

RÉALISER LES DROITS DE L'HOMME À LA SANTÉ ET PAR LA SANTÉ



Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents



Conduire la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé : rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents

ISBN 978-92-4-151245-9

© **Organisation mondiale de la Santé 2017**

Certains droits réservés. La présente publication est sous licence Creative Commons: Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Partage des Conditions Initiales à l'Identique 3.0. Licence IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter le contenu à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée de façon appropriée, comme indiqué ci-après. Quelle que soit l'utilisation de ce contenu, elle ne doit nullement suggérer que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. Si vous adaptez le contenu, vous devez le placer sous la licence Creative Commons identique ou équivalente. Si vous créez une traduction de ce contenu, vous devez ajouter la clause ainsi que la citation suggérée suivante s : « La présente traduction n'a pas été créée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale, en langue anglaise, sera l'édition contraignante et authentique ».

Toute médiation liée à des litiges découlant de la licence sera conduite conformément aux règles en matière de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Conduire la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé : rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Données de catalogage avant publication. Les données de catalogage avant publication sont disponibles à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licence. Pour acquérir des publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre des demandes relatives à des utilisations commerciales et pour toutes questions en matière de droits et de licence, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériels de tiers. Si vous souhaitez réutiliser des contenus de ce document qui sont attribués à des tiers, notamment des tableaux, des figures ou des images, il est de votre responsabilité de déterminer s'il est nécessaire d'obtenir une autorisation pour procéder à cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation auprès du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant d'une violation possible des droits détenus par un tiers dans la publication relève exclusivement de l'utilisateur.

Limitation de responsabilité. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est utilisé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication contient le rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents et ne représente pas nécessairement les décisions ou politiques de l'OMS.

Imprimé en Suisse.

RÉALISER LES DROITS DE L'HOMME À LA SANTÉ ET PAR LA SANTÉ

Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents





Avant-propos

Les femmes, les enfants et les adolescents en bonne santé dont les droits sont protégés sont au cœur du développement durable. Leur droit naturel au meilleur état de santé possible est inscrit dans la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et dans le droit international des droits de l'homme. Lorsque leur droit à la santé est respecté, leur accès à tous les autres droits de l'homme est également renforcé, ce qui entraîne une multitude de changements en profondeur. Survivre, s'épanouir ET transformer est l'appel à l'action de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030)*. Si les droits à la santé et par la santé sont défendus, il est évident que la poursuite des Objectifs de développement durable (ODD) « ne laisser[ont] personne de côté dans cette quête collective » (A/RES/70/1).

Conscients de cette évidence, l'Organisation mondiale de la Santé et le Haut-Commissariat aux droits de l'homme ont annoncé la création d'un Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents. Le Groupe s'est vu confier la charge d'assurer le soutien politique nécessaire à la mise en œuvre des mesures relatives aux droits de l'homme contenues dans les ODD et la *Stratégie mondiale*.

Le Groupe de haut niveau, que nous avons l'honneur de co-présider, rassemble un groupe diversifié de personnes dont les régions, vécus et expériences sont différents. Nous venons de la société civile, de l'université, du secteur de la santé, de parlements et du pouvoir exécutif. Bien que nous ayons emprunté différentes voies avant d'être rassemblés, nous sommes unis par deux convictions fondamentales.

Premièrement, il est impossible d'améliorer la santé si l'on échoue à défendre les droits. Deuxièmement, on ne peut pas défendre les droits sans dirigeants, aux plus hauts niveaux, qui soient audacieux et sans complexes.

Nos travaux sont inspirés par les principes des droits de l'homme – égalité, inclusion, non discrimination, participation et responsabilité – et s'appuie sur les solides fondements du droit international des droits de l'homme. Ils doivent beaucoup aux efforts déployés par les défenseurs des droits de l'homme, professionnels de la santé, chercheurs et autres dont les efforts sans relâche et parfois courageux ont permis d'élaborer au cours de ces dernières décennies ces domaines interdépendants que sont la santé et les droits de l'homme. Par ailleurs, nos travaux comprennent de nombreux exemples et preuves de l'efficacité de l'approche fondée sur les droits de l'homme pour améliorer la santé, et montrent qu'un meilleur état de santé peut permettre aux femmes, aux enfants et aux adolescents, en particulier, de réaliser leurs autres droits.

Bien qu'il ne soit encore qu'un simple concept pour des millions de femmes, d'enfants et d'adolescents, le présent rapport appelle urgemment les leaders de la planète à relever le défi consistant à faire de la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé une réalité pour tous. En agissant résolument pour défendre les droits de l'homme, les dirigeants – en particulier aux niveaux national et local – peuvent mettre un terme aux souffrances évitables et inacceptables et ce faisant, exploiter un énorme potentiel humain. Si la santé et les droits de l'homme marchent main dans la main, les femmes, les enfants et les adolescents seront en mesure de réaliser la vision de la *Stratégie mondiale* et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 pour survivre, s'épanouir et réellement transformer notre planète.

Nous avons les connaissances, les moyens et les motivations pour agir. Ne perdons pas une minute.



Mme Tarja Halonen
Ex présidente de la Finlande
Co-présidente du Groupe de travail



Mme Hina Jilani
Les Elders
Co-présidente du Groupe de travail

Acronymes, abréviations et définitions

Tout au long du présent rapport, on entend par « **droit à la santé** » le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre tel qu'il est défini à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Tout au long du présent rapport, on utilise l'expression « **droits à la santé et par la santé** » pour exprimer le fait que le droit à la santé n'est pas un élément isolé mais qu'il est indissociable des autres droits de l'homme. La bonne santé dépend non seulement de la réalisation des autres droits mais en est également le préalable. Sans la santé, les droits de l'homme ne peuvent s'exercer pleinement ; de même, nul ne peut jouir pleinement d'un bon état de santé sans la dignité que défend l'ensemble des autres droits de l'homme.

Agenda 2030

Programme de développement durable à l'horizon 2030

CEHURD

Centre pour la Santé, les Droits de l'Homme et le Développement

CRC

Convention relative aux droits de l'enfant

PIB

Produit intérieur brut

Stratégie mondiale

Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)

Groupe de travail de haut niveau

Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents

HRBA

Approches fondées sur les droits de l'homme

IAP

Panel indépendant sur la responsabilisation

OCDE

Organisation de coopération et de développement économiques

HCDH

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

ODD

Objectifs de développement durable

CRU

Cadre de responsabilité unifié

CSU

Couverture sanitaire universelle

NU

Nations Unies

OMS

Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

AVANT-PROPOS	3
ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET DÉFINITIONS	4
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	6
PREMIÈRE PARTIE : UNE OCCASION SANS PRÉCÉDENT EN DES TEMPS DIFFICILES.....	10
1.1 Réaliser les droits de l’homme à la santé et par la santé	13
1.2 Pourquoi aujourd’hui ?.....	16
1.3 Pourquoi les femmes, les enfants et les adolescents ?.....	18
1.4 Les changements nécessaires sont faisables, réalistes et abordables	28
1.5 Rien ne peut remplacer les leaderships locaux et nationaux.....	28
DEUXIÈME PARTIE : CONDUIRE LA RÉALISATION DES DROITS DE L’HOMME À LA SANTÉ ET PAR LA SANTÉ	29
2.1 Créer un environnement favorable.....	30
Défendre le droit à la santé dans la législation nationale.....	30
Établir une approche de financement de la santé et de la couverture sanitaire universelle fondée sur les droits	32
Considérer les droits de l’homme comme des facteurs déterminants de la santé ..	35
Éliminer les normes sociales, sexuelles et culturelles qui entravent la réalisation des droits.....	37
2.2 S’associer avec les gens	40
Permettre aux communautés et aux personnes de défendre leurs droits	40
Autonomiser et protéger ceux qui défendent les droits	43
Assurer la responsabilité envers le peuple et pour le peuple	46
2.3 Renforcer les preuves et la responsabilité publique.....	49
Recueillir des données qui tiennent compte des droits.....	49
Faire systématiquement rapport sur la santé et les droits de l’homme.....	52
IMPULSER LA DYNAMIQUE DES DROITS DE L’HOMME À LA SANTÉ ET PAR LA SANTÉ.....	54
ANNEXE A. Membres du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l’homme des femmes, des enfants et des adolescents et du Groupe consultatif technique	57
ANNEXE B. Actions en matière de droits de l’homme dans le cadre de la <i>Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l’enfant et de l’adolescent</i>	58
RÉFÉRENCES ET NOTES.....	60
REMERCIEMENTS.....	66



Résumé analytique

Nous avons tous droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, sans discrimination, où que nous soyons et quelles que soient nos circonstances. Nous avons tous le droit à bénéficier de services de santé de bonne qualité, dispensés dans la dignité et avec respect. Nous avons tous le droit aux choses essentielles de la vie, notamment à la nourriture, à l'eau, à l'assainissement, à un air pur et à un environnement sûr.

Les États sont juridiquement tenus par le droit international de nous permettre de réaliser notre droit à la santé, qui est le préalable au respect de tous les autres droits de l'homme, tels que le droit à la vie, à l'éducation et à l'information, à la participation, ainsi qu'aux avantages que procurent les progrès scientifiques et leurs applications. Tout au long du présent rapport, l'expression « droits à la santé et par la santé » exprime le fait suivant : le droit à la santé n'est pas un élément isolé, il est indissociable des autres droits de l'homme. La bonne santé dépend non seulement de la réalisation des autres droits mais en est également le préalable. Sans la santé, les droits de l'homme ne peuvent s'exercer pleinement ; de même, nul ne peut jouir pleinement d'un bon état de santé sans la dignité que défend l'ensemble des autres droits de l'homme.

C'est la raison pour laquelle un encadrement pangouvernemental est nécessaire pour réaliser l'ensemble des droits interdépendants. Cet objectif n'exige aucun changement par rapport aux obligations des États en matière de droits de l'homme et le présent rapport n'a pas un statut juridiquement contraignant.

Le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents a été créé en mai 2016 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) afin d'assurer le soutien politique nécessaire, aux plans national et international, à la mise en œuvre des mesures relatives aux droits de l'homme exigées par la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*.

La *Stratégie mondiale* présente une feuille de route complète fondée sur les droits de l'homme qui privilégie les droits de l'homme à la santé et par la santé pour les personnes les plus marginalisées. Elle prend acte des besoins spécifiques de certains groupes d'âge et adopte une approche des parcours de vie sensible à la dimension de genre,

et répond aux préoccupations critiques en matière des droits et de la santé sexuelle et procréative.

Elle ouvre une voie qui, si elle est mise en œuvre, permettra aux femmes, aux enfants et aux adolescents non seulement de survivre, mais aussi de s'épanouir et de transformer le monde. Par conséquent, la *Stratégie mondiale* est vitale pour la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, dont les objectifs ne pourront être atteints sans le respect des droits de l'homme et de la dignité pour tous les individus, partout, sans laisser personne de côté.

Dans le monde entier, la nécessité de réaliser les droits à la santé et par la santé n'a jamais été plus urgente. Les discriminations, les abus et la violence à l'encontre des femmes, des enfants et des adolescents — les violations des droits de l'homme les plus répandues — érodent la santé physique et mentale, fourvoient les destins personnels de millions de personnes, et privent le monde de talents, de potentiels et de contributions précieux et nécessaires. Parallèlement, les taux sans précédent d'urbanisation non planifiée, l'instabilité du climat, la dégradation et la pollution de l'environnement font émerger de nouveaux dangers et intensifient les obstacles connus à la santé des femmes, des enfants et des adolescents, alors que les personnes contraintes par des conflits de quitter leurs foyers et leurs moyens de subsistance atteignent des niveaux records.

Sur une toile de fond dominée par la progression des nationalismes, la marginalisation de millions de personnes - tels que les migrants sans papiers, les réfugiés, les habitants de bidonville et les populations autochtones - se poursuit main dans la main avec la violation de leurs droits, ce qui aggrave les problèmes de santé personnelle et publique, et ébranle par conséquent la stabilité de sociétés tout entières.

La réalisation des droits de l'homme, notamment la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, y compris l'accès à des avortements sans risques, demeure très inégale ou inaccessible au niveau des pays, ce qui risque de compromettre les progrès durement acquis en matière de mortalité maternelle et infantile et de fragiliser la santé des enfants adolescents, en particulier.

