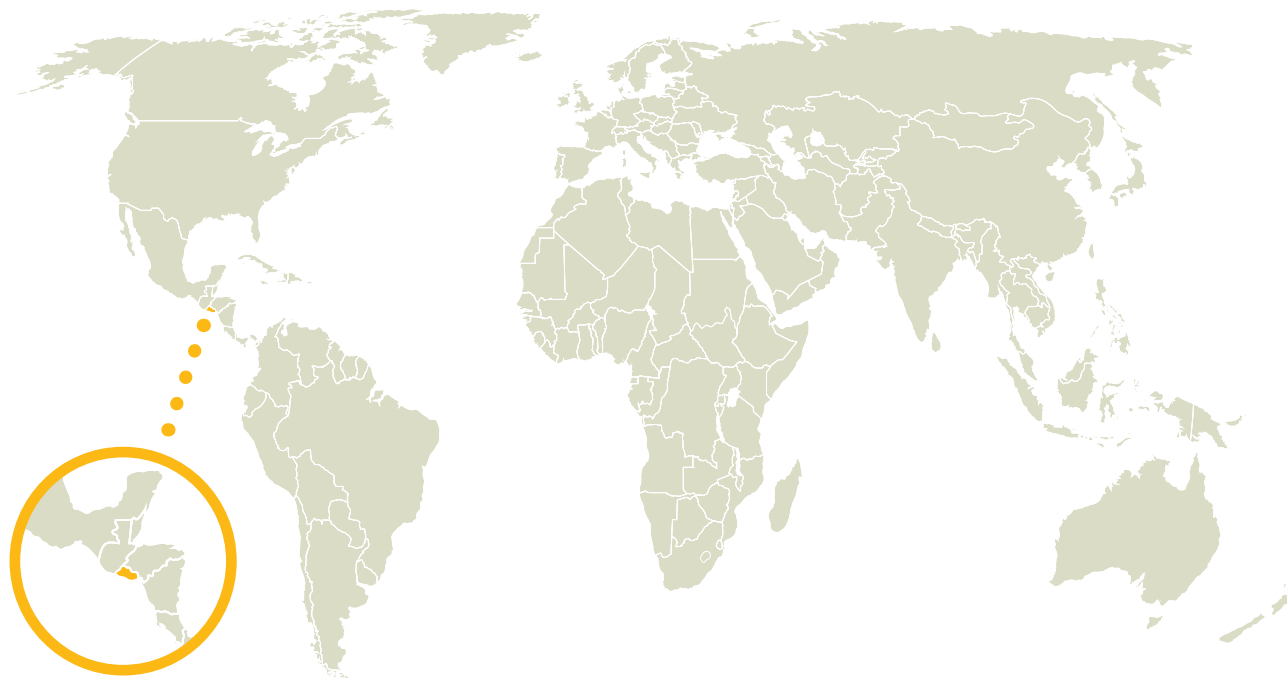
Enseignements tirés

L'EP a fourni une occasion unique d'entendre les points de vue des personnes sur le plan local à propos de problèmes qui leur tiennent à cœur. Elle a offert un mécanisme permettant de mieux comprendre les normes sociales ainsi que les croyances culturelles sous-jacentes qui sont à l'origine du nombre élevé de violations des DSSR. Enfin, elle a permis à l'INDH de soumettre des informations factuelles sur les DSSR au gouvernement, dans une perspective fondée sur les droits de l'Homme.

La collaboration avec l'INDH pour aborder ces problèmes s'est avérée stratégique. L'INDH a la capacité unique de réunir un large éventail de parties prenantes pour discuter des problèmes relevant des droits de l'Homme. Elle entretient également un dialogue régulier avec les organismes nationaux, y compris la commission parlementaire. Elle est ainsi en mesure d'éclairer le processus d'examen des lois et d'élaboration des politiques.

L'autorité et la crédibilité de l'INDH ont permis d'utiliser le rapport national de l'EP sur la santé sexuelle et reproductive comme un puissant outil de plaidoyer et de données pour modifier les politiques ainsi que les programmes.

Ce sont des informations que nous allons utiliser dans le pays pendant longtemps. Lorsque le rapport est considéré comme émanant d'une INDH, il est jugé crédible et est très respecté. (Représentant adjoint de l'UNFPA)



Étude de cas du SALVADOR

Salvador : inscrire la grossesse des adolescentes au programme national en tant que problème relevant des droits humains

Contexte

Le Salvador a l'un des taux les plus élevés de grossesses d'adolescentes en Amérique latine.¹³⁰ En 2015, un tiers des grossesses au Salvador étaient des grossesses d'adolescentes.¹³¹ Bien que le gouvernement ait mis en place des politiques et des programmes pour aborder ce problème, le taux de grossesse chez les adolescentes a stagné entre 2005 et 2015. Chez les filles âgées de 10 à 14 ans, elle a augmenté.¹³² Selon une étude publiée au Salvador en 2016, un tiers des adolescentes ayant accouché en 2012 étaient enceintes ou nouvelles mères 2 ans plus tard.

Les taux élevés de grossesse chez les adolescentes et les enfants sont liés aux causes sous-jacentes notamment :

- la violence sexuelle
- la culture patriarcale qui encourage les unions précoces et les mariages d'enfants

- les barrières sociales, notamment la stigmatisation sociale des relations sexuelles avant le mariage
- les barrières structurelles, notamment la limitation de l'accès des adolescents aux services de santé reproductive, y compris l'utilisation de contraceptifs modernes et l'accès à une éducation complète à la sexualité.

L'avortement fait également l'objet d'une interdiction absolue et d'une criminalisation. Avec un taux élevé d'agressions sexuelles chez les adolescents dans le pays – une étude récente a montré que 70 % des victimes d'agressions sexuelles dans le pays avaient moins de 20 ans et que 61 % des filles âgées de 10 à 12 ans présentaient des signes de violence sexuelle¹³⁴ –, les adolescentes n'ayant pas d'autre choix que de subir des grossesses non désirées et d'accepter les risques de santé qu'elles représentent.¹³⁵

Reconnaissant la gravité de la situation à laquelle les femmes et les filles salvadoriennes faisaient face dans l'exercice de leurs DSSR, le Médiateur du Salvador a procédé à un examen national des DSSR en 2016. Cet examen a abouti au Rapport spécial sur l'état des droits et de la santé sexuels et reproductifs, en particulier des filles, des adolescentes et des femmes au Salvador. Le Bureau du Médiateur a utilisé la méthodologie de l'UNFPA pour les examens par pays et les enquêtes nationales sur les DSSR.

Rapport spécial

L'examen national des DSSR s'est concentré sur les filles et les adolescentes et visait à déterminer les causes ainsi que les conséquences de la grossesse chez les adolescentes, en utilisant le cadre des droits de l'Homme.

L'examen visait à :

- déterminer les causes et les conséquences des grossesses précoces chez les adolescentes et les filles vivant dans des situations vulnérables
- déterminer les réponses et les défis de l'État en matière de protection des filles contre la violence basée sur le genre ainsi que de prestation de services de planification familiale adéquats
- analyser les causes et les effets croisés des grossesses d'adolescentes et d'enfants, mais aussi formuler des recommandations à l'intention de certaines institutions gouvernementales.

Résultats

L'utilisation d'une approche fondée sur les droits humains pour analyser la grossesse chez les adolescentes a permis d'élargir la compréhension de ces problèmes et de les relier à un large éventail de droits. Elle a également attiré l'attention sur la stigmatisation et sur la discrimination auxquelles font face des groupes particuliers, notamment les personnes vivant avec le VIH/sida ainsi que les membres de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexuée, quant à l'accès aux services de SSR.

Les principales conclusions de l'examen sont les suivantes :

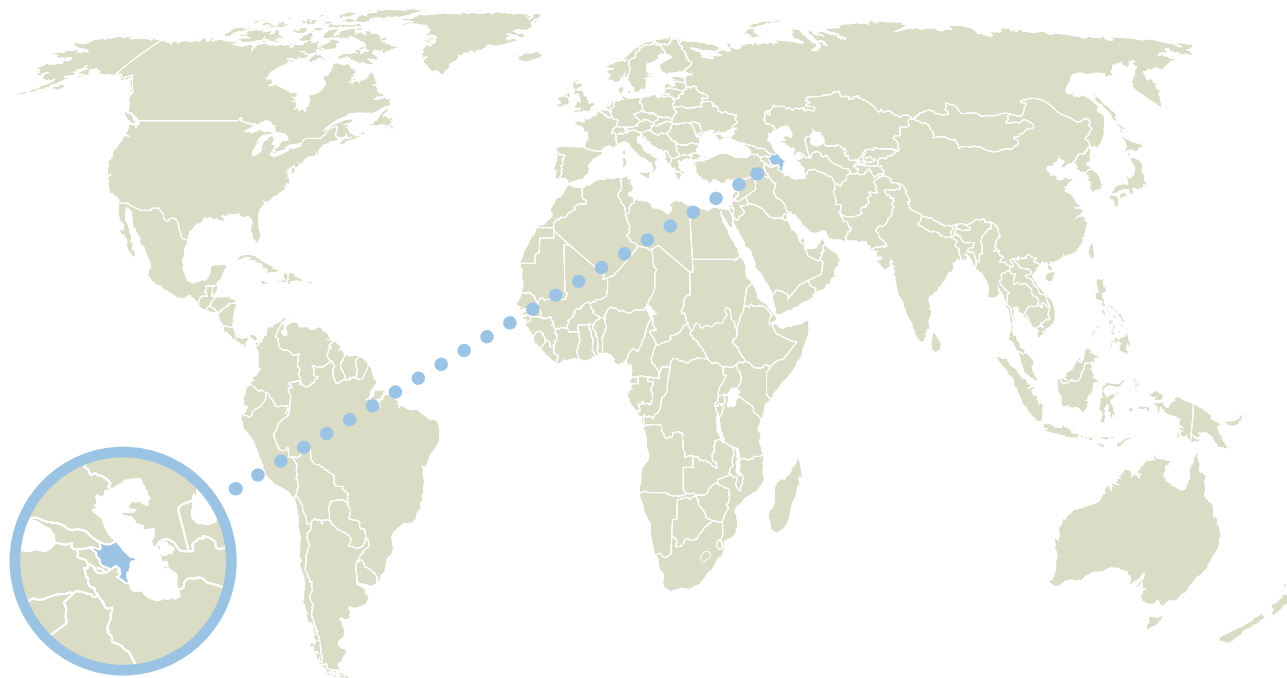
- les barrières importantes auxquelles font face les femmes victimes de violences basées sur le genre pour accéder à la justice
- les normes culturelles et sociales dominantes concernant les rôles sociétaux des femmes et des filles
- l'accès limité à une éducation complète à la sexualité et aux services de santé reproductive, y compris la planification familiale, en particulier pour les adolescents.

Le rapport est devenu un document de référence essentiel sur la violence basée sur le genre pour les décideurs politiques et d'autres publics, lesquels utilisent les conclusions du rapport pour défendre et informer les politiques nationales. Il s'agit de la Stratégie nationale pour la prévention de la grossesse chez les filles et les adolescentes (2017) et du Système national de soins pour les femmes anciennes victimes de violences (2016).

Bien que les résultats de l'examen ne soient pas surprenants, en utilisant un cadre de droits de l'Homme, le rapport a modifié la perception de ces problèmes, passant d'un problème relatif à la santé et aux femmes à une violation des droits de l'Homme. Ce faisant, il a souligné l'obligation de l'État de répondre à ces violations.

Le rapport a contribué à positionner la grossesse chez les adolescentes dans le programme national et à faire évoluer la perception du problème qui est passé d'un problème de santé publique à un problème relevant des droits de l'Homme. (Ondina, UNFPA, Salvador.)

Le rapport comprend également un cadre de surveillance et des actions de suivi destinées à des institutions gouvernementales particulières. Ce cadre a pris la forme d'une série de recommandations destinées à différents acteurs nationaux, notamment les ministères, le système judiciaire et le parlement. Avant la publication du rapport d'EP, ces institutions avaient discuté et accepté ces recommandations. Le rapport a non seulement recadré les problèmes de santé sexuelle et reproductive en tant que problèmes relevant des droits de l'Homme, mais il a également renforcé le cadre en matière de redevabilité pour les problèmes de DSSR dans le pays.



Étude de cas de l'AZERBAÏDJAN

Renforcer la redevabilité relative aux droits et à la santé sexuels et reproductifs en travaillant avec l'institut national des droits humains en Azerbaïdjan

Contexte

L'Azerbaïdjan a réalisé des progrès notables en matière de DSSR. Le taux de mortalité maternelle a considérablement baissé au cours des 20 dernières années et le gouvernement a adopté un large éventail de lois et de politiques pour répondre à la violence à l'encontre des femmes, au mariage des enfants et à d'autres domaines de la santé et des droits reproductifs.

Malgré ces progrès, des défis importants subsistent. Les femmes, en particulier celles des zones rurales et isolées, les réfugiées, les personnes déplacées à l'intérieur du pays ainsi que les personnes handicapées n'ont qu'un accès limité aux DSSR. Il existe une lacune importante entre l'existence de lois nationales sur la santé reproductive et leur mise en œuvre. Les recommandations des mécanismes internationaux de défense des droits humains – notamment l'EPU et le CEDAW – concernant les problèmes de DSSR n'ont pas fait l'objet d'un suivi prioritaire. L'accès à la justice

et à la redevabilité en cas de violation des droits sexuels et reproductifs est également limité.

La réticence de la société à discuter des problèmes de DSSR et le manque de données pertinentes sur les DSSR dans le pays ont été des facteurs importants qui ont contribué à ce que les politiciens ne donnent pas la priorité à ces problèmes lors de la conception des politiques nationales.

Stratégie

En 2015, l'UNFPA d'Azerbaïdjan s'est associé au Bureau du Médiateur national, son INDH, pour examiner les progrès du pays dans la mise en œuvre des recommandations de l'organe de traité¹³⁶ en matière de DSSR. En s'engageant activement et ouvertement auprès des autorités nationales concernant les DSSR, le Médiateur les a aidées à se sentir plus à l'aise pour discuter des problèmes de DSSR. La méthodologie de l'UNFPA pour les examens par pays et

les enquêtes nationales a fourni au Médiateur un cadre lui permettant d'examiner les progrès du pays.

Bien que le Bureau du Médiateur ait activement plaidé en faveur de la reconnaissance de la base normative de la santé et des droits reproductifs, ces efforts ont été entravés par le manque d'informations et de méthodologies relatives à l'examen dans ce domaine. L'introduction du guide de l'UNFPA pour les INDH sur les droits et la santé sexuels et reproductifs a fourni au Médiateur les orientations méthodologiques dont il avait besoin pour jouer un rôle beaucoup plus proactif dans le soutien de ces problèmes. (Bureau du Médiateur)

En se concentrant sur les DSSR des femmes et des filles, l'examen par pays a analysé les données disponibles dans six domaines clés :

- l'information et les services en matière de santé reproductive
- l'avortement
- la santé maternelle
- la violence à l'encontre des femmes
- l'éducation complète à la sexualité
- le VIH et le sida.

Pour chaque domaine, l'INDH a compilé les dernières recommandations du CEDAW et de l'EPU, déterminé les actions de l'État et analysé les divergences. L'INDH a également conçu des indicateurs pour chacun des domaines clés afin de suivre les progrès du gouvernement dans le respect de ces obligations internationales en matière de droits de l'Homme. Les résultats de cet examen ont été présentés dans un rapport aux homologues du gouvernement et aux organisations de la société civile.

Voici quelques-unes des conclusions clés du rapport :

- Les dépenses du gouvernement en matière de soins de santé, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive, sont faibles. Le gouvernement ne consacre que 1,5 % du produit intérieur brut du pays à la santé (la moyenne européenne est de 7,5 %).
- Il n'existe pas de mécanismes de redevabilité permettant de suivre les progrès en matière de DSSR et de remédier aux violations.
- L'assurance maladie publique ne couvre pas le coût des contraceptifs et tous ne sont pas gratuits.¹³⁷ En outre, l'accès aux conseils et à l'information sur le planning familial est limité. Cette situation contribue directement

à ce que l'Azerbaïdjan ait l'un des taux d'avortement les plus élevés d'Asie centrale, avec 31 avortements pour 1 000 femmes en 2012.