Étant donné que les causes évitables de décès, la mauvaise santé et les risques pour la santé sont fortement liés à l'incapacité des États à protéger les droits de l'homme, le présent rapport est

conçu pour encourager les dirigeants à conduire la réalisation des droits à la santé et par la santé. Dans de nombreux contextes, la communauté internationale peut jouer un rôle important, mais l'engagement des responsables nationaux et locaux est essentiel. Même lorsque les ressources sont restreintes, des dirigeants déterminés peuvent faire une énorme différence dans la vie des femmes, des enfants et des adolescents.

Seule l'action ciblée des gouvernements, tant sur le plan national que local, peut permettre de faire face aux iniquités en matière de santé de façon décisive, de s'attaquer aux inégalités, dont les inégalités basées sur le genre, et d'éliminer les discriminations, y compris dans les systèmes de santé. Seuls des dirigeants déterminés et responsables contribueront de façon déterminée et durable à éliminer les pratiques préjudiciables, inciteront les autres à agir pour soutenir les droits de l'homme à la santé et par la santé, orienteront systématiquement les approches fondées sur les droits de l'homme nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de programmes qui agissent sur la santé, et mettront en œuvre les dispositions juridiques nécessaires.

Le Groupe de travail de haut niveau est convaincu qu'un leadership déterminé à agir collectivement est urgent et nécessaire pour protéger le plein exercice des droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents à leur santé et à la santé de leurs communautés. Pour que cet objectif soit atteint, ils doivent avoir la possibilité d'accéder à des informations complètes, d'exercer un pouvoir décisionnel autonome adapté aux capacités de leur âge, et de recevoir les services nécessaires, notamment à leur santé mentale, sexuelle et procréative.

Il est essentiel que les dirigeants établissent un agenda qui soit transformateur pour assurer la réalisation des droits des femmes, des enfants et des adolescents à la santé, au bien-être, à leur épanouissement et prospérité. Le présent rapport décrit les principales dimensions de cet agenda. Le Groupe de travail exhorte les dirigeants du monde à adosser, de façon résolue, leurs efforts pour la mise en œuvre de cet agenda, sur les principes de droits de l'homme en matière d'égalité, d'inclusion, de non-discrimination et de justice. Les preuves montrent que cette formule peut créer la transformation nécessaire à la pérennisation pour tous de sociétés plus pacifiques, plus justes et plus inclusives.

RECOMMANDATIONS

Créer un environnement favorable



1. Soutenir le droit à la santé dans le droit national

Tous les États doivent renforcer la reconnaissance juridique des droits de l'homme à la santé et par la santé, y compris le droit à la santé sexuelle et procréative, dans leur constitution nationale et dans les autres instruments juridiques. Les recours contre les violations de ces obligations doivent être efficaces. Des ressources financières et humaines suffisantes doivent être allouées à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures législatives, de politiques et d'initiatives sociales afin d'assurer la réalisation des droits à la santé et par la santé et de faciliter l'accès universel aux soins de santé.



2. Établir une approche du financement de la santé et de la couverture sanitaire universelle fondée sur les droits de l'homme

Tous les États doivent élaborer des stratégies de financement nationales et infranationales, avec des calendriers précis, qui contribuent directement à la réalisation du droit à la santé, y compris à la couverture sanitaire universelle. Ces stratégies doivent appliquer les principes des droits de l'homme en matière d'égalité, d'inclusion, de non discrimination et de participation. Des réparations doivent être disponibles lorsque les normes universelles ne sont pas raisonnablement respectées. Les États doivent prendre des mesures qui allouent au moins 5 % du PIB aux dépenses de santé publique, chiffre qui constitue le préalable généralement reconnu pour la couverture sanitaire universelle.



3. Considérer les droits de l'homme comme facteurs déterminants de la santé

Tous les États doivent effectuer de façon périodique des évaluations qui soient fondées sur les droits de l'homme des facteurs déterminants de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en accordant une attention particulière aux inégalités entre les sexes, à la discrimination, à la violence, à l'urbanisation déshumanisante, à la dégradation de l'environnement et au changement climatique, et élaborer des stratégies nationales et infranationales fondées sur les droits de l'homme visant à faire face à ces facteurs déterminants.



4. Éliminer les normes sociales, sexistes et culturelles qui empêchent la réalisation des droits

Tous les États doivent mettre en œuvre des mesures juridiques, politiques ou autres visant à contrôler et à lutter contre les normes sociales, sexistes et culturelles et à éliminer les obstacles structurels et juridiques qui affaiblissent les droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents. Une attention doit être rapidement accordée à l'élaboration de cadres légaux nationaux qui interdisent et sanctionnent de façon appropriée la violence sexiste, mettent un terme aux mutilations génitales féminines, ainsi qu'au mariage forcé, au mariage précoce et d'enfants et lèvent les obstacles à la réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative.

Pour donner une plus grande impulsion à cet effort mondial, nous demandons au **Directeur général de l'OMS et au Haut -Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme** :

- établir un programme de travail conjoint visant à soutenir la mise en œuvre de ces recommandations, notamment aux niveaux régional et des pays.

Établir des partenariats avec les personnes



5. Permettre aux personnes de faire valoir leurs droits

Tous les États doivent prendre des mesures concrètes (par exemple, par le biais de campagnes de sensibilisation et d'actions de proximité), pour mieux permettre aux personnes (en particulier les femmes, les enfants et les adolescents), aux communautés et à la société civile de faire valoir leurs droits, de participer aux prises de décisions liées à la santé, et d'obtenir réparation dans les cas de violation des droits liés à la santé.



6. Responsabiliser et protéger ceux qui défendent les droits

Tous les États doivent prendre des mesures concrètes pour aider, soutenir et protéger les défenseurs, personnalités et coalitions qui défendent les droits de l'homme à la santé et par la santé.



7. Assurer la responsabilité envers le peuple et pour le peuple

Tous les États doivent s'assurer que les mécanismes de responsabilisation (par exemple, les tribunaux, le contrôle parlementaire, les organismes responsables des droits des patients, les institutions nationales des droits de l'homme, et les examens du secteur de la santé) disposent des mandats et ressources appropriés pour faire respecter les droits de l'homme à la santé et par la santé. Les États doivent régulièrement et publiquement faire état de leurs constatations. Des conseils techniques leur seront donnés par l'OMS et le HCDH pour les aider à s'acquitter de cette tâche.

Établir les preuves et renforcer la responsabilité publique



8. Recueillir les données prenant en compte la dimension des droits de l'homme

Tous les États doivent prendre des mesures concrètes pour renforcer les données relatives aux droits de l'homme à la santé et par la santé, en particulier des femmes, des enfants et des adolescents, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*. Ces données doivent permettre la ventilation de toutes les formes de discrimination proscrites par le droit international, en accordant une attention particulière à celles qui sont rendues invisibles par les méthodologies de données actuelles.



9. Faire systématiquement état des droits à la santé et par la santé

Tous les États doivent publiquement faire état des progrès réalisés sur la voie de la mise en œuvre des recommandations du présent rapport lors de l'Assemblée mondiale de la santé, dans leurs examens périodiques universels et dans le cadre de leur application du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*. Des conseils techniques leur seront donnés par l'OMS et le HCDH pour les aider à s'acquitter de cette tâche.

- renforcer les capacités et l'expertise institutionnelles au siège et aux niveaux régional et national afin d'aider les États à faire avancer la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé, en particulier des femmes, des enfants et des adolescents.
- assurer la coordination permanente, ainsi que le suivi des progrès, de la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé, en particulier des femmes, des enfants et des adolescents, ce qui favorisera la diffusion rapide des bonnes pratiques.



PREMIÈRE PARTIE :

Une occasion sans précédent en des temps difficiles

Nous avons tous droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, sans discrimination, où que nous soyons et quelles que soient nos circonstances. Nous avons tous droit à bénéficier de services de santé de bonne qualité, dispensés dans la dignité et avec respect. Nous avons tous le droit aux choses essentielles de la vie, notamment à la nourriture, à l'eau, à l'assainissement, à un air pur et à un environnement sûr. Les États sont juridiquement tenus par le droit international de nous permettre de réaliser notre droit à la santé*, qui est le préalable au respect de tous les autres droits de l'homme, tels que le droit à l'information, à la participation, ainsi qu'aux avantages que procurent les progrès scientifiques et leurs applications.

En somme, le droit de l'homme fondamental à la santé est le fondement indissociable et indispensable de tous les autres droits de l'homme.¹

Le présent rapport fait continuellement référence aux « droits à la santé et par la santé ». L'expression a pour objet d'exprimer le fait que le droit à la santé n'est pas un élément isolé, qu'il est indissociable des autres droits de l'homme. La bonne santé dépend non seulement de la réalisation des autres droits mais en est également le préalable. Sans la santé, les droits de l'homme ne peuvent s'exercer pleinement ; de même, nul ne peut jouir pleinement d'un bon état de santé sans la dignité que défend l'ensemble des autres droits de l'homme.

** L'expression raccourcie « droit à la santé » est utilisée tout au long du présent rapport pour faire référence au droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, tel qu'il est défini à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*

C'est la raison pour laquelle un encadrement pangouvernemental est nécessaire pour réaliser l'ensemble des droits interdépendants. L'expression « droits à la santé et par la santé » ne modifie pas les obligations des États en matière de droits de l'homme et le présent rapport n'a pas un statut juridiquement contraignant. Cette expression est introduite dans le but de mieux communiquer l'essence du message que véhicule le rapport : il est impossible de jouir pleinement de ses droits sans la santé et la réalisation des droits est la voie la plus sûre vers la santé.

Dans le monde entier, la nécessité de réaliser les droits à la santé et par la santé n'a jamais été plus urgente. Les discriminations, les abus et la violence à l'encontre des femmes, des enfants et des adolescents — les violations des droits de l'homme les plus répandues — érodent la santé physique et mentale, fourvoient les destins personnels de millions de personnes, et privent le monde de talents, de contributions et de potentiels précieux et nécessaires. Parallèlement, les taux sans précédent d'urbanisation non planifiée, l'instabilité du climat, la dégradation et la pollution de l'environnement font émerger de nouveaux dangers et intensifient les obstacles qu'on connaît à la santé des femmes, des enfants et des adolescents, alors que les personnes contraintes par des conflits de quitter leurs foyers et leurs moyens de subsistance atteignent des niveaux records.

Sur une toile de fond dominée par la progression des nationalismes, la marginalisation de millions de personnes - notamment les migrants sans papiers, les réfugiés, les habitants des bidonvilles et les populations autochtones - se poursuit de concert avec la violation de leurs droits, ce qui aggrave les problèmes de santé personnelle et publique, et ébranle par conséquent la stabilité de sociétés tout entières.

La réalisation des droits de l'homme, notamment la santé et les droits en matière de sexualité et procréation, y compris l'accès à des avortements sans risques, demeure très inégale ou inaccessible au niveau des pays, ce qui risque de compromettre les progrès durement acquis en matière de mortalité maternelle et infantile et de fragiliser la santé des adolescents, en particulier.

Cependant, en profitant de l'occasion actuelle, sans précédent, de transformer les droits de l'homme à la santé et par la santé, nous pouvons changer cette situation. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Agenda 2030)² donne cette occasion. Il réaffirme qu'il

incombe à tous les États « de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme et les libertés fondamentales de tous, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance, de handicap ou de toute autre situation ». Il souligne que les objectifs de développement durable (ODD) ne seront pas atteints tant que ne seront pas assurés les droits de l'homme et la dignité de tous les individus, partout dans le monde, sans laisser personne de côté.

La façon dont chaque pays saisira cette occasion au cours des 15 prochaines années sera le facteur déterminant de sa capacité à pleinement tirer profit du développement. En assurant la participation, l'autonomisation et la dignité des femmes, des enfants et des adolescents, un pays peut optimiser ces avantages. Réaliser la perspective du « développement durable » pour les femmes, les enfants et les 1,8 milliard de jeunes d'aujourd'hui³ — un quart de la population mondiale — améliorera leurs vies, procurera des avantages durables à l'ensemble des communautés, et contribuera de façon significative aux progrès accomplis sur la voie de tous les ODD, en garantissant un développement social, économique et environnemental plus équitable, et une paix plus juste et durable.