- Les stéréotypes sexuels et les attitudes patriarcales qui valorisent les garçons plus que les filles ont entraîné une généralisation des avortements sélectifs selon le sexe depuis le début des années 90. L'absence d'efforts systématiques visant à transformer la société pour répondre à ces stéréotypes a limité les progrès en matière de DSSR.
- La violence à l'encontre des femmes est très répandue et s'appuie sur des normes sociales patriarcales, des stéréotypes sexuels profondément enracinés et des pratiques coutumières préjudiciables, notamment le mariage des enfants. Cette situation est aggravée par la faible mise en œuvre de la loi de 2010 visant à prévenir la violence domestique, l'absence de budget de l'État alloué à la lutte contre la violence ainsi que le manque de sensibilité au genre dans le traitement des cas de violence par les forces de l'ordre et les autorités judiciaires.
- Les données sont limitées en ce qui concerne les DSSR, en particulier pour les groupes marginalisés, notamment les personnes handicapées, les travailleurs du sexe ainsi que les lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels.

Les résultats de l'étude et le cadre de suivi qui l'accompagne constituent un moyen systématique de suivre les progrès de l'État dans la progression des DSSR dans le pays. Après avoir partagé les résultats et le cadre de suivi des DSSR avec les parties prenantes gouvernementales concernées, notamment les ministères de la Santé, de l'Éducation et du Travail, le Médiateur a conclu un accord avec ces représentants gouvernementaux pour que la matrice d'indicateurs soit mise à jour deux fois par an. Ce sera l'occasion de suivre les progrès réalisés au fil du temps et de déterminer les écarts qui subsistent, les nouvelles possibilités et les goulets d'étranglement.

Résultats

L'examen a fourni le premier aperçu complet, fondé sur des preuves, de l'état des DSSR en Azerbaïdjan. Il a également structuré les DSSR dans le cadre des droits de l'Homme. En mettant l'accent sur les dimensions des droits humains et en soulignant les obligations internationales du

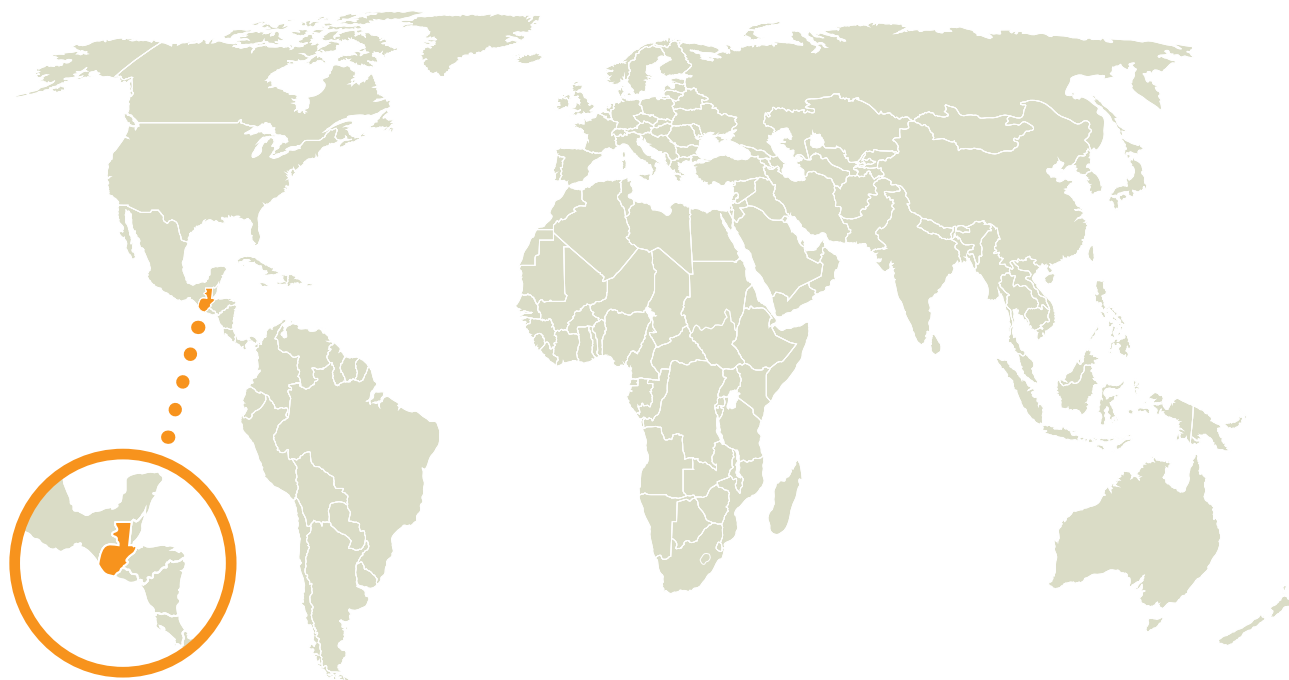
gouvernement dans ces domaines, le gouvernement a pris ces problèmes plus au sérieux.

Lorsqu'il s'agit de ces problèmes tabous, il est vraiment utile de commencer à parler des obligations du gouvernement. (UNFPA d'Azerbaïdjan)

Les preuves et les recommandations de cet examen se sont révélées être des outils de plaidoyer précieux pour les efforts visant à renforcer la reconnaissance des DSSR au sein des politiques et des programmes gouvernementaux. En s'appuyant sur les conclusions de l'examen, l'INDH a pu s'assurer que les problèmes de DSSR, notamment la traite des êtres humains et la violence domestique étaient incluses dans le rapport à mi-parcours de l'EPU de 2016. Les conclusions et les recommandations de l'examen ont également été utilisées pour faire pression sur le Parlement afin qu'il intègre les problèmes de DSSR dans le programme d'État sur la démographie et le développement de la population et qu'il conçoive le plan d'action national sur la violence basée sur le genre afin de garantir la mise en œuvre effective de la loi de 2010 sur la prévention de la violence domestique.

La collaboration entre l'INDH et l'UNFPA pour mettre à jour les indicateurs deux fois par an, en suivant les progrès du gouvernement dans ses obligations internationales en matière de DSSR, contribuera à garantir que les problèmes de DSSR restent au programme national.





Étude de cas du GUATEMALA

Guatemala : collaborer avec le Bureau du Médiateur national pour renforcer les données et la redevabilité relatives aux droits et à la santé sexuels et reproductifs

Contexte

Au Guatemala, les attitudes patriarcales, les normes religieuses, la discrimination, la pauvreté et les barrières géographiques ont toutes une incidence négative sur l'accès des femmes et des filles aux DSSR de qualité. Les services sexuels et reproductifs comprennent la planification familiale, l'éducation complète à la sexualité ainsi que les soins médicaux pendant la grossesse et l'accouchement.¹³⁸ Les femmes de même que les jeunes, les autochtones et les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués (LGBTI) sont particulièrement marginalisés. Bien que le gouvernement guatémaltèque ait réussi à réduire le taux de mortalité maternelle de 57 % depuis 1990, le pays reste confronté à l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés d'Amérique latine.¹³⁹

Le Bureau du Médiateur du Guatemala a pour mission de s'assurer de la conformité du gouvernement avec les obligations internationales en matière de droits de l'Homme. Toutefois, le Bureau du Médiateur a eu du mal

à faire avancer la partie de son mandat relative aux DSSR. Les informations du pays sur les DSSR n'étaient pas à jour et, en général, le gouvernement guatémaltèque considérait ces problèmes comme une préoccupation de santé publique plutôt que comme des problèmes relevant des droits de l'Homme.

S'inspirant de l'occasion de piloter la méthodologie de l'UNFPA pour l'examen des DSSR par les INDH,¹⁴⁰ le Bureau de pays de l'UNFPA a établi un partenariat avec le Bureau du Médiateur afin de renforcer leur capacité à surveiller les DSSR.

Après des discussions entre les deux entités, le Bureau du Médiateur a accepté de faire avancer ce processus d'examen national en trois phases :

- le renforcement des capacités
- l'établissement d'un système de surveillance et d'évaluation des DSSR
- un examen national des DSSR au Guatemala.

Renforcement des capacités

À partir de 2015, l'UNFPA du Guatemala a entamé un programme de formation d'un an avec le Bureau du Médiateur. La formation visait à :

- normaliser les connaissances sur les DSSR et sur la manière dont les DSSR sont directement liés à la réalisation d'autres droits
- renforcer la compréhension des 59 indicateurs relevant de 7 thèmes que l'UNFPA recommande pour la surveillance et l'évaluation des DSSR
- renforcer la gestion du Bureau du Médiateur afin que le personnel puisse mieux s'acquitter de ses fonctions au siège et dans les régions en traitant les DSSR.

En 2015, le Bureau du Médiateur et l'UNFPA du Guatemala ont organisé quatre ateliers de renforcement des capacités destinés à uniformiser les connaissances du personnel sur les problèmes de DSSR. Les 160 membres du personnel participants comprenaient des éducateurs, des avocats et des psychologues du siège et des bureaux régionaux du Médiateur des droits de l'Homme.

Par le biais d'études de cas et d'un dialogue ouvert, la formation a mis l'accent sur la manière dont les DSSR sont liés à divers droits de l'Homme, notamment le droit à l'éducation, le droit au travail et le droit à la vie, dans des scénarios concrets. Les participants ont compris que le fait d'inscrire les DSSR dans le cadre plus large des droits humains est utile pour analyser les plaintes, enquêter dessus et y répondre.

Cette phase préliminaire a été cruciale pour l'élaboration du système de surveillance et d'évaluation ainsi que du rapport thématique, car elle nous a permis de comprendre le rôle du Bureau du Médiateur et les indicateurs que nous allons utiliser. (Yolanda, chargée de programme, UNFPA du Guatemala.)

Cadre pour la surveillance et l'évaluation systématiques des DSSR

En 2016, grâce au renforcement de ses capacités en matière de DSSR, le Bureau du Médiateur a mis au point un système normalisé de surveillance et d'évaluation de la situation en matière de DSSR dans le pays en utilisant la méthodologie de l'UNFPA.¹⁴¹ Il convient d'utiliser le cadre chaque année pour surveiller et évaluer les progrès.

Le cadre normalisé pour les DSSR est une méthode d'enquête qualitative qui permet d'acquérir de nouvelles connaissances sur les DSSR en se fondant sur des réflexions critiques à partir des expériences vécues par les femmes et les filles. (Rapport sur la systématisation du processus de transfert et de production de connaissances sur le renforcement des capacités de l'institution nationale des droits humains au Guatemala)¹⁴²)

En normalisant les connaissances des INDH sur les DSSR en tant que droits de l'Homme, ainsi qu'en normalisant une méthode de surveillance et d'évaluation qui met l'accent sur le rôle des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, l'INDH a été mieux à même d'assurer la qualité des rapports thématiques sur les DSSR à l'avenir.

Rapport thématique

Le Bureau du Médiateur a conçu son premier rapport sur les DSSR à la fin de l'année 2016 en utilisant son nouveau cadre de surveillance et d'évaluation. Le rapport est organisé selon les mêmes thèmes que ceux utilisés dans les lignes directrices de l'UNFPA :

- L'accès à l'information et aux services de santé reproductive
- L'attention portée à la santé maternelle
- La prévention et le traitement du VIH/sida
- L'éducation sexuelle intégrale
- La violence à l'encontre des femmes
- La capacité de décision et l'autonomie décisionnelle des adolescents
- La capacité des travailleurs du sexe à prendre des décisions autonomes
- La capacité des populations LGBTI à prendre des décisions autonomes.

Le rapport du Bureau du Médiateur s'est appuyé sur des sources, notamment des rapports nationaux, des enquêtes internationales sur les données du Guatemala et des rapports antérieurs du Médiateur, pour recueillir des informations. Le rapport a montré le lien évident entre la protection des droits humains et l'exercice des DSSR. À titre d'exemple, le rapport présente les taux élevés de mortalité maternelle au Guatemala comme une violation du droit à la vie et du droit au meilleur état de santé possible.

C'est la première fois que nous soutenons des problèmes liés à la maternité – mortalité maternelle, accès aux

contraceptifs et planification familiale – du point de vue des droits de l'Homme. (INDH)

Voici quelques-unes des principales conclusions du rapport :

- Bien que le Guatemala ait ratifié les traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme, il n'a pas mis en place les politiques, les programmes et les budgets adéquats pour mettre en œuvre les obligations relatives aux droits humains auxquelles il a souscrit.
- Les registres de données sur les DSSR sont limités et obsolètes, ce qui rend difficile le fait d'élaborer des propositions politiques éclairées et de plaider pour leur mise en œuvre.
- La population guatémaltèque et la fonction publique manquent de connaissances en matière de DSSR, ce qui constitue une barrière majeure à la dénonciation des violations des DSSR et à l'adoption de mesures pour y remédier. À titre d'exemple, le rapport a constaté que l'absence d'une éducation complète à la sexualité, combinée à une culture patriarcale, permettait de considérer les grossesses d'adolescentes comme « la norme » plutôt que comme le résultat de l'inaction de l'État.
- Bien que la loi guatémaltèque stipule que de mettre une fille de moins de 14 ans enceinte est un crime d'agression sexuelle, il est difficile pour les filles de porter plainte officiellement en raison des pressions exercées par les familles pour qu'elles gardent le silence. Dans de nombreux cas, les agresseurs sont des membres de la famille ou des connaissances de la famille.

Perspectives d'avenir

Nous constatons que le rapport est un outil de plaidoyer utile pour les organisations, car elles peuvent l'utiliser comme référence impartiale et faisant autorité sur la situation de notre pays en matière de DSSR. (Yoli)

L'INDH a partagé le rapport avec les principaux ministères et organisations non gouvernementales, et il a été rendu public à la fin de l'année 2017. Le rapport thématique ainsi que le cadre de surveillance et d'évaluation correspondant constituent des étapes importantes dans la lutte pour combler les lacunes en matière de redevabilité, de données et de connaissances sur les problèmes de DSSR. Début 2018, l'INDH a l'intention de commencer à utiliser les indicateurs de DSSR qu'elle a conçus dans le cadre de son dispositif global de surveillance et d'évaluation des droits de l'Homme.



ANNEXE 1

Sources d'information sélectionnées

SOURCES D'INFORMATION PROPRES À UN PAYS

Enquêtes démographiques et de santé

Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont des enquêtes sur les ménages, représentatives sur le plan national, qui fournissent des données pour un large éventail d'indicateurs de surveillance et d'évaluation d'impact dans les domaines de la population, de la santé et de la nutrition. Elles peuvent être recherchées par thème et par pays. <https://dhsprogram.com/>

DevInfo

DevInfo est un système de base de données pour la surveillance du développement humain approuvé par le Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD), qui permet de naviguer, de télécharger, de visualiser et de partager des données socio-économiques.

<http://www.devinform.org/libraries.aspx/home.aspx>

Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)

L'UNICEF aide les pays à collecter et à analyser des données afin de combler les lacunes en matière de surveillance de la situation des enfants et des femmes grâce à cette initiative internationale d'enquête sur les ménages.

http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html

Objectifs de développement durable

Rapports présentant les progrès régionaux et nationaux, y compris le rapport 2018 sur les objectifs de développement durable.

<https://unstats.un.org/sdgs/>

La CIPD au-delà de 2014

Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a publié le rapport intitulé « Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement » (appelé Rapport mondial sur la CIPD au-delà de 2014) <https://www.unfpa.org/fr/publications/plan-directeur-pour-la-suite-donner-apres-2014-au-programme-daction-de-la-conference>

Rapports sur le développement humain

Le Rapport sur le développement humain (RDH), publié par le Bureau du Rapport sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), est un rapport annuel qui mesure le développement humain à travers le monde. <http://hdr.undp.org/en>

Indicateurs internationaux de développement humain

Le Bureau du RDH publie chaque année cinq indices, accompagnés de profils de pays. <http://hdr.undp.org/en/countries>

Organes des droits humains

Il est possible de rechercher les rapports des gouvernements aux organes de surveillance des traités des Nations Unies et les recommandations des organes de traités des Nations Unies aux pays (soit les commentaires ou observations finaux) par pays.