C'est la raison pour laquelle la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030)*⁴ est si importante pour l'Agenda 2030. La vision de la *Stratégie mondiale* est celle d' « un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent dans quelque situation que ce soit jouit de son droit à la santé et au bien-être physiques et mentaux, a des perspectives sociales et économiques, et peut participer pleinement à l'édification de sociétés prospères et pérennes ». En accordant la priorité aux droits de l'homme à la santé et par la santé aux personnes les plus marginalisées ; en reconnaissant les besoins spécifiques des groupes d'âge et en adoptant une approche de la vie sensible à la dimension de genre ; et en relevant les défis majeurs que constituent la santé sexuelle et procréative et le respect des droits en la matière, la *Stratégie mondiale* offre une feuille de route complète vers la santé fondée sur les droits de l'homme. Elle ouvre une voie qui, si elle est mise en œuvre, permettra aux femmes, aux enfants et aux adolescents non seulement de

survivre, mais aussi de s'épanouir et de transformer le monde.

Pour la santé, les droits de l'homme sont impératifs. Nous savons ce qu'il faut faire et nous savons pourquoi nous devons le faire.

Nous savons que c'est également judicieux d'un point de vue financier. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un engagement politique et d'un leadership plus concret et plus durable en mesure de déclencher une réaction en chaîne en matière de droits de l'homme qui soit favorable à la santé et à un développement durable et plus inclusif.

Ces besoins ont été reconnus par le Groupe d'examen indépendant d'experts dans son rapport de 2014, qui recommande la création d'une Commission mondiale sur la santé et les droits de l'homme des femmes et des enfants afin qu'elle étudie les moyens de protéger, améliorer et pérenniser leur santé et leur bien-être.⁵ En mai 2016, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) ont créé le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents (voir la liste des membres en Annexe A). Premier organe de ce type, le Groupe de haut niveau s'est vu accorder un mandat d'un an pour lancer la dynamique politique au niveau national et international, qui permettra d'appliquer les mesures liées aux droits de l'homme recommandées par la *Stratégie mondiale*. Ces mesures sont présentées en Annexe B.

Le rapport

S'inscrivant dans le cadre des ODD et de la *Stratégie mondiale*, le présent rapport s'appuie sur le droit international, les orientations données par le HCDH, l'OMS et les autres organismes des Nations Unies (ONU) au cours des deux dernières décennies, les accords et consensus mondiaux, les traités nationaux et internationaux relatifs aux droits de l'homme, les législations nationales et les données de santé publique. Le rapport a été enrichi par les conseils et détails fournis par un groupe consultatif technique (Annexe A). Plus de 50 parties prenantes ont répondu à des demandes de contributions effectuées en ligne. Plus de 200 personnes et organisations ont participé à une consultation mondiale, conduite par l'OMS et le HCDH, qui a donné lieu à des dialogues au niveau régional et avec des représentants de la société civile œuvrant dans les domaines de la santé mondiale et des droits de l'homme. Des discussions ont été organisées, *inter alia*, avec des bureaux

régionaux et nationaux de l'OMS, des associations de professionnels, des Rapporteurs spéciaux des Nations Unies sur le droit à la santé et sur la violence à l'égard des femmes, ainsi qu'avec des membres de plusieurs organes de suivi des traités relatifs aux droits de l'homme. Des consultations ont également été menées avec les pays « pionniers » du Mécanisme mondial de financement.

Étant donné que les décès évitables, la mauvaise santé et les risques pour la santé découlent de l'incapacité à protéger les droits de l'homme, le présent rapport est conçu pour encourager les dirigeants à réaliser les droits à la santé et par la santé. Il s'adresse aux dirigeants : aux chefs d'État, aux parlementaires, aux ministres de la santé et à l'ensemble des ministres dont les politiques ont un impact sur la santé (notamment aux ministres de la protection sociale, de la justice, des finances, de l'enfance, des questions relatives au genre, de l'éducation, du travail, de l'environnement et de la culture). Ce rapport cherche à inciter les dirigeants à agir avec confiance et conviction. Il exhorte également à un solide leadership en faveur de la réalisation des droits à la santé et par la santé exercé par les organisations et défenseurs des droits de l'homme ainsi que par les médias, les établissements d'enseignement et de formation, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et le secteur privé.

Bien qu'il existe un important référentiel de normes et de règles au niveau mondial, l'action des responsables des gouvernements nationaux, régionaux et locaux, des organisations de la société civile, des groupes communautaires et des médias est essentielle : sans leadership local, les normes universelles ne se traduisent pas en actions concrètes, et les vies des personnes les plus désavantagées, les plus vulnérables et les plus marginalisées ne s'amélioreront pas. Il est par conséquent vital que l'autorité et les ressources soient investies dans les organes locaux afin de leur permettre de procurer des avantages réels aux communautés, et en particulier aux femmes, aux enfants et aux adolescents.

La Première partie du présent rapport définit l'essence d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme, fournit une brève analyse de la situation des problèmes spécifiques au genre et à l'âge touchant à la santé et aux droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents, et s'achève sur la vision du Groupe de travail à l'horizon 2030. La Deuxième partie propose un cadre d'action que doivent adopter les États, et les

différents groupes de parties prenantes, notamment les individus, les communautés et la société civile, en reconnaissant qu'il est urgent de déployer des efforts plus concertés pour défendre les droits des femmes, des enfants et des adolescents.

1.1 Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé

En 1946, la Constitution de l'OMS a défini la santé comme « un état de bien être complet sur les plans physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il est également stipulé que la « possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».⁶

Le droit à la santé est intrinsèquement lié à la réalisation des autres droits de l'homme. Les droits à l'information, à l'éducation et au logement, le droit à l'intégrité physique et mentale, le droit de vivre à l'abri de la violence : chacun de ces droits joue également un rôle déterminant dans la réalisation du droit à la santé et donc dans la construction d'un environnement propice à la santé.

Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit à contrôler son intégrité physique, notamment le droit de ne pas subir une expérience médicale ou un traitement non consenti. Les droits comprennent le droit à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied

d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible, et des droits plus spécifiques, tels que les droits à la santé maternelle et procréative, les droits à la santé de l'enfant, à un lieu de travail et à un environnement naturel sains, à la prévention, au traitement et au contrôle des maladies, notamment à l'accès aux médicaments essentiels, et l'accès à une eau salubre et potable.

Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme est une approche centrée sur les personnes. Elle exige que l'on remédie aux causes profondes de la mauvaise santé et que l'on lève les obstacles à la réalisation du droit à la santé et au bien-être, par exemple grâce à une éducation inclusive, à l'accès à l'information et à l'égalité entre les sexes. Une approche fondée sur les droits de l'homme exige que les soins de santé et les systèmes qui les dispensent, soient compatibles avec les normes et règles des droits de l'homme. Elle exige également de prêter attention à la participation des personnes concernées aux décisions prises en matière de santé, y compris au niveau communautaire, tenant compte de la dimension de genre et des besoins spécifiques à certains groupes d'âge.

Vue à travers le prisme des droits de l'homme, la couverture sanitaire universelle (CSU) devient également une question de non-discrimination tout au long de la vie.

Le droit international des droits de l'homme exige que l'accès aux services de santé soit protégé contre toutes les formes de discrimination. Le franchissement d'étapes concrètes en vue de garantir une CSU doit permettre de s'assurer que tout au long de la vie, personne n'est laissé de côté.



Encadré 1. Engagement des États en matière de santé et de droits de l'homme : une perspective historique

En 1948, l'Assemblée générale de l'ONU adopte la Déclaration universelle des droits de l'homme,⁷ consacrant les droits de l'homme et les libertés fondamentales de tous les êtres humains, qui constituent « le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde ». La santé est incluse dans le droit à un niveau de vie suffisant. Cette Déclaration a été suivie d'autres instruments des droits de l'homme liés à la santé adoptés au niveau national, régional et international, dont certains sont évoqués ci-après.

- En 1948, la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme reconnaît que chaque personne a le droit à la préservation de sa santé.
- L'un des 10 principes de la Déclaration des droits de l'enfant de 1956 est que : « l'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale afin d'être en mesure de se développer sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social ». ⁸
- En 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels confirme « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». ⁹ En 1979, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est adoptée, suivie en 1990 par la Convention relative aux droits de l'enfant.
- En 1981, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples stipule que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». ¹⁰
- En 1993, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes stipule : « L'exercice et la protection de tous les droits de la personne humaine et des libertés fondamentales doivent être garantis aux femmes, à égalité avec les hommes, dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil et autres ». ¹¹
- Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994) et la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (1995) reconnaissent que les droits, l'autonomisation et la santé sexuelle et procréative des femmes constituent des aspects centraux des politiques internationales en matière de développement et de population. ¹²

- En 1999, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes fournit des orientations sur les droits fondamentaux des femmes et leur santé. ¹³
- En 2000, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne reconnaît que : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ». ¹⁴
- En 2000, le Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels fournit des précisions sur les obligations des États parties relatives au droit au meilleur état de santé possible, et publie en 2016 une observation générale sur le droit à la santé sexuelle et procréative. ¹⁵
- En 2015, le Comité des droits de l'enfant fournit une interprétation qui fait autorité du droit de l'enfant à la santé et, en 2016, sur les droits similaires de l'adolescent ¹⁶

Outre ces instruments, et autres obligations des États concernant le droit à la santé, des orientations opérationnelles ont également été publiées au cours de ces dernières années sur une approche de la santé fondées sur les droits de l'homme.

Encadré 3. Obligations des États concernant le droit à la santé

L'obligation de **respecter** le droit à la santé exige notamment des États qu'ils s'abstiennent de refuser ou de limiter l'égalité dans l'accès aux services de santé préventifs, curatifs et palliatifs à toute personne, y compris les prisonniers ou les détenus, les minorités, les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière, ; de faire appliquer des pratiques discriminatoires en tant que politique d'État ; et d'imposer des pratiques discriminatoires liées à l'état de santé et aux besoins des personnes.

L'obligation de **protéger** comprend, notamment, les devoirs qu'ont les États d'adopter la législation ou de prendre d'autres mesures visant à assurer un accès égal aux soins de santé et aux services liés à la santé fournis par des tiers. Les États doivent également s'assurer que les tiers ne limitent pas l'accès des personnes aux informations et services liés à la santé.

Encadré 2. Pourquoi une approche fondée sur les droits de l'homme est-elle nécessaire ?

- ✓ Parce qu'elle aide les États à remplir leurs obligations au titre du droit international des droits de l'homme.
- ✓ Parce qu'elle fonde l'accès universel aux services de santé sur un principe clair, tout en soulignant que les interventions doivent être non discriminatoires, transparentes et participatives, et reposer sur une solide responsabilité publique.
- ✓ Parce qu'elle exige d'être focalisé à la fois sur l'autonomisation des détenteurs de droits (toutes les personnes, y compris les femmes, les enfants et les adolescents) et les responsabilités des garants d'obligations (États, responsables de l'élaboration des politiques, prestataires de soins, etc.)
- ✓ Parce qu'elle vise à renforcer la capacité des garants d'obligations au niveau local, régional et national à s'acquitter des obligations qui leur incombent de respecter, protéger et réaliser les droits de l'homme d'une façon transparente, efficace et responsable.
- ✓ Parce qu'elle exige une pleine participation, en toute connaissance de cause, de toutes les personnes affectées par une action ou une politique.
- ✓ Parce qu'elle contribue à pérenniser les systèmes de santé et améliore la réalisation des objectifs en matière de santé en exigeant qu'il soit tenu compte des facteurs déterminants et sous-jacents, notamment grâce à l'exercice des droits favorisant un meilleur état de santé.

Les engagements pris par les États pour préserver la dignité humaine ont été cristallisés en 1948 dans la Déclaration universelle des droits de l'homme dont les principes ont depuis été renforcés par différents instruments internationaux qui se sont succédé. Certains de ces instruments ont spécifiquement souligné les obligations des États en matière de santé et de droits de l'homme, d'une manière plus générale ; et d'autres sont

spécifiquement consacré aux femmes, aux enfants et aux adolescents. (Encadré 1).

L'Encadré 2 souligne la valeur ajoutée que constitue une approche fondée sur les droits de l'homme pour la santé.

Outre le fait qu'elles sont requises par les normes et les standards du droit international des droits de l'homme, les preuves montrent également que les politiques, programmes et autres interventions fondés sur les droits de l'homme améliorent efficacement la santé des femmes et des enfants.

Les approches fondées sur les droits de l'homme contribuent à obtenir des résultats en matière de santé plus équitables pour les femmes et les enfants, comme le démontrent la réduction de la mortalité infantile précoce (Malawi), l'accès accru aux soins obstétricaux d'urgence (Népal), l'accès accru à la contraception moderne (Brésil), l'accès accru au dépistage du cancer et l'amélioration de la couverture vaccinale (Italie).¹⁷

Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme, les personnes doivent être reconnues comme « détentrices de droits ». La planification, les politiques et les prestations en matière de santé doivent s'inspirer des principes de *participation*, d'*égalité*, de *non-discrimination* et de *responsabilité* ainsi que des principes de *disponibilité*, d'*accessibilité*, d'*acceptabilité* et de *qualité* des installations et services de santé.

L'obligation de *mettre en œuvre* exige notamment des États qu'ils tiennent suffisamment compte du droit à la santé dans les systèmes politiques et juridiques nationaux, de préférence par le biais d'une mise en œuvre législative, et qu'ils adoptent une politique de santé nationale comportant un plan détaillé axé sur la réalisation du droit à la santé. Cette obligation exige également des États qu'ils mettent en œuvre des mesures positives, notamment en octroyant des budgets et des ressources, qui aident les personnes et les communautés à exercer leur droit à la santé. Pour assurer la *disponibilité* de services de qualité ainsi que l'*accès* à ces services sans discrimination, une approche fondée sur les droits de l'homme exige également que les *moyens* destinés à ces fins soient *participatifs*, *inclusifs*, *transparentes* et *réactifs*.¹⁸

Pour les droits, cependant, ce sont les États qui sont les principaux garants de ces obligations. Dans le contexte de la santé, ceux-ci comprennent les acteurs responsables de l'élaboration des politiques, les gestionnaires des systèmes de santé et les professionnels de la santé des États. Une approche fondée sur les droits de l'homme a pour objectif de renforcer les capacités des garants d'obligations et des États considérés dans leur ensemble (aux niveaux local, régional et national) de façon à ce que les obligations de respecter, protéger et mettre en œuvre les droits de l'homme soient remplies efficacement et d'une façon transparente et responsable. Les obligations des États sont résumées dans l'Encadré 3.

Certains progrès ont été réalisés sur la voie des approches fondées sur les droits de l'homme. Des pays ont pris des mesures pour mieux respecter, protéger et garantir les droits à la santé et par la santé. Néanmoins, il subsiste des écarts béants entre les obligations juridiques des États, les promesses qu'ils ont faites et la situation réelle des personnes envers lesquelles ils sont responsables. En dépit des engagements internationaux, régionaux et nationaux de faire le contraire, des violations graves des droits de l'homme et des droits à la santé sont signalées dans toutes les régions du monde, et affectent de façon disproportionnée la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.

Ces écarts sont évidents, par exemple, lorsque la violence contre les enfants est qualifiée de problème « culturel » ; et lorsque la « tradition » est défendue plus vigoureusement que les droits des femmes et des enfants à l'intégrité physique et mentale. Ces différences sont également flagrantes lorsque la protection de la famille est opposée aux droits de certains des membres de la famille ;

« Les femmes ne meurent pas de maladies que nous ne pouvons pas traiter. Elles meurent parce que des sociétés n'ont toujours pas décidé que leurs vies méritent d'être sauvées. »

Mahmoud Fathalla



lorsque sont ignorées les conséquences sanitaires des violations des droits civils et politiques ; lorsque des femmes et des enfants sont détenus dans des centres de santé parce qu'ils ne peuvent pas payer pour les traitements ou les soins ; et lorsque les États considèrent le droit à la santé simplement comme le droit d'accéder à des services de santé, sans tenir compte des autres éléments qui constituent le droit à la santé.

L'ancien président de la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues, Mahmoud Fathalla, a dit « Les femmes ne meurent pas de maladies que nous ne pouvons pas traiter. [...] Elles meurent parce que des sociétés n'ont toujours pas décidé que leurs vies méritent d'être sauvées. » La mise en œuvre des droits à la santé et par la santé exige un engagement politique réel. Les autorités doivent donc autoriser de la transparence et une vigilance du public et assumer les responsabilités qui leur incombent. C'est précisément dans ce domaine que subsistent aujourd'hui les plus grandes lacunes en matière de soins de santé aujourd'hui.

1.2 Pourquoi aujourd'hui ?

Grâce à l'Agenda 2030, nous avons une occasion sans précédent de faire progresser les droits fondamentaux de tous les individus, de nous



opposer aux forces qui tentent de les nuire et de réunir les conditions dans lesquelles les droits à la santé et par la santé peuvent être réalisés, sans laisser personne de côté.

Si les solutions qui ont fait leurs preuves sont adoptées de façon appropriée, grâce aux progrès réalisés dans la science médicale et la santé publique (présentés dans la *Stratégie mondiale*), il existe aujourd'hui une possibilité unique d'accomplir des progrès significatifs dans le domaine des droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents.

Étant donné que la population d'adolescents est plus vaste qu'elle ne l'a jamais été et que de nombreux engagements en faveur de l'égalité entre les sexes ont été pris, il existe un besoin urgent d'accomplir ces progrès car la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents sont désormais reconnus, et parce qu'ils sont non seulement considérés comme un élément essentiel de la dignité humaine, mais aussi comme des moteurs du développement durable, de la paix et de la sécurité.

Lorsque leurs droits fondamentaux sont violés, les femmes, les enfants et les adolescents ne peuvent pas exploiter pleinement leur potentiel ; par voie de conséquence, cette situation empêche leurs familles,

communautés et sociétés de se développer durablement. Investir dans leurs droits de l'homme n'est pas seulement la bonne chose à faire, c'est également plus judicieux. D'une manière générale, les sociétés dégagent davantage de dividendes lorsque les droits sont respectés, protégés et mis en œuvre. Un monde sans peur, sans stigmatisation et sans discrimination favorise l'égalité et le progrès de tous.¹⁹

Bien que des occasions uniques soient à portée de main, il subsiste des défis à relever : sans leadership engagé, ces occasions seront gâchées. Les menaces persistantes qui pèsent sur les valeurs fondamentales des droits de l'homme affectent la formulation de politiques durables et inclusives axées sur la santé et les droits. Concernant les personnes déplacées — notamment les réfugiés, les apatrides et le milliard de personnes qui vivent dans des établissements informels et des bidonvilles — leurs droits sont gravement menacés.

Les droits des femmes à prendre les décisions relatives à leur propre corps doivent être respectés, conformément au droit des droits de l'homme, parallèlement à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes fondés sur des données factuelles. Ceci est nécessaire pour obtenir des résultats équitables qui s'appuient sur des politiques publiques ancrées dans la rationalité, et qui soient à la fois justes et inclusives.

1.3 Pourquoi les femmes, les enfants et les adolescents ?

Pour soutenir la *Stratégie mondiale*, le Groupe de travail de haut niveau préconise d'accorder davantage d'attention aux femmes, aux enfants et aux adolescents parce que, en tant que groupes de population, ils courent tout simplement plus de risques que les hommes, en particulier parce qu'ils participent nettement moins aux activités en matière de politique, de planification et de programmation menées aux niveaux local, national et international.

Des millions de femmes, d'enfants et d'adolescents du monde entier sont privés de leurs droits fondamentaux inaliénables, une situation à l'origine

de décès évitables, handicaps, maladies physiques et mentales et autres souffrances.

Si nous voulons tenir les promesses des ODD – mettre un terme aux souffrances humaines évitables et favoriser la productivité et la durabilité d'une façon plus équitable dans les communautés du monde entier – il est nécessaire de procéder rapidement à la reconstruction solide de la dignité humaine de ceux qui en sont actuellement privés. Les inégalités et les discriminations ont des effets néfastes sur les objectifs de l'Agenda 2030 et les résultats des actions de santé inclusifs. Les personnes qui souffrent le plus fréquemment de discriminations, qui sont privées d'une autonomie personnelle leur permettant de prendre des décisions concernant leur santé, et qui sont confrontées aux obstacles les plus importants lorsqu'elles cherchent à accéder à des services de soins de santé, finissent par subir les plus mauvaises conséquences en matière de santé.

Pourtant, apporter une réponse stratégique à l'interaction entre la santé, le genre et l'âge pourrait ouvrir les vastes perspectives esquissées dans l'Agenda 2030. Lorsque les discriminations sont éliminées, l'ensemble des communautés en bénéficie. En adoptant des mesures spéciales en faveur de ceux qui subissent actuellement des discriminations, les vies de nombreuses personnes peuvent être transformées et leur futur plus sûr. Les résultats rejaillissent sur l'avenir de leurs familles, de leurs communautés et de leurs pays. Aborder les points d'intersection où se rencontrent le genre, l'âge et les autres formes de discrimination, notamment celles qui reposent sur l'ethnicité, le handicap, l'indigénité et les autres statuts de minorité, signifie ne laisser personne de côté.

Les femmes, les enfants et les adolescents ne constituent en aucune façon des groupes homogènes. Chacune de ces populations est confrontée à des défis spécifiques, et au sein de chacun de ces groupes, la diversité est considérable. Ils ont tous, cependant, un point commun : nombre des obstacles auxquels les enfants, les adolescents et les femmes sont confrontés — les empêchant d'accéder à des soins de santé et réduisant leurs capacités à vivre en bonne santé — résultent de la négation de leurs droits fondamentaux.





Défendre les droits des enfants à la santé et par la santé

Les nouveau-nés et les jeunes enfants sont à un stade crucial mais vulnérable du développement humain, et ont des besoins spécifiques. Conformément au droit relatif aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de satisfaire à ces besoins et doivent prendre des mesures spécifiques, telles que l'enregistrement des naissances et la fourniture de services de vaccination et d'immunisation, afin de protéger leurs droits, en s'assurant non seulement de leur survie mais aussi de leur développement.²⁰

Le respect de l'opinion des enfants, en tant que détenteurs de droits, est la condition préalable du plein exercice de leurs droits à la santé et par la santé. Ce principe est inscrit dans le droit international des droits de l'homme, qui stipule que les points de vue et les souhaits des enfants doivent être dûment pris en considération

eu égard à leur âge et à leur degré de maturité.²¹ Cependant, des normes culturelles relatives à la place de l'enfant dans la famille et la société ont souvent pour conséquence que leurs opinions sont ignorées, ou même rejetées.²² Des normes et pratiques sociales néfastes sont souvent considérées, à tort, soit comme bénéfiques pour l'enfant, soit comme plus importantes que l'intérêt supérieur de l'enfant : un phénomène dont les filles pâtissent plus souvent que les garçons. Pourtant, le droit est clair : l'intérêt supérieur de l'enfant doit prévaloir. Il reste encore

beaucoup à faire en matière de reconnaissance et de réalisation des droits de l'enfant pour remédier aux conséquences désastreuses de telles pratiques sur la santé des enfants.²³

Les décès évitables d'enfants de moins de cinq ans ont diminué de moitié depuis 1990, mais près de six millions d'enfants meurent encore chaque année de causes largement évitables.²⁴ Les groupes d'enfants marginalisés, tels que ceux qui ont des handicaps, ceux qui effectuent un travail forcé ou dangereux, ceux qui sont affectés par le HIV/sida, les enfants migrants, les enfants en détention et les enfants réfugiés, sont particulièrement désavantagés. Pourtant, il a été démontré que le développement de la petite enfance a une incidence majeure sur la santé tout au long de la vie.

De même, une réalisation insuffisante des droits pendant l'enfance a fréquemment des conséquences néfastes sur la jouissance des droits plus tard dans la vie.²⁵ L'inverse est vrai également : protéger, respecter, et mettre en œuvre les droits des enfants est l'une des voies les plus sûres vers un exercice des droits productif et actif et une meilleure santé à l'âge adulte.

En réalisant les droits des enfants actuellement les plus négligés, nous changerons la donne de la lutte pour la santé et contre les discriminations et les inégalités.