<https://www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms>

Procédures spéciales du Conseil des droits de l'Homme

Experts indépendants en matière de droits de l'Homme ayant pour mandat d'établir des rapports et de donner des conseils sur les droits humains d'un point de vue thématique ou propre à un pays. Consultez la liste des Rapporteurs spéciaux, les rapports et les prochaines visites dans les pays.

D'autres sources d'informations propres à chaque pays sont les suivantes :

- les enquêtes sur la population ;
- les enquêtes sur la santé reproductive ;
- l'enregistrement des naissances ;
- les audits sur les décès maternels ;
- les données relatives aux établissements de santé ;
- les systèmes d'enregistrement de l'état civil et les recensements ;
- les rapports de routine et les rapports sur les journées nationales de vaccination.

<https://www.ohchr.org/fr/special-procedures-human-rights-council>

RESSOURCES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Fiche d'information sur la violence à l'encontre des femmes <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Fiche d'information sur la mortalité maternelle <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Base de données sur les dépenses en matière de santé dans le monde <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/fr>

Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health (reports)

http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/index5.html

A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH) – A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH (2014)

http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf

Making Health Services Adolescent Friendly: Developing national quality standards for adolescent-friendly health services (2012) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=D48EA226BBB7869278535B7494CD0896?sequence=1>

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2012)

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/

Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (2011)

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/

Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008 (2011) http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/

WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries (2011) http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf

Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health (2010)

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_fch_10.06_eng.pdf

Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes – WHO's Framework for Action (2007)

Country Accountability Framework: A tool for assessing and planning implementation of the country accountability

framework for health with a focus on women's and children's health (IHP+ and the World Health Organization, 2012) http://www.who.int/woman_child_accountability/about/caf_tool_uptd.pdf
<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>

Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets (2004) http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf

WHO recommendations on Maternal Health (2017)
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/

WHO recommendations on Adolescent Health (2017)
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/

Report of the High-level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. (2017)
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportHLWG-humanrights-health.pdf>

RESSOURCES DES NATIONS UNIES SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

World Development Indicators

La principale base de données d'indicateurs du développement de la Banque mondiale, compilée à partir de sources internationales officiellement reconnues. Elle présente les données les plus récentes et les plus précises disponibles sur le développement mondial et comprend des estimations nationales, régionales et mondiales. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Worldwide Governance Indicators (WGI)

Un projet de la Banque mondiale, du Natural Resource Governance Institute et de la Brookings Institution.
<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#home>

Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011)
http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/

International Technical Guidance on Sexuality Education (UNESCO, 2018) <http://www.unesco.org/new/en/hiv-and-aids/our-priorities-in-hiv/sexuality-education/international-technical-guidance-on-sexuality-education/>

Human Rights Indicators: A Guide to Measurement and Implementation (OHCHR, 2012)
<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Indicators/Pages/HRIndicatorsIndex.aspx>

Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, « Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality » (A/ HRC/21/22), 7 juillet 2012. Disponible sur le site http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf

Nations Unies, Comité des droits de l'enfant, « Observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24) » (CRC/C/GC/15) et « Observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant » (CRC/GC/2003/4).

Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12). Document E/C.12/2000/4, 11 août 2000. Disponible sur le site https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Home.aspx?lang=Fr

Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) Observation générale n° 22 : Le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12). Document E/C.12/GC/22, 2 mai 2016. Disponible sur le site https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F22&Lang=en

Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « General Recommendation No. 24 (20th session, 1999), Article 12: Women and health ». Disponible sur le site <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>

Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « General Recommendation No. 35 on gender based violence against women, updated general recommendation 19 ». Document CEDAW/C/GC/35 14 juillet 2017. Disponible sur le site https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_mondial/CEDAW_C_GC_35_8267_E.pdf

Human Rights Committee General Comment 36 on the right to life. Document CCPR/C/GC/36 (30 octobre 2018), para 9. Disponible sur le site https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_mondial/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf

Nations Unies, Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (A/66/254). Voir la section IV. « Criminal laws and other legal restrictions affecting the right to sexual and reproductive health », 3 August 2011. Disponible sur le site http://www.un.org/ga/search/viewm_doc.asp?symbol=A/66/254

Nations Unies, Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Report on adolescent health, (A/HRC/32/32), 4 avril 2016. http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/32/32

Nations Unies, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), voir la section B. « Applicability of the torture and ill-treatment framework in health-care settings », 1^{er} février 2013. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity, (A/ HRC/19/41), 17 novembre 2011. http://www.ohchr.org/documents/issues/discrimination/a.hrc.19.41_english.pdf

NOTES FINALES

- 1 Pour plus d'études de cas, voir : UNFPA, Institut danois des droits humains et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme. Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions (HR/PUB/14/6) Nations Unies : New York, 2014.
- 2 Nations Unies. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, Chine, 4-15 septembre 1995. A/ CONF.177/20.
- 3 Par exemple, Commission de la population et du développement, résolution 2012/1 (E/2012/25-E/CN.9/2012/8).
- 4 Voir plus sur : <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17168&LangID=E#sthash.OJ3tEqCr.dpuf>
- 5 UNFPA, From Commitment to Action: Lessons from the Second Cycle of the Universal Periodic Review, 2018: <https://www.unfpa.org/publications/commitment-action-sexual-and-reproductive-health-and-rights-0>

- 4 Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) Observations générales No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12). Contenu dans le document E/C.12/2000/4, 11 août 2000 ; Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) Observation générale n° 22 : Le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12). Contenu dans le document E/C.12/GC/22 (2 mai 2016) ; Comité des droits de l'enfant (CDE) des Nations Unies, Observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 24), (CRC/C/GC/15) 17 avril 2013, chapitre IV, section E.
- 5 Groupe de développement des Nations Unies. L'approche fondée sur les droits humains pour la coopération en matière de développement vers une compréhension commune des agences des Nations Unies. New York, 2003. Disponible sur le site http://www.undg.org/archive_docs/6959-The_Human_Rights_Based_Approach_to_Development_Cooperation_Towards_a_Common_Understanding_among_UN.pdf
- 6 UNFPA et Centre pour les droits reproductifs. Le droit des femmes et des filles à l'information et aux services en matière de contraception. New York, 2010, p. 10.
- 7 Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination raciale. Recommandation générale n° 25 : Dimensions sexospécifiques de la discrimination raciale, para 1 et 2. New York, 2000 ; Ibid, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Manfred Nowak, para 38. Genève, 2008 ; Ibid, Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 9 (2006) : Les droits des enfants handicapés, para 60. Genève, 13 novembre 2007. Disponible sur le site https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Home.aspx?lang=Fr
- 8 OMS, UNFPA, ONUSIDA. Prevention and Treatment of HIV and other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-Income Countries: Recommendations for a Public Health Approach. Département VIH/SIDA de l'OMS : Genève, décembre 2012. Disponible sur le site http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/ ; Open Society Foundations, Ten Reasons to Decriminalize Sex Work. New York, 2012. Disponible sur le site <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/ten-reasons-decriminalize-sex-work>
- 9 Plusieurs exemples sont disponibles auprès du Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité CEDAW), y compris la communication n° 4/2004. Trente-sixième session. A.S. c. Hongrie 29 août 2006 ; Ibid. Recommandation générale n° 19 (1992) Violence à l'encontre des femmes. Article 16, para 22 ; Ibid. Recommandation générale n° 21 (1994) Égalité dans le mariage et les rapports familiaux, para 21-23 ; Ibid. Recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé. Article 12, para 20 à 23 et 31(b, c). Voir également la Cour européenne des droits de l'Homme. Affaire V.C. c. Slovaquie (Requête n° 18968/07) 2011.
- 10 CESCR Observation générale n° 14, para 18-27 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale n° 24, para 6.
- 11 CESCR Observation générale n° 14, para 11, 17, 23, 43(f) et 54. Nations Unies, 2000
- 12 Nations Unies, Haut-Commissariat aux droits de l'Homme (HCDH). Institutions Nationales pour les Droits humains : Historique, principes, fonctions et attributions. Nations Unies : New York et Genève, 2010. Disponible sur https://www.ohchr.org/Documents/Publications/PTS-4Rev1-NHRI_fr.pdf
- 13 Forum Asie-Pacifique des institutions nationales des droits humains et Institut Raoul Wallenberg des droits humains et du droit humanitaire. Manual on Conducting a National Inquiry into Systemic Patterns of Human Rights Violation. Sydney et Lund (Suède), septembre 2012.
- 14 Ibid.
- 15 Ibid.
- 16 Ibid.
- 17 HCDH. Institutions nationales des droits de l'Homme.
- 18 Ibid.
- 19 Forum Asie-Pacifique et Institut Raoul Wallenberg. Manual on Conducting a National Inquiry.

- 20 Organisation mondiale de la Santé. Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Genève, 2006. Disponible sur le site http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf
- 21 HCDH. Institutions nationales des droits de l'Homme.
- 22 Ibid.
- 23 Forum Asie-Pacifique et Institut Raoul Wallenberg. Manual on Conducting a National Inquiry.
- 24 L'analyse de cette section est basée sur deux publications de l'UNFPA et du Center for Reproductive Rights : Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations. New York, 2012. Disponible sur le site <http://reproductiverights.org/en/document/monitoring-tool-human-rights-state-obligations> ; et Ibid. ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. New York, 2013. Disponible sur le site <http://www.unfpa.org/publications/icpd-and-human-rights>
- 25 Ibid.
- 26 PNUD et autres. Human Rights Based Approach to Development Planning: Toolkit (HRBA Toolkit). New York, 2010. Disponible sur le site http://www.ph.undp.org/content/philippines/en/home/library/democratic_governance/publication_1/ Voir également Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, « Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality » (A/HRC/21/22), 7 juillet 2012. Disponible sur le site http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf
- 27 Center for Reproductive Rights et UNFPA, Droits reproductifs.
- 28 HCDH. Human Rights Indicators: Des outils pour mesurer les progrès réalisés New York, 2012. Disponible sur le site <https://www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms/human-rights-indicators>
- 29 Nations Unies. « Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt », (A/HRC/7/11) 31 janvier 2008, para 31, 40, 51. Disponible sur le site http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=13804
- 30 CESCR Observation générale n° 14, para 20.
- 31 Organisation mondiale de la Santé, Health topics: Health systems, http://www.who.int/topics/health_systems/en/ ; voir également UNFPA. How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence. New York, 2013, p. 10. Disponible sur le site : http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/universal_rh.pdf
- 32 PNUD et autres. HRBA Toolkit.
- 33 Singh, S. et al. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Institut Guttmacher et UNFPA : New York, 2009, p. 15.
- 34 Organisation mondiale de la Santé. Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28-31 janvier 2002, Genève. Sexual health document series. Genève, 2006 ; Voir également Organisation mondiale de la Santé. Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux : Stratégie mondiale adoptée lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, 2004. Disponible sur le site <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-04.8>
- 35 Unmet need for modern contraception, 2017, Guttmacher Institute: New York, 2017. Disponible sur le site <https://www.guttmacher.org/infographic/2017/unmet-need-modern-contraception-2017>
- 36 CESCR Observation générale n° 14 ; Organisation mondiale de la Santé. Intégration des services de santé sexuelle et reproductive : note d'information – 2. Genève, 2006.
- 37 À comparer aux femmes mariées, on sait relativement peu de choses sur les besoins en contraception des femmes non mariées dans les pays en voie de développement. Dans certaines régions, comme en Asie, les estimations des

- besoins non satisfaits en matière de planification familiale ne sont pas disponibles, car les femmes non mariées ne sont pas interrogées sur leurs comportements reproductifs et/ou sexuels.
- 38 Les femmes souffrant d'un manquement en matière de contraception sont celles qui souhaitent éviter une grossesse ou la retarder, mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne.
- 39 UNFPA et Centre pour les droits reproductifs. Droits reproductifs ; Organisation mondiale de la Santé. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition. Genève, 2012. Disponible sur le site http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- 40 L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit un avortement dangereux comme étant un acte destiné à mettre fin à une grossesse effectué par des personnes ne disposant pas des qualifications adéquates ou bien se déroulant dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou encore dans ces deux circonstances. Voir Organisation mondiale de la Santé, Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems: Second edition. Genève, 2012, pp. 23, 47-49. Disponible sur le site http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- 41 Organisation mondiale de la Santé. Safe Abortion, pp. 47-49.
- 42 Ibid.
- 43 Organisation mondiale de la Santé. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008: Sixth edition. Genève, 2011. Disponible sur le site http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/
- 44 Khan, Khalid, Daniel Wojdyla, Lale Say, A. Metin Gülmezoglu, et Paul F.A. Van Look. WHO Analysis and Causes of Maternal Death: A Systematic Review. The Lancet 2006, volume 367, n° 9516, pp. 1066-74. Disponible sur le site <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2806%2968397-9/abstract>
- 45 Organisation mondiale de la Santé. Avortement dangereux.
- 46 Nations Unies, Rapport intérimaire, Anand Grover (A/66/254).
- 47 Nations Unies, Rapport intérimaire, Anand Grover (A/66/254) ; Nations Unies, Comité des droits de l'Homme. CCPR General Comment No. 28: Article 3. « The equality of rights between men and women » (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10) New York, 29 mars 2000. Disponible sur le site <http://www.refworld.org/docid/45139c9b4.html>
- 48 Comité des droits de l'Homme. K.L. c. Pérou (2005) ; Comité CEDAW. L.C. c. Pérou (2011).
- 49 Comité CEDAW. Concluding observations to Hungary (CEDAW/C/HUN/CO/7-8) 1^{er} mars 2013. Disponible sur le site <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/CEDAW.C.HUN.CO.7-8.pdf>
- 50 Nations Unies, Rapport intérimaire, Anand Grover (A/66/254) ; UNFPA et Center for Reproductive Rights. La CIPD et les droits de l'Homme.
- 51 Nations Unies, Rapport intérimaire, Anand Grover (A/66/254).
- 52 UNFPA et Centre pour les droits reproductifs. La CIPD et les droits de l'homme.
- 53 Ibid.
- 54 Organisation mondiale de la Santé. Avortement sans danger
- 55 Organisation mondiale de la Santé et al. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Genève, 2014. Disponible sur le site <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>
- 56 Organisation mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Principaux faits, Genève, février 2018. Disponible sur le site <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> ; Hunt, Paul, et Judith Bueno de Mesquita. Reducing Maternal Mortality: The contribution of the right to the highest attainable standard of health. Rapport de projet avec l'Union européenne et l'UNFPA. Centre des droits de l'Homme, Université d'Essex : Colchester (Royaume-Uni), 2010. Disponible sur le site http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/reducing_mm.pdf
- 57 Organisation mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Principaux faits, Genève, février 2018. Disponible sur le site <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