Cependant, dans de nombreux pays, des enfants subissent des discriminations fondées sur le sexe. Les filles continuent de se voir refuser l'accès aux mêmes niveaux d'éducation, de nutrition et de dignité que les garçons. Par ailleurs, l'absence de données sur la sexualité et la santé procréative des « jeunes adolescents » (âgés de 10 à 14 ans) constitue un obstacle important à la fourniture de services complets et adaptés à leur âge et à leur genre.

Pour que les droits à la santé et par la santé des enfants soient exercés, il convient de prêter attention aux causes profondes.

Ils comprennent leurs droits à un approvisionnement en eau suffisant, à l'assainissement et à l'hygiène ; à l'alimentation ; à des milieux de vie sûrs et assurés ;

à la protection contre les pratiques préjudiciables ; et leur droit à ne subir aucune discrimination.

Les parents et les personnels soignants revêtent une importance capitale pour le bien-être et l'épanouissement de l'enfant. Les enfants dont les mères sont soumises à la violence ont de moins bons résultats en matière de santé tout au long de leur vie, ce qui fait de la protection des droits des femmes l'une des clés des droits de l'enfant. Les enfants victimes de négligence, de maltraitance et d'abus sont également privés de la capacité de se protéger eux-mêmes ou d'obtenir une protection auprès des autres. Les étapes concrètes franchies par les États sont essentielles pour les protéger contre de telles violations des droits de l'homme.



Défendre les droits des adolescents à la santé et par la santé

Ouvrant la voie entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est une phase critique de la vie. Les habitudes et les comportements acquis durant l'adolescence peuvent avoir un impact profond sur la santé et le bien-être pour les années à venir. Cette période de développement se caractérise par de rapides change-

ments physiques, cognitifs et sociaux, notamment la maturation sexuelle et procréative. L'adolescence implique la construction graduelle de la capacité à assumer les comportements et les rôles adultes, qui sont synonymes de nouvelles responsabilités et exigent de nouvelles connaissances et compétences.

Encadré 4. La santé mentale des adolescents : la nécessité d'une action majeure

À travers le monde, 10 à 20 % des enfants et des adolescents sont confrontés à des problèmes de santé mentale. En 2015, les suicides et les morts accidentelles liées à des automutilations ont constitué la troisième cause de la mortalité adolescente³⁰. La moitié des problèmes de santé mentale commencent vers l'âge de 14 ans, et les trois quarts disparaissent vers 25 ans. Les problèmes neuropsychiatriques constituent la principale cause de handicap parmi les jeunes de toutes les régions. S'ils ne sont pas traités, ces problèmes ont de graves répercussions sur le développement des enfants, leur niveau d'instruction et le potentiel dont ils disposent pour vivre une vie dynamique et épanouissante. Les enfants qui ont des problèmes de santé mentale doivent relever des défis majeurs en termes de

stigmatisation, d'isolement et de discrimination, mais aussi d'accès aux soins de santé et aux établissements d'enseignement, ce qui constitue une violation de leurs droits fondamentaux.

D'une manière plus générale, une mauvaise santé mentale peut avoir des effets importants sur la santé et le développement des adolescents. Elle est associée à de mauvais résultats en matière de santé et de relations sociales, et entraîne une consommation accrue d'alcool, de tabac et de substances illégales, des grossesses adolescentes, l'abandon scolaire et des comportements délinquants. Il est de plus largement reconnu qu'un développement sain pendant l'enfance et l'adolescence peut empêcher les problèmes de santé mentale.³¹

Conformément au droit international des droits de l'homme, la plupart des adolescents, définis par l'ONU comme les personnes dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans, sont encore des « enfants ». Cependant, leurs besoins et leurs droits sont distincts de ceux des enfants plus jeunes.

Les adolescents doivent également être reconnus comme des agents du changement. Des millions d'entre eux s'engagent de façon positive dans des campagnes en faveur de la santé et de l'éducation, le soutien aux familles, l'éducation par les pairs, les initiatives de développement communautaire, la budgétisation participative et les arts créatifs, et apportent leurs contributions à la paix,²⁶ à la durabilité de l'environnement et à la justice climatique. Nombre d'entre eux sont à la pointe de la technologie des communications, un secteur qui recèle un potentiel innovateur dans les domaines de l'engagement politique et du contrôle de la responsabilisation.²⁷

Pendant l'adolescence, les violations des droits de l'homme peuvent avoir une incidence majeure sur le cours de la vie, en particulier lorsqu'elles sont commises à l'encontre de filles. Alors que les résultats en matière de santé sont plus ou moins identiques pendant la petite enfance, ils changent considérablement dès le début de la puberté. À ce stade, les normes sociales sexistes creusent un fossé entre le développement des filles et celui des garçons, au détriment des jeunes femmes : elles intensifient les menaces pour leur santé mentale, leur bien-être, et leur santé sexuelle et procréative, et anéantissent les occasions de leur participation à la vie publique.²⁸

En dépit de certains progrès, les filles continuent de souffrir de graves désavantages dans le domaine de l'éducation : seulement deux des 35 pays de l'Afrique subsaharienne sont parvenus à l'égalité des sexes dans l'éducation.²⁹ Les taux d'abandon scolaire des filles peuvent être améliorés en faisant augmenter leur accès aux produits sanitaires ; en veillant à ce que les toilettes des écoles disposent d'un approvisionnement en eau salubre et d'installations d'assainissement ; en mettant un terme aux mariages d'enfants, précoces et forcés et en réduisant — grâce à des services et à l'information — les taux de grossesse précoce. Par ailleurs, le stress social, les problèmes de santé mentale et les maladies psychosociales demeurent des défis majeurs de la santé des adolescents (voir Encadré 4). Il est évident que s'il on parvient à relever ces défis, on disposera d'une arme puissante pour briser les cercles vicieux de la pauvreté et de l'exclusion.

Le nombre impressionnant de jeunes âgés de 10 à 24 ans - 1,8 milliard ou 24 % de la population mondiale en 2014³² - constitue une occasion exceptionnelle pour toute la planète. Jusqu'à l'échéance des ODD, si suffisamment d'attention et d'investissements sont accordés à leurs droits de l'homme à la santé et par la santé, les adolescents deviendront d'incroyables atouts mondiaux. Si les pays qui ont de jeunes populations éduquent leurs jeunes et protègent leur santé, leur croissance économique pourrait être renforcée et pérennisée. Cela exige des États qu'ils prennent des mesures urgentes pour veiller à

ce que des environnements propices aident les adolescents à réaliser leur transition vers l'âge adulte et à entrer dans la vie active.

Alors que les taux de fécondité et de mortalité baissent, et que la proportion de la population en âge de travailler augmente par rapport au nombre de personnes dépendantes, les pays bénéficient du phénomène que l'on appelle le dividende démographique.³³

Inversement, l'incapacité persistante à mettre en œuvre les droits des adolescents portera atteinte à la santé et au développement inclusif. Les données observées dans les pays à revenu faible, moyen et élevé révèlent que les services de santé destinés aux adolescents sont sérieusement fragmentés, insuffisamment coordonnés et d'une qualité inégale.³⁴ L'accès des adolescents aux services de soins de santé, en particulier aux services dans le domaine de la santé sexuelle et procréative ainsi qu'aux services et informations dans le domaine de la santé mentale, est en outre entravé par des lois et réglementations qui imposent des restrictions

relatives à l'âge minimum, à l'autorisation de tiers ou à la situation matrimoniale.

Ces politiques démotivantes, ainsi que les normes sociales et la stigmatisation, peuvent dissuader les adolescents de consulter les services de santé. Certains prestataires de soins ne respectent pas les adolescents, et négligent leur intimité et la confidentialité. La stigmatisation et les pratiques discriminatoires créent des obstacles supplémentaires qui sont exacerbés par les jugements moraux de certains médecins.³⁵

Au niveau mondial, on estime que 1,2 million d'adolescents ont trouvé la mort en 2015,³⁶ et que la plupart de ces décès auraient pu être évités. Les adolescents constituent la seule tranche d'âge dont les décès dus au sida ont augmenté.³⁷ Les approches préventives et de responsabilisation sont nécessaires pour s'assurer que tous les adolescents – garçons et filles – non seulement survivent et s'épanouissent mais entrent dans l'âge adulte avec les atouts dont ils ont besoin pour contribuer à transformer leurs sociétés.³⁸



Défendre les droits des femmes à la santé et par la santé

En dépit de certains progrès réalisés au niveau mondial en matière d'égalité entre les sexes, partout dans le monde, les femmes continuent à ne pas bénéficier pleinement de leurs droits. Elles sont

encore confrontées à des discriminations sexospécifiques qu'aucun pays dans le monde n'a complètement éliminées. Les lois, politiques et pratiques qui font subir des discriminations aux femmes (et

aux filles) compromettent leur capacité à prendre des décisions concernant leur propre santé, et limitent leur accès à des soins de santé de qualité ainsi qu'aux informations en matière de santé.

Les discriminations envers les femmes (et les filles), y compris les stéréotypes liés au genre, sont au cœur des pratiques néfastes, préjudiciables à leur santé et aux droits de l'homme. Ces pratiques comprennent le mariage d'enfants, précoce et forcé, la violence sexiste, la mutilation génitale féminine et l'infanticide. Toutes ces manifestations de normes sociales néfastes, et de nombreuses autres moins flagrantes mais qui affectent également l'accès des femmes aux services de santé, sapent leurs droits à l'intimité et à la confidentialité, ce qui peut par la suite les empêcher de rechercher le soutien de ces services.

Dans de nombreux pays, les restrictions sociales concernant la mobilité des femmes (ou liberté de circulation) réduisent également leur capacité à accéder aux soins de santé de façon indépendante.

Ceci est particulièrement évident pour la santé sexuelle et procréative et les droits y afférant, qui ont un impact direct sur le droit des femmes à la vie et à prendre des décisions autonomes concernant leurs vies et leur santé.³⁹ Les obstacles à l'information, aux services et aux produits qui préservent la vie contraignent les femmes à toujours supporter l'énorme fardeau des besoins non satisfaits en matière de contraception. Des centaines de milliers de femmes sont les victimes d'une mortalité et d'une morbidité maternelles évitables, qu'absolument rien ne peut excuser.⁴⁰ Des politiques et des pratiques s'appuyant sur une idéologie, telles que les refus de services fondés sur les scrupules des médecins, privent les femmes des soins auxquels elles ont droit. L'absence d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et à l'avortement sûr conduit à des décès évitables – qui violent le droit à la vie – et peut, dans certaines circonstances, donner lieu à des actes de tortures, ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants.⁴¹

Même lorsque des lois et politiques améliorant la santé sont en place, les normes sociales prédominantes peuvent favoriser la perpétuation de pratiques préjudiciables, confiner les femmes dans les rôles de mères et d'aidantes, et limiter l'exercice de leurs droits à l'éducation, à un emploi rémunéré et à l'égalité des chances. Aucune famille ne peut pleinement s'épanouir lorsque les femmes et les filles sont privées de leurs droits et aucun pays ne peut se permettre ou ne doit tolérer



que soit gâché un si grand nombre de talents, de participations et de contributions.

L'amélioration des conditions de vie, l'accès aux services de santé essentiels et la baisse des taux de fertilité ont fait augmenter la longévité au niveau mondial, un succès démontrable lié aux efforts de développement.

Cependant, ces évolutions ont également de nombreuses implications en termes de droits de l'homme.

Dans le contexte des femmes plus âgées, leurs circonstances personnelles dépendent d'un certain nombre de facteurs – économiques, sociaux, culturels et politiques – et sont influencées par l'ampleur des discriminations dont elles font l'objet. Leurs droits de prendre des décisions et de donner un consentement éclairé concernant leur propre santé ne sont pas toujours respectés. Les informations sur la santé sexuelle et le VIH/sida sont rarement fournies aux femmes âgées d'une façon acceptable, accessible et appropriée. Les problèmes de santé et les maladies physiques et mentales post-ménopausiques des personnes ayant dépassé l'âge de fécondité ou liés au vieillissement ont tendance à être négligés dans la recherche, les travaux académiques, les politiques publiques et les prestations de services. Les services sociaux pour les femmes âgées, y compris les soins de longue durée, sont souvent réduits de façon disproportionnée lorsque des coupes sont effectuées dans les dépenses publiques. Dans plusieurs pays, de nombreuses femmes âgées

n'ont pas d'assurance maladie privée ou sont exclues des dispositifs prévus par l'État. En effet, ayant consacré leur vie à travailler dans le secteur informel – en tant que travailleuses domestiques ou aidantes non rémunérées – elles n'ont pas eu la possibilité de cotiser.⁴²

Néanmoins, les contributions des femmes âgées à la société et à la vie publique et privée, en tant

que leaders de leurs communautés, sont extrêmement précieuses : entre autres rôles, elles partagent leur large éventail d'expériences, connaissances, aptitudes et compétences en tant qu'entrepreneurs, aidantes, conseillères et médiatrices.⁴³

Les problèmes de santé les plus importants affectant les femmes, les enfants et les adolescents sont présentés dans le graphique suivant.

PRINCIPAUX DÉFIS

ENFANTS



Selon une estimation, en 2015, 5,9 millions d'enfants sont décédés avant l'âge de 5 ans, et la moitié d'entre eux étaient des nouveau-nés⁴⁴



En 2015, selon une estimation, le nombre d'enfants morts nés a atteint 2,6 millions⁴⁵



Près de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans est liée à la sous-alimentation⁴⁶



250 millions d'enfants risquent de ne pas atteindre leur plein potentiel à cause de la pauvreté et des retards de croissance⁴⁷



L'intérêt supérieur de l'enfant est souvent négligé

ADOLESCENTS



Selon une estimation, 1,2 million d'adolescents sont décédés en 2015⁴⁸



En 2015, l'automutilation a été la troisième cause de décès des adolescents⁴⁹



Les décès liés au sida augmentent parmi les adolescents alors qu'ils baissent au sein des autres tranches d'âge⁵⁰



Chaque année, 15 millions de filles de moins de 18 ans se marient⁵¹



Les lois exigeant le consentement d'un tiers entravent l'accès aux services de santé

FEMMES



Selon une estimation, en 2015, 303 000 femmes sont mortes pendant leur grossesse ou leur accouchement⁵²



Selon une estimation, les besoins en contraception de 225 millions de femmes ne sont pas satisfaits⁵³



Selon une estimation, 22 millions d'avortements clandestins sont effectués chaque année dans le monde⁵⁴



Une femme sur trois est confrontée dans sa vie à des actes de violence⁵⁵



Les lois et politiques discriminatoires perpétuent les inégalités entre les sexes



Lutter contre les formes multiples et transversales de discrimination

La discrimination affecte l'équité dans le domaine de la santé et ne s'appuie pas uniquement sur l'âge et le genre. Elle interagit, par exemple, avec la situation économique, le niveau de scolarité, le sexe, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, le lieu de résidence, l'appartenance ethnique, la religion, la santé et le handicap.⁵⁶ Les groupes de population qui subissent une discrimination souffrent inévitablement d'inégalités en matière de santé. Par exemple, la stigmatisation et les discriminations que subissent les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et/ou intersexuées (LGBTI) entraînent des taux élevés de maladies sexuellement transmissibles, et de mauvais résultats en matière de santé mentale et de suicide (notamment parmi les adolescents). L'interaction entre les différentes formes de discrimination (la transversalité) a une incidence majeure sur les résultats en matière de santé et, d'une manière générale, sur la réalisation des projets.⁵⁷

L'essentiel des discriminations transversales dans le domaine des soins de santé affectent les femmes. Par exemple, au sein de nombreuses communautés, les femmes appartenant à des minorités ethniques ou des peuples autochtones bénéficient d'un accès restreint à de rares

services, et reçoivent moins d'informations en matière de santé ; par voie de conséquence, elles ont des taux de mortalité supérieurs à ceux de la population globale.⁵⁸ Les femmes handicapées, en particulier les femmes et les filles ayant des déficiences intellectuelles, encourent des risques plus élevés de stérilisation forcée ou involontaire et d'autres interventions médicales effectuées sans leur consentement libre et éclairé.⁵⁹ Les femmes réfugiées et déplacées à l'intérieur de leur propre pays, et celles qui sont apatrides, demandeurs d'asile ou travailleuses migrantes font souvent l'objet de discriminations, d'abus et de négligences. Elles se voient souvent refuser l'accès aux soins de santé parce qu'elles ne disposent pas de statut juridique dans le pays de résidence, n'ont pas de documents juridiques, ou vivent loin des établissements de santé.⁶⁰

Le droit international des droits de l'homme place sur tous les États l'obligation spéciale d'empêcher toutes les formes de discrimination interdites au regard du plan international dans les prestations de soins de santé et des services de santé, en particulier pour ce qui concerne les obligations fondamentales concernant le droit à la santé.⁶¹



Le lieu compte : l'importance capitale de la santé dans les contextes d'urgence et de crise

Les conflits, les catastrophes, l'instabilité climatique (Encadré 5) et l'effondrement des États ont conduit à une augmentation considérable du nombre de personnes déplacées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des frontières. Aujourd'hui, 65 millions de personnes ont été déplacées à l'intérieur de leurs propres pays ou dans d'autres pays, en tant que réfugiés.⁶² La durée moyenne des périodes en situation de déplacement atteint aujourd'hui près de vingt ans.⁶³

Les femmes, les enfants et les adolescents sont affectés de façon disproportionnée par les situations d'urgence, que celle-ci soient soudaines ou apparaissent progressivement. Les femmes, les enfants et les adolescents souffrent de violations multiples des droits de l'homme lors de situations qui échappent complètement à leur contrôle. Les preuves démontrent clairement qu'il existe un lien étroit entre la santé, la paix et la sécurité.⁶⁴ Dans les pays considérés par l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE) comme des États fragiles, le risque de

mort maternelle cumulé sur la durée d'une vie est de 1 sur 54.⁶⁵ Les trois quarts des pays où les taux de mortalité maternelle sont supérieurs à 300 pour 100 000 naissances vivantes sont des États fragiles.⁶⁶

Dans de tels contextes, les femmes enceintes sont confrontées à de plus grands risques de complications médicales, telles que l'hypertension artérielle gravidique et l'anémie, ainsi qu'à des effets néfastes sur la santé, y compris pour celle des nouveau-nés, notamment un faible poids à la naissance et des taux plus élevés de naissances prématurées. Les crises font par ailleurs augmenter les risques de décès liés à la maternité dus à des carences nutritionnelles préexistantes, à la fragilité face aux maladies infectieuses, et à l'absence d'accès aux soins prénataux, aux accouchements assistés et aux soins obstétricaux d'urgence. Les perturbations et désordres courants pendant les situations d'urgence font augmenter les risques de violences sexuelles, ce qui aggrave encore la santé et la survie des femmes et des filles.⁶⁷

Encadré 5. Changement climatique, santé et droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents

Sur le plan de l'équité et en termes d'environnement et de santé, le changement climatique est l'un des grands défis de notre temps : les nations prospères, consommatrices d'énergie, contribuent le plus au réchauffement climatique, mais ce sont les populations les plus pauvres et souvent les plus jeunes qui en font les frais. Selon les estimations les plus prudentes de l'OMS, 250 000 personnes par an vont vraisemblablement mourir à cause du changement climatique entre 2030 et 2050.⁶⁸ Il est estimé que la grande majorité de ces décès affecteront les enfants mal nourris, les enfants qui contractent des pneumonies et des diarrhées, et les enfants qui souffrent de maladies dont la transmission a augmenté à cause du changement climatique (telles que le paludisme, la dengue et la leishmaniose). Lorsque les pluies se font rares, que les récoltes s'étiolent et que le bétail meurt, les pauvres – souvent les femmes et les enfants – sont confrontés à la famine et à la baisse des ressources en eau utilisées pour s'hydrater et pour l'hygiène. La pollution de l'air, associée à des températures plus élevées et à une utilisation des combustibles qui aggrave encore le changement climatique, déclenche des pneumonies, l'une des cinq maladies frappant mortellement les enfants de moins de cinq ans.⁶⁹

Le changement climatique porte également préjudice de façon disproportionnée à la réalisation des droits à la santé et des droits fondamentaux des femmes. Il a été démontré que le changement climatique accentue les disparités et les inégalités entre les sexes. Les catastrophes naturelles, telles que les sécheresses et les inondations, tuent davantage de femmes que d'hommes, et à un âge moins avancé. Ces tendances sont en outre plus prononcées dans les pays où le statut socioéconomique des femmes est particulièrement faible. D'autres effets du changement climatique, tels que l'insécurité alimentaire et hydrique, les événements météorologiques extrêmes et les conflits liés à la rareté des ressources, font également augmenter les risques encourus par les femmes et les enfants. Dans de nombreuses sociétés, les femmes et les filles collectent l'eau ; la raréfaction de cette ressource a des conséquences disproportionnées sur leur santé, notamment des carences alimentaires et le fardeau (ainsi que les risques en matière de sécurité) associé aux déplacements pour collecter l'eau.⁷⁰

Il est important de garder présent à l'esprit, cependant, qu'alors que les femmes et les

enfants, en particulier les plus démunis, sont vulnérables au changement climatique, ils sont également les acteurs réels et les agents du changement pour ce qui concerne son atténuation et adaptation. De nombreuses femmes ont des connaissances et une expertise qui doivent être utilisées pour atténuer le changement climatique, dans les stratégies pour la prévention des catastrophes et l'adaptation à leurs effets et pour mener des actions courageuses dans le domaine du changement climatique.



1.4 Les changements nécessaires sont possibles, réalistes et abordables

Sur cette toile de fond, la *Stratégie mondiale*, dont l'approche est fondée sur les droits de l'homme, définit l'itinéraire vers un avenir meilleur pour tous, en se focalisant avant tout et surtout sur les femmes, les enfants et les adolescents. Pour s'assurer que personne ne sera laissé de côté, et dans l'intérêt d'un développement durable inclusif, le Groupe de travail de haut niveau estime qu'il est possible de réaliser les droits à la santé et par la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Nous défendons fermement la réalisation à l'horizon 2030 de la vision du monde suivante :

- Toutes les personnes exercent pleinement leur droit à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elles soient capables d'atteindre, notamment grâce à un accès non discriminatoire aux services essentiels et à une participation à la planification et à la définition des priorités des systèmes de santé.
- Chaque système juridique national reconnaît les droits des personnes de jouir du meilleur état de santé possible, conformément au droit international, y compris le cas échéant dans leur constitution.

- Tous les gouvernements ont respecté leurs obligations en matière de droits à la santé et de droits de l'homme.
- Tous les prestataires de soins de santé respectent les droits des personnes dont ils s'occupent et sont protégés lorsqu'ils défendent les droits de l'homme.
- Tous les systèmes de santé sont conçus et réglementés conformément aux principes, normes et règles des droits de l'homme.

Cette vision, qui correspond à la fois à l'Agenda 2030 et à la *Stratégie mondiale*, est certainement atteignable. Un ensemble complet de normes et de conseils techniques définit déjà en détail les éléments clés de cette approche fondée sur les droits de l'homme. Outre le fait qu'elles constituent un socle de références sur les liens entre la santé et les droits de l'homme, ces ressources présentent un large éventail de conseils pratiques qui peuvent être suivis d'actions.

1.5 Rien ne peut remplacer les leaderships locaux et nationaux

Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme exige un environnement propice comprenant : des lois et des politiques favorables ; des investissements ciblés et proportionnés ; des professionnels de la santé informés et actifs ; et une société civile dynamique, ouverte à des coalitions, favorables à des services de santé qui transcendent l'âge et le sexe.

Ces environnements favorables sont plus à même de se développer lorsqu'ils sont défendus et soutenus par des dirigeants politiques engagés. Dans de nombreux contextes, la communauté internationale peut jouer un rôle important, mais les autorités nationales et locales sont vitales. Même lorsque les ressources sont limitées, un responsable engagé peut faire une différence énorme dans la vie des femmes, des enfants et des adolescents. C'est la raison pour laquelle la Deuxième partie du présent rapport pose la

question de savoir pourquoi et comment les dirigeants peuvent faire une différence sans précédent. Elle présente des exemples édifiants qui montrent ce qu'il est possible de faire ; elle fait des recommandations et identifie des interventions essentielles qui peuvent créer un nouveau paradigme de la santé, de la dignité et du bien-être pour les femmes, les enfants et les adolescents, aujourd'hui et pour les générations futures. Le Groupe de travail exhorte les dirigeants du monde à adosser clairement les efforts qu'ils déploient pour atteindre ces objectifs sur les principes des droits de l'homme : égalité, inclusion, non-discrimination, participation et responsabilité. Les preuves démontrent que cette formule peut créer la transformation nécessaire pour assurer à tous des sociétés plus pacifiques, plus équitables et plus inclusives.