- 58 UNFPA. État de la population mondiale – Rapport 2013 : La mère-enfant : Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente. New York, 2014. Disponible sur le site <https://www.unfpa.org/fr/publications/etat-de-la-population-mondiale-2013>
- 59 Groupe parlementaire multipartite sur la population, le développement et la santé en matière de procréation du Royaume-Uni. Better Off Dead? A report on maternal morbidity from the UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health. Londres, mai 2009. Disponible sur le site <http://www.appg-popdevrh.org.uk/Publications/Maternal%20Morbidity%20Hearings/Maternal%20Morbidity%20Report%20-%20FINAL.pdf>
- 60 Si les femmes avaient reçu des soins obstétricaux en temps voulu, le bébé aurait été mis au monde par césarienne ou par accouchement vaginal assisté, ce qui aurait probablement permis de sauver la vie de l'enfant et d'éviter les conditions menant à la fistule obstétricale. D'autres causes, moins courantes, de fistule obstétricale sont les abus sexuels et le viol, les complications d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, les traumatismes chirurgicaux, les cancers gynécologiques et les traitements de radiothérapie qui y sont associés. L'absence de services de santé reproductive dans les régions pauvres en ressources augmente le risque de complications liées à l'accouchement, de soins médicaux tardifs ou inadéquats et de fistule obstétricale qui en résulte. Pour plus d'informations, voir <http://www.endfistula.org> et <https://www.unfpa.org/fr/fistule> ; Organisation mondiale de la Santé. 10 Facts on Obstetric Fistula. Genève, mise à jour janvier 2018. Disponible sur le site https://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/
- Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme. Onzième session. Résolution 11/8. Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'Homme. New York, 2011. Disponible sur le site https://ap.ohchr.org/documents/F/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf
- 62 Nations Unies. Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Le Caire, 1994, para 8,22. Disponible sur le site <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>
- 63 Nations Unies. Programme d'action de la CIPD, para 8,21.
- 64 Programme 2030, Objectifs de développement durable, Objectif 3, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>
- 65 Les informations contenues dans cette section proviennent généralement de l'UNFPA et du Center for Reproductive Rights. La CIPD et les droits de l'homme.
- 66 Voir généralement Organisation mondiale de la Santé, Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for mondial monitoring, 2006.
- 67 UNFPA et Centre pour les droits reproductifs. La CIPD et les droits de l'homme.
- 68 Comité CEDAW. Recommandation générale n° 21.
- 69 Nations Unies, Report of the United Nations Special Rapporteur on the right to education, Vernor Muñoz. Sixty-fifth session (A/65/162). New York, 23 juillet 2010. Disponible sur le site http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=18040
- 70 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). International Technical Guidance on Sexuality Education Paris, December 2018 (2nd edition). Disponible sur le site <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
- 71 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15 ; Ibid. Observation générale n° 4 (2003) : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC/GC/2003/4) 1^{er} juillet 2003, para 26, 28 et 39(b) ; Comité CEDAW, recommandation générale n° 24, para 18.
- 72 Nations Unies, Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation, Vernor Muñoz. (A/65/162) para 87(c) ; Comité des droits de l'enfant. Observations finales. Irlande, 2006, para 52.
- 73 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15 ; Ibid. Observation générale n° 4, para 28.
- 74 Comité CEDAW, recommandation générale n° 24, para 7 ; Center for Reproductive Rights et UNFPA. Droits reproductifs.

- 75 UNFPA et Centre pour les droits reproductifs. Droits reproductifs.
- 76 UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle.
- 77 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15, para 59.
- 78 CESCR Observation générale n° 14, para 39.
- 79 Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation a noté que les États prennent des mesures pour veiller à ce que les programmes soient exempts de stéréotypes préjudiciables fondés sur le sexe ou le genre, ou de stéréotypes hétéronormatifs fondés sur les capacités mentales ou physiques. Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Education, Vernor Muñoz. (A/65/162) para 63.
- 80 Nations Unies, Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation, Vernor Muñoz (A/65/162), para 21-23 et 87(d).
- 81 La violence basée sur le genre peut viser d'autres segments de la population, notamment les transgenres et les personnes non conformes au genre, mais l'accent est mis ici sur les implications pour la santé reproductive de la violence basée sur le genre à l'encontre des femmes et des filles. Voir la recommandation générale n° 35 du CEDAW sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19 (CEDAW/C/GC/35) 14 juillet 2017.
- 82 Organisation mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes. Principaux faits. Genève, novembre 2017. Disponible sur le site : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> ; Recommandation générale n° 35 du CEDAW sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19 (CEDAW/C/GC/35) 14 juillet 2017.
- 83 Il existe de nombreuses autres formes de violence basée sur le genre que cette section ne couvre pas, notamment la traite des êtres humains et la violence ciblant des personnes en raison de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle. Par ailleurs, d'autres sections du présent document traitent de la violence basée sur le genre ; voir, par exemple, les sections sur l'avortement et sur les groupes vulnérables.
- 84 Les informations contenues dans cette section proviennent généralement de l'UNFPA et du Center for Reproductive Rights. La CIPD et les droits de l'homme.
- 85 L'analyse de cette section et les informations sur les indicateurs sont tirées du rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, Yakin Ertürk.
- 86 Les informations contenues dans cette section proviennent de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, Yakin Ertürk, Rapport sur les indicateurs de la violence à l'égard des femmes et la réponse des États, A/HRC/7/6, 29 janvier 2008
- 87 Nations Unies, Programme d'action de la CIPD, para 4.1 ; Ibid, Convention relative aux droits des personnes handicapées. Rapport final du Comité spécial chargé d'élaborer une convention internationale globale et intégrée pour la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes handicapées. (A/61/611) 6 décembre 2006, articles 3 et 25 ; Ibid, Comité CEDAW, recommandation générale n° 24, para 31(e).
- 88 Voir Cour européenne des droits de l'Homme, V.C. c. Slovaquie (Requête n° 18968/07) 2011. Voir également plusieurs sources du Comité CEDAW, notamment la communication n° 4/2004 ; recommandation générale n° 19 ; recommandation générale n° 21, para 21-23 ; recommandation générale n° 24.
- 89 Comité CEDAW, recommandation générale n° 24 (article 12), para 20-23 et 31(b, c).
- 90 Patton, G.C. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. The Lancet, volume 374, numéro 9693, p. 881-92. 12 septembre 2009. Disponible sur le site [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60741-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60741-8/abstract)
- 91 Nations Unies, Convention relative aux droits de l'enfant. Résolution 44/55 de l'Assemblée générale du 20 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990. New York, 1989, article 5. Nations Unies ; Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15, para 20-22 et 31. Disponible sur le site <http://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/crc.pdf> ; UN Special Rapporteur on the Highest Attainable Standard of Health, Report on adolescent health, UN Doc.:A/HRC/32/32 (4 avril 2016)

- 92 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15, para 95.
- 93 CESCR Observation générale n° 14, para 23 ; Nations Unies, 2000 ; Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15, para 52, 69.
- 94 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 4, para 41 ; Ibid. Observation générale n° 15, para 52, 69 ; Voir également Organisation mondiale de la Santé. Adolescent Friendly Health Services: An agenda for change. Genève, 2002. Disponible sur le site http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/
- 95 CESCR Observation générale n° 14, para 23 et 24 ; Comité CEDAW. Recommandation générale n° 24, para 18 et 21 ; Organisation mondiale de la Santé. Making Health Services Adolescent Friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Genève, 2012. Disponible sur le site http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf
- 96 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 4, para 10.
- 97 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15, para 69.
- 98 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 4, para 20 ; Comité CEDAW. Recommandation générale n° 21, para 36.
- 99 Les travailleurs du sexe comprennent les adultes de sexe féminin, masculin et transgenre qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement, et qui peuvent ou non s'identifier comme travailleurs du sexe. Les raisons pour lesquelles les personnes vendent des services sexuels sont nombreuses. De nombreux travailleurs du sexe choisissent librement de vendre des services sexuels. D'autres se lancent dans le travail sexuel en raison de conditions qui, bien que déplorables, n'impliquent pas de contrainte directe et/ou de tromperie de la part d'une autre personne. Il s'agit, par exemple, de la pauvreté, de l'inégalité entre les sexes, de pratiques culturelles néfastes telles que le mariage précoce des enfants, d'un faible niveau d'éducation, d'urgences humanitaires et de situations d'après-conflit. Les travailleurs du sexe sont généralement perçus comme défiant les normes sociales ainsi que les rôles acceptables pour les femmes et les hommes. Les femmes qui demandent une compensation en échange d'un rapport sexuel enfreignent les normes traditionnelles attendues des femmes dans de nombreuses sociétés, et celles qui pratiquent le sexe transactionnel sont encore qualifiées de prostituées. L'expression de la sexualité féminine est censée se limiter au mariage ou aux unions légales, mais aussi respecter les notions traditionnelles de féminité, notamment la passivité, la virginité et l'innocence sexuelle, qui sont en contradiction avec le travail sexuel. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes n'incarnent pas la masculinité et font face aux niveaux élevés de stigmatisation et de vulnérabilité, en particulier dans les pays où l'homosexualité est illégale. Des normes sociales profondément ancrées marginalisent les travailleurs du sexe et limitent sérieusement leur accès aux services de santé de qualité, en particulier la prise en charge des IST, élément essentiel de la prévention du VIH.
- 100 OMS, UNFPA, ONUSIDA. Prevention and Treatment of HIV and other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-Income Countries.
- 101 Ibid. : K. Shannon, et al., « Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants », The Lancet, 2014, p. 10, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736 (14)60931-4
- 102 Godwin, John. ONUSIDA, UNFPA et PNUD. Sex Work and the Law in Asia and the Pacific. PNUD : Bangkok, 2012. Disponible sur le site <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/sex-work-and-the-law-in-asia-and-the-pacific/> ; Open Society Foundations, Ten Reasons to Decriminalize Sex Work, juillet 2012, <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/ten-reasons-decriminalize-sex-work> ;
- 103 UNFPA, ONUSIDA, PNUD, Sex Work and the Law in Asia and the Pacific, mars 2013 <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/sex-work-and-the-law-in-asia-and-the-pacific/> ; Open Society Foundations, Ten Reasons to Decriminalize Sex Work, juillet 2012, <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/ten-reasons-decriminalize-sex-work>
- 104 UNFPA, ONUSIDA, PNUD, Sex Work and the Law in Asia and the Pacific, mars 2013 <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/sex-work-and-the-law-in-asia-and-the-pacific/> ; Open Society Foundations, Ten Reasons to Decriminalize Sex Work, juillet 2012, <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/ten-reasons-decriminalize-sex-work>