DEUXIÈME PARTIE :

Conduire la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé

Moteurs de l'exercice durable des droits des femmes, des enfants et des adolescents, les dirigeants nationaux et locaux sont tout simplement essentiels. Rien ne peut les remplacer.

Seul un engagement décidé et précis des gouvernements, tant au niveau national que local, peut permettre de résoudre de façon concluante les problèmes d'inégalités observés dans les résultats en matière de santé, de faire face aux inégalités fondées sur le sexe ou d'autres motifs, et d'éliminer les discriminations, y compris dans les systèmes de santé. Seuls des dirigeants engagés et responsables peuvent obtenir un recul durable des pratiques préjudiciables, inciter d'autres dirigeants à agir

pour soutenir les droits à la santé et par la santé, orienteront systématiquement les approches fondées sur les droits de l'homme nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de programmes qui agissent sur la santé, et mettront en œuvre les dispositions juridiques nécessaires.

Il est essentiel que les dirigeants établissent un agenda qui soit transformateur pour assurer la réalisation des droits des femmes, des enfants et des adolescents à la santé, au bien-être, à leur épanouissement et prospérité. Les dimensions clés de cet agenda sont présentées ci-après.

2.1 Créer un environnement favorable



DÉFENDRE LE DROIT À LA SANTÉ DANS LA LÉGISLATION NATIONALE

Alors que le droit à la santé autorise une réalisation progressive tout en prenant acte des limites imposées par les ressources et d'autres contraintes, les États ont également l'obligation d'obtenir des résultats immédiats, notamment la garantie que ce droit sera exercé sans discrimination d'aucune sorte et que des mesures concrètes, délibérées et ciblées seront prises en vue de la pleine réalisation de ce droit.

Cependant, il existe un écart important entre la reconnaissance du droit au meilleur état de santé physique et mentale possible et sa mise en œuvre systématique au niveau national. Ceci est visible dans le manque d'adéquation des législations nationales aux obligations internationales et régionales en matière de droits de l'homme. Les législateurs et les responsables de l'élaboration des politiques doivent être convaincus de leurs responsabilités

de protéger les droits économiques, sociaux et culturels de la même façon qu'ils sont obligés de protéger les droits civils et politiques.

De nombreux pays n'ont pas encore inscrit ces obligations internationales et régionales en matière de droits de l'homme dans leur législation nationale. Par exemple, une analyse a montré qu'en 2011, la plupart des constitutions nationales des 191 États membres de l'ONU ne garantissent pas les droits liés à la santé publique (86%), les soins médicaux (62%) ou la santé (64%). En outre, 91% de ces constitutions ne garantissent pas de soins médicaux gratuits ; 87% ne garantissent pas les droits des enfants à la santé et aux soins médicaux ; 94% ne garantissent pas les droits des personnes handicapées ; et 95% ne garantissent pas les droits des personnes âgées ou défavorisées sur le plan socio-économique.⁷¹

Par ailleurs, de nombreux États n'ont pas adopté ou amendé d'autres lois ayant un impact sur le droit à la santé. Par exemple, le Comité des droits de l'enfant a stipulé que les pays sont tenus d'intégrer dans la

Encadré 6. Quelques lents progrès ont été réalisés concernant la législation relative à la commercialisation des substituts du lait maternel

L'allaitement est l'un des meilleurs moyens de réduire la mortalité et la morbidité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans. La commercialisation agressive des substituts du lait maternel constitue encore un obstacle significatif, dans de nombreux pays, à l'amélioration des taux d'allaitement. Les ventes mondiales de substituts du lait maternel devraient augmenter et passer de 44,8 milliards de dollars des États-Unis en 2015 à 70,6 milliards de dollars en 2019.⁷² Adopté lors de l'Assemblée mondiale de la santé, en 1981, le Code international de commercialisation des produits de substitution au lait maternel définit une réglementation essentielle visant à réduire les commercialisations inappropriées. Par ailleurs, les Principes directeurs sur les entreprises et les droits de l'homme⁷³ stipulent que toutes les entreprises doivent exercer leurs activités dans le respect des droits de l'homme. Les entreprises qui commercialisent des substituts du lait maternel doivent respecter les droits de l'homme. Ce devoir implique de faire preuve de la diligence requise pour identifier tout risque que la commercialisation ait des effets

néfastes sur les droits de l'homme, y compris le droit de l'enfant à la santé, et prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher ou atténuer ce risque.

Le rapport de 2016 sur la mise en œuvre du Code à l'échelle nationale⁷⁴ montre qu'un nombre insuffisant de pays ont adopté une législation efficace pour réduire ou éliminer la commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel, et que seule une poignée de pays ont promulgué des mesures juridiques et établi des dispositifs d'application et de suivi opérationnels. Le rapport fait directement référence aux conseils techniques et recommandations y afférentes, afin de leur permettre de réglementer les pratiques des acteurs privés, tels que les sociétés pharmaceutiques, les fabricants de produits et de dispositifs ainsi que les producteurs et distributeurs de substituts du lait maternel, d'empêcher les violations des droits des enfants liés à la santé et de garantir la responsabilisation, notamment les mécanismes de recours et de réparation en cas de violation.

Encadré 7. Utiliser les recours à la justice lorsqu'un État ne remplit pas ses obligations⁷⁵

Devant des tribunaux nationaux, des défenseurs des droits ont recouru avec succès au droit constitutionnel ou au droit relatif aux droits de l'homme pour avancer qu'un État avait manqué à ses obligations juridiques d'empêcher la mortalité et la morbidité maternelles.

Dans la décision relative à l'affaire *Mandal v Deen Dayal Hari Nager Hospital & Others* (2010), la Haute Cour de Delhi a reconnu un droit aux soins maternels protégé par la Constitution et a ordonné que soit versée une compensation pour violation des droits de l'homme subie par deux femmes démunies décédées durant l'accouchement.

De même, au Népal, un cas sans précédent a été porté devant la Cour suprême nationale qui a tenu le gouvernement pour responsable de ne pas avoir garanti l'accessibilité financière des services d'avortement, et a enjoint le gouvernement de prendre des mesures pour garantir qu'aucune

femme ne puisse se voir refuser d'avorter seulement sur la base de considérations financières.

Des procédures judiciaires ont également été entreprises avec succès au niveau international. On peut notamment citer l'exemple de l'affaire d'Alyne da Silva Pimentel Teixeira, décédée d'une hémorragie postpartum, suite à la mort à la naissance d'un fœtus de 27 semaines le 16 novembre 2002, à Rio de Janeiro, au Brésil. Son décès a conduit en 2011 à la première décision d'un organe conventionnel international de tenir un gouvernement pour responsable d'un décès maternel évitable. Dans la première décision de son histoire sur la mortalité maternelle, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a considéré que le Brésil avait commis une violation de ses obligations en matière de droits de l'homme et a ordonné que le gouvernement prenne des mesures pour améliorer l'accès aux services de maternité et verse une compensation à la famille d'Alyne.⁷⁷

législation nationale, de mettre en œuvre et de faire appliquer le Code international de commercialisation des produits de substitution au lait maternel, mais rares sont les pays qui ont rempli cette obligation (Encadré 6).

L'engagement des dirigeants pour faire respecter les fondements juridiques du droit à la santé est également crucial. C'est une responsabilité partagée. Les parlements nationaux, les institutions indépendantes et judiciaires, par exemple, doivent s'assurer que le droit à la santé est juridiquement reconnu comme un droit humain fondamental, et non pas comme une obligation dont il suffit de s'acquitter lorsque leur gouvernement considère que suffisamment de ressources sont disponibles. Dès lors qu'ils sont consacrés par la législation nationale, les droits à la santé ne peuvent pas être bafoués par les partis politiques au pouvoir.

Cependant, dans de nombreux contextes, les tribunaux ne sont habilités ni à ordonner aux gouvernements d'agir ni à obtenir réparation des violations du droit à la santé. Lorsqu'ils le sont, le système judiciaire peut jouer un rôle clé et aider les personnes et les groupes à tenir les gouvernements pour responsables (voir les exemples donnés dans l'Encadré 7) et autoriser les gouvernements à agir en s'appuyant sur le droit.

Dans les pays, il est également important de prendre en considération la structure de gouvernance et du système de financement de la santé. Par exemple, un système de santé fédéré relevant de multiples juridictions peut donner des occasions supplémentaires de s'impliquer dans la défense des droits à la santé au niveau national.

RECOMMANDATION 1

Tous les États doivent renforcer la reconnaissance juridique des droits de l'homme à la santé et par la santé, y compris le droit à la santé sexuelle et procréative, dans leur constitution nationale et leurs autres instruments juridiques. Les recours en cas de violation de ces obligations doivent être efficaces. Des ressources humaines et financières suffisantes doivent être affectées à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures politiques et législatives ainsi qu'aux initiatives sociales afin de s'assurer de la réalisation des droits à la santé et par la santé et de faciliter l'accès universel aux soins de santé.



ÉTABLIR UNE APPROCHE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE FONDÉE SUR LES DROITS

D'importants segments de la population, en particulier dans les zones rurales, sont exclus de l'accès aux services de santé en raison par exemple, du nombre insuffisant de professionnels de la santé compétents, du manque d'infrastructures, d'une protection sociale limitée, et/ou des nombreux paiements directs. Selon certaines estimations, 90 % des personnes qui vivent dans des pays à faible revenu n'ont pas d'assurance maladie, et 39 % de la population mondiale n'est pas couvert.⁷⁸

Parmi les pays qui ont signé les grands principes de la couverture sanitaire universelle (CSU), il existe des variations considérables dans la façon dont cet engagement est opérationnalisé.

Même dans les pays à revenu élevé, le financement de services de santé de qualité reste un défi, et même dans les pays où le droit à une couverture sanitaire est établi dans le droit national et local, la CSU est souvent insuffisante ou n'est tout simplement pas mise en œuvre.

Souvent, les ressources affectées ne sont pas suffisantes pour satisfaire aux besoins de santé des groupes marginalisés et vulnérables.

Selon l'OMS, « La CSU est, par définition, l'expression pratique des préoccupations concernant l'équité en matière de santé et le droit à la santé ».⁷⁹ Peut-être que l'objectif le plus important de la CSU est d'éliminer les obstacles financiers empêchant l'accès aux soins de santé,⁸⁰ et donc de mettre un terme à une exclusion que l'on impute à la pauvreté.⁸¹ Pour que des progrès soient réalisés dans ce domaine, les experts recommandent que les gouvernements prennent des mesures pour affecter au moins 5% du PIB à la santé.⁸²

L'ODD 3 (vivre en bonne santé) comprend un objectif concernant la CSU : prévoir que « chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».⁸³ La *Stratégie mondiale* souligne que la CSU, y compris la protection contre les risques financiers et l'accès à des services essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins, est la clé de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Encadré 8. Les étapes à franchir vers une couverture efficace, grâce aux professionnels de la santé

Les preuves démontrent clairement que la seule façon de parvenir à une couverture efficace consiste à éliminer la différence entre la couverture théorique qu'implique la disponibilité de la main-d'œuvre et la couverture effective qui résulte de la qualité de la main-d'œuvre.⁸⁷ La *Stratégie mondiale* souligne le rôle fondamental des professionnels de la santé et la nécessité de renforcer leurs capacités, en particulier en officialisant le rôle des professionnels de la santé communautaires. Par ailleurs, la *Stratégie mondiale* exige que tous les pays utilisent des mécanismes qui ont fait leurs preuves afin de s'assurer que les professionnels de la santé sont formés conformément aux dernières directives, avec des auxiliaires de travail et des listes de contrôle, disponibles au point de service, pour soutenir la réalisation efficace des interventions essentielles. Les professionnels de la santé doivent bénéficier à tous les niveaux d'une éducation suffisante en matière de droits de l'homme afin de leur permettre de dispenser des services attentifs aux questions sexospécifiques et à l'âge des bénéficiaires. Ces formations ont des effets positifs démontrés sur l'acceptabilité et la qualité des services.⁸⁸



L'obligation d'éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé est l'un des principaux éléments du droit à la santé.