- 105 UNFPA, ONUSIDA, PNUD, Sex Work and the Law in Asia and the Pacific, mars 2013 <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/sex-work-and-the-law-in-asia-and-the-pacific/> ; Open Society Foundations. Ten Reasons to Decriminalize Sex Work. New York, juillet 2012 Disponible sur le site <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/ten-reasons-decriminalize-sex-work>
- 106 Comité CEDAW. Recommandation générale n° 19, article 116, para 15.
- 107 Comité CEDAW, recommandation générale n° 24, para 6.
- 108 Comité CEDAW, recommandation générale n° 24, para 18.
- 109 Le secrétaire général des Nations Unies a appelé tous les pays à respecter leurs engagements de promulguer ou d'appliquer une législation interdisant la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH ainsi que des membres des groupes vulnérables, y compris les travailleurs du sexe.
- 110 Organisation mondiale de la Santé. Toolkit for Monitoring and Evaluation of Interventions for Sex Workers. Regional Office for South-East Asia and Regional Offices for the Western Pacific. Inde, 2009. Disponible sur le site http://www.who.int/hiv/pub/sti/monitor_sex_work/en/ ; Voir aussi, OMS, UNFPA, ONUSIDA. Prevention and Treatment of HIV and other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-Income Countries.
- 111 Voir, par exemple, Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme. Discrimination et violence à l'encontre de personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, (A/HRC/19/41), 17 novembre 2011. Disponible sur le site https://www.ohchr.org/sites/default/files/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_23_fr.doc ; Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR). Observation générale n° 20. Non-discrimination dans les droits économiques, sociaux et culturels. (E/2010/22 ; E/C.12/2009/3) Annexe VI, 2009.
- 112 Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, trans et intersexes (ILGA), State-Sponsored Homophobia, A World Survey of Laws: criminalization, protection and recognition of same sex love (2016) ; voir également Nations Unies, Haut-Commissariat aux droits de l'Homme (HCDH). Nés libres et égaux : Orientation sexuelle et identité de genre en droit international des droits de l'Homme. New York et Genève, 2012, p. 34. Disponible sur le site <https://www.ohchr.org/fr/publications/special-issue-publications/born-free-and-equal-sexual-orientation-and-gender-identity>
- 113 Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, trans et intersexes (ILGA), State-Sponsored Homophobia, A World Survey of Laws: criminalization, protection and recognition of same sex love (2016) ; ILO, HCDH, UNFPA OMS, ONUSIDA, et al. Ending Violence against lesbian, gay, bisexual transgender and intersex people: UN statement (2015) Disponible sur le site : <https://www.who.int/hiv/pub/msm/un-statement-lgbti/en/> ; HCDH. Nés libres et égaux, p. 48.
- 114 Conseil des droits de l'Homme. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence (A/HRC/19/41).
- 115 European Commission. Trans and Intersex People: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression. Union européenne : Luxembourg, 2012. Disponible sur le site http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/trans_and_intersex_people_web3_en.pdf ; Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe. Human Rights and Gender Identity. Document thématique. Conseil de l'Europe : Strasbourg, 29 juillet 2009. Disponible sur le site <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365> ; Voir également, Amnesty International. The State Decides Who I Am: Lack of Legal Gender Recognition for Transgender People in Europe. Londres, 2014. Disponible sur le site <http://www.amnesty.org/en/library/asset/EUR01/001/2014/en/13af83a1-85f5-476f-9fe9-b931f2b2a9f3/eur010012014en.pdf>.
- 116 Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence (A/HRC/19/41).
- 117 CESCR. Observation générale n° 20. Non-discrimination en matière de droits économiques, sociaux et culturels (E/2010/22 ; E/C.12/2009/3), para 32.
- 118 HCDH. Nés libres et égaux, p. 34.
- 119 Reconnaître l'identité de genre comme étant un motif interdit de discrimination et un risque accru de violations des droits de l'Homme parmi les personnes transgenres, transsexuelles ou intersexuées, voir CESCR. Observation générale n° 20, para 32.) ; Interdire la discrimination dans la fourniture de soins de santé fondée sur l'orientation sexuelle, voir CESCR Observation générale n° 14, para 18.
- 120 Conseil des droits de l'homme. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence (A/HRC/19/41).

- 121 HCDH. Nés libres et égaux, p. 34.
- 122 CESCR. Observation générale n° 20, para 32 ; CESCR Observation générale n° 14, para 18.
- 123 Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 15.
- 124 Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Observations finales aux Pays-Bas. 45^e session. Genève, 2010, para 47. Disponible sur le site <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/cedaws45.htm> ; HCDH. Nés libres et égaux, p. 34.
- 125 Nations Unies, Comité contre la torture. Observations finales sur l'Allemagne. (CAT/C/DEU/CO/5) 12 décembre 2011, para 20. Disponible sur le site http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/co/CAT.C.DEU.CO.5_en.pdf
- 126 HCDH. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence (A/HRC/19/41).
- 126 HCDH. The Amman Declaration and Programme of Action, 2012.
- 127 Selon le cadre intégré de résultats et d'allocation des ressources du Fonds des Nations Unies pour la population.
- 128 Ministère de la Santé. Système d'information sur les services de santé sur le terrain (FHSIS). Manille, DOH, 2016.
- 129 <https://psa.gov.ph/content/unmet-need-family-planning-remains-high-results-2011-family-health-survey>
- 130 Informe Especial sobre el estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador. San Salvador, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador, p. 24.
- 131 Selon le rapport du ministère de la Santé, Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador 2015, publié par l'UNFPA.
- 132 UNFPA. Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador 2015. New York, UNFPA, 2015.
- 133 Ministerio de salud/Instituto Nacional de Salud. « Maternidad y unión en niñas y adolescentes: consecuencias en la vulneración de sus derechos ». Informe Final, El Salvador, 2016, p. 22.
- 134 Ministerio de salud/Instituto Nacional de Salud. « Maternidad y unión en niñas y adolescentes: consecuencias en la vulneración de sus derechos. » Salvador 2015. Primera lectura de datos. San Salvador, El Salvador, novembre 2015.
- 135 Informe Especial sobre el estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador. San Salvador, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador, p. 26.
- 136 Un organe de traité est un comité d'experts indépendants nommés pour surveiller la mise en œuvre des principaux traités internationaux relatifs aux droits humains (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme) par les États membres.
- 137 L'observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et reproductive indique que « les États devraient s'efforcer d'assurer l'accès universel, sans discrimination, de tous les individus, y compris ceux des groupes défavorisés et marginalisés, à (...) l'information et aux services en matière de contraception (...) [et] à la contraception d'urgence » (...) « sont tenus de veiller à ce que les adolescents aient pleinement accès à l'information sur (...) les moyens de contraception ».
- 138 Informe Temático: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como Derechos Humanos, 2016.
- 139 Ibid, p. 33.
- 140 A Guide in Support of National Human Rights Institutions: Country Assessments and National Inquiries on Human Rights in the Context of Sexual and Reproductive Health and Well-being
- 141 Développement d'indicateurs pour le soutien des activités des INDH dans le domaine des droits sexuels et reproductifs, 2015.
- 142 Informe de Sistematización del Proceso de Transferencia y Producción de Conocimiento en el Fortalecimiento de las Capacidades de la Institución del Procurador de los Derechos Humanos en Guatemala, p. 13.

REMARQUES

REMARQUES



Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tél. +1-212-297-5000

www.unfpa.org

© UNFPA 2019