Le droit à la santé exige des gouvernements qu'ils fournissent des soins de santé à toutes les personnes qui en ont besoin, sans discrimination, y compris la discrimination fondée sur les moyens financiers.^{84,85}

Les principes et les normes relatifs aux droits de l'homme, tels que la non-discrimination, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité, la responsabilité et l'universalité, sont les fondements essentiels d'une application juste et équitable de la CSU⁸⁶ et sont essentiels pour garantir une couverture inclusive et qui répond aux besoins des femmes, des enfants et des adolescents.

Par ailleurs, pour atteindre toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents partout dans le monde, et pour assurer une couverture efficace, il est vital de disposer d'un personnel de santé bien formé et en mesure de fournir des services de santé attentifs aux questions sexospécifiques et à l'âge (Encadré 8).

La législation, les ressources et les capacités doivent aider les systèmes de santé à répondre aux besoins des femmes, des enfants et des adolescents en matière de santé et de protection. Toutes les pratiques qui violent les droits de l'homme, telle que la détention de personnes dans des structures sanitaires parce qu'elles sont incapables de payer pour leurs traitements ou leurs soins, doivent être immédiatement interdites.

Une « feuille de route » clairement définie et axée sur un financement équitable des besoins en matière de santé des différents groupes de population doit être mise en place aux niveaux national et infranational, et préciser de quelle façon l'État entend instituer la CSU et assurer le respect et la protection des droits des femmes, des enfants et des adolescents dans les prestations des services sanitaires, y compris ceux qui sont dispensés par le secteur privé.⁸⁹ L'élaboration et la mise en œuvre, dans le cadre de la Facilité de financement mondiale, d'initiatives d'investissement nationales fournissent des occasions uniques de forger une approche de la santé intégrée, fondée sur les droits de l'homme. Plusieurs pays pionniers prennent des mesures concrètes en faveur de l'intégration d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans leurs plans

Encadré 9. Les droits et les services sanitaires des enfants

En 2013 et 2014, 11 hôpitaux du Kirghizistan, 10 hôpitaux du Tadjikistan et 11 hôpitaux de Moldavie ont procédé à une évaluation fondée sur les droits de l'homme de la qualité des soins dispensés aux enfants et aux adolescents.⁹⁴ Cet exercice faisait partie d'une évaluation plus large de la qualité des soins soutenue par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Un ensemble d'outils permettant d'évaluer et d'améliorer les droits des enfants dans les hôpitaux, s'appuyant sur la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC), a été utilisé. Ces efforts traduisent les droits inscrits dans la CRC et les dimensions connexes en mesures et activités concrètes que les professionnels de santé et les responsables sanitaires peuvent appliquer dans les prestations de santé dispensées aux enfants et aux adolescents.

L'évaluation a facilité un processus impliquant de multiples intervenants, a donné lieu à une participation active et véritable des enfants, des adolescents et de leurs personnels soignants, ainsi que de la direction et du personnel de l'hôpital. Cela a débouché sur une analyse complète des soins dispensés et a permis de présenter des informations cruciales sur la réalisation de certains droits qui, sans cette évaluation, aurait été difficile à mettre en œuvre.

Ce projet a permis d'obtenir des résultats prometteurs. Cependant, l'impact à long terme de telles approches ne peut être acquis qu'à travers l'engagement durable des gouvernements et de la communauté internationale. Cet engagement doit notamment comporter : l'intégration systématique des normes relatives aux droits de l'homme dans le suivi et l'évaluation de la qualité des soins, le renforcement des capacités des intervenants concernés dans le domaine des droits de l'homme, notamment en matière de connaissances juridiques et de sensibilisation au droit, l'intégration des droits de l'enfant et de la qualité des soins dans les programmes des facultés de médecine et de formation des internes, des ressources financières suffisantes et l'élaboration d'un corpus de données factuelles permettant d'appliquer à la santé de l'enfant une approche fondée sur les droits de l'homme, y compris en procédant à des essais comparatifs à répartition aléatoire pour l'utilisation des outils d'évaluation, et en mesurant son impact sur la qualité des soins et les résultats en matière de santé des enfants.

d'investissement nationaux et exploitent les possibilités d'une opérationnalisation des droits de l'homme aux plans national et infranational.

Les stratégies visant à intégrer les approches fondées sur les droits de l'homme dans les systèmes de santé ont été publiées par l'OMS90 et un cadre clair est défini dans l'Observation générale No. 14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies.⁹¹

Un ensemble d'outils est disponible pour conduire des évaluations de la qualité des soins fondées sur les droits (voir Encadré 9 qui donne un exemple). L'OMS et d'autres organisations ont également

élaboré, par exemple, une matrice d'une analyse fondée sur les droits de l'homme applicable aux politiques et programmes de fourniture des services de planification familiale.⁹² Des orientations similaires sont nécessaires concernant la CSU, avec une notation des systèmes de santé, quel que soit le contexte.⁹³ Les études de cas comparatives et analytiques génèrent également des outils permettant d'identifier les lacunes dans les soins dispensés au niveau des systèmes de santé, prenant acte des besoins spécifiques au cours de la vie et assurant la réactivité des systèmes de santé aux situations liées à la santé et aux droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents.

RECOMMANDATION 2

Tous les États doivent élaborer des stratégies de financement nationales et infranationales et établir des échéances claires qui contribuent directement à la réalisation des droits, y compris à la couverture sanitaire universelle. Ces stratégies doivent appliquer les principes des droits relatifs à l'égalité, à l'inclusion, à la non discrimination et à la participation. Des mécanismes de recours doivent être disponibles lorsque ces normes universelles ne sont pas raisonnablement respectées. Les États doivent prendre des mesures pour affecter au moins 5 % du PIB aux dépenses de santé publique, reconnu comme condition préalable à la couverture sanitaire universelle.





CONSIDÉRER LES DROITS DE L'HOMME COMME DES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les facteurs déterminants que constituent les droits de l'homme exercent une forte influence sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Les discriminations, les inégalités, la marginalisation et l'accès inégal aux ressources sont non seulement des violations des droits mais aussi les principaux facteurs des inégalités en matière de santé au sein des pays et entre les pays.⁹⁵ Les différentiels hommes-femmes dans l'accès à l'éducation, aux aliments nutritifs et aux services de santé ; concernant les mariages d'enfants, précoces et forcés ; l'accès inégal au marché du travail et les inégalités salariales (« à travail égal, salaire inégal ») ; la violence sexiste ; la maltraitance des enfants et l'absence de protection des enfants sont non seulement des déterminants sociaux qui contribuent directement à la mortalité et morbidité maternelle et infantile, mais qui violent également les droits fondamentaux des personnes affectées.

Les mesures fondées sur les droits visant à atténuer ces effets négatifs peuvent aider les États à améliorer les résultats en matière de santé et à

réduire les disparités. Les actions fondées sur les droits visant à remédier aux inégalités en matière de santé, à rééquilibrer les rapports de force au sein des services de santé et à impliquer les secteurs favorables (tels que ceux qui subviennent aux besoins en matière de nutrition, de protection et de bien-être des enfants, d'éducation, de ressources en eau et d'assainissement, de protection de l'environnement, de justice et de sécurité) peuvent contribuer à transformer les déterminants de la santé.⁹⁶ Les graves conséquences des crises – tels que les conflits, épidémies et changement climatique – sur la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents doivent être anticipées grâce à des évaluations des risques et à la planification des éventualités, qui soient attentives aux facteurs liés au sexe et à l'âge des personnes concernées.

Un exemple du rôle important joué par le secteur de la santé est la prévention de la violence à l'égard des femmes et la réponse qui lui est apportée, qui est un objectif ciblé par l'ODD 5 sur l'égalité entre les sexes (Encadré 10).

Encadré 10. Plan multisectoriel mondial pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles

En mai 2016, lors de l'Assemblée mondiale de la santé, l'ensemble des 194 ministères nationaux de la santé a approuvé le « Plan d'action mondial [...] visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte multisectorielle nationale à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ».97 Le plan d'action mondial est un résultat historique, car pour la première fois, il a reconnu – tout en demandant au secteur de la santé de s'impliquer pour y remédier – que la violence à l'égard des femmes et des filles était un problème de santé publique à inscrire à l'ordre du jour mondial de la santé. Le plan d'action place les droits fondamentaux des femmes et des filles, y compris la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, ainsi que l'égalité homme-femme, au centre de ses principes directeurs. Entre autres actions, l'OMS exhorte les États membres et les partenaires à :

- contester publiquement l'acceptabilité de la violence à l'égard des femmes et les normes discriminatoires fondées sur le sexe qui sous-tendent cette violence ;
- former les fournisseurs de soins de santé à identifier les femmes et les filles qui subissent des violences et à leur apporter des soins médicaux complets et appropriés, y compris des services dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et un soutien psychologique ;
- mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles visant à empêcher la violence à l'égard des femmes et des filles, notamment des interventions qui prônent l'égalité des sexes, autonomisent les femmes et les filles et construisent des relations respectueuses entre les enfants et adolescents grâce à une éducation sexuelle complète ;
- améliorer la base de connaissances en renforçant les systèmes informatiques de surveillance et de gestion des données en matière de santé afin de recueillir des éléments factuels sur la violence à l'égard des femmes et des filles, et en conduisant régulièrement des études et enquêtes auprès de la population pour recueillir des données sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes, notamment pour assurer le suivi de l'ODD5 ; et

- investir dans la recherche pour mieux comprendre, empêcher et répondre à la violence à l'égard des femmes et des filles.

Un nombre croissant de pays met en œuvre des stratégies et des actions dans le cadre du plan d'action mondial en les adaptant à leur contexte national. Par exemple, des pays comme le Cambodge et le Kazakhstan ont procédé à des enquêtes nationales sur la violence à l'égard des femmes en s'appuyant sur l'étude multinationale de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique. Des pays tels que l'Afghanistan, le Cambodge, la Guinée, l'Inde, la Namibie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Pakistan, les Îles Salomon, l'Ouganda, l'Uruguay et le Vietnam mettent à jour ou ont mis à jour leurs protocoles, principes directeurs ou programmes de formation nationaux afin que les prestataires de services de santé adressent les questions liées à la violence à l'égard des femmes conformément aux directives et recommandations de l'OMS, et sont en train d'améliorer les réponses apportées au niveau des systèmes de santé. Les gouvernements organisent des campagnes publiques contre l'acceptabilité de la violence à l'égard des femmes et des filles. Certains pays mettent également en œuvre des interventions de prévention, notamment des campagnes de mobilisation au niveau des communautés, visant à promouvoir les normes d'équité entre les sexes. Par exemple, l'Australie a récemment lancé un nouveau cadre sur la prévention primaire de la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants.98 Le cadre souligne que l'égalité entre les sexes est à la fois au cœur du problème et la solution, et identifie un ensemble d'actions critiques visant à prévenir la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants.

RECOMMANDATION 3

Tous les États doivent entreprendre des évaluations périodiques, fondées sur les droits de l'homme, sur les déterminants de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en accordant une attention particulière à l'inégalité des genres, à la discrimination, au déplacement, à la violence, à l'urbanisation déshumanisante, à la dégradation de l'environnement et au changement climatique, et élaborer des stratégies nationales et infranationales fondées sur les droits visant à tenter d'apporter une réponse à ces déterminants.



ÉLIMINER LES NORMES SOCIALES, SEXUELLES ET CULTURELLES QUI ENTRAVENT LA RÉALISATION DES DROITS

Alors que les déterminants de la santé – sociaux et autres, liés aux droits de l'homme – affectent l'ensemble des populations, les normes sociales et culturelles sexistes ont des conséquences supplémentaires – et souvent dévastatrices – sur la santé, le bien-être et la dignité des femmes, des filles et des adolescents.

Les adolescentes sont privées d'éducation sur la santé sexuelle et le bien-être ; des femmes sont privées de contraception parce que leurs époux y sont opposés ; les femmes et les filles sont victimes d'exploitation ou de violences sexuelles : dans toutes les régions du monde, les femmes et les filles en particulier sont privées de leurs droits de l'homme tout simplement à cause de leur sexe et des normes sociétales et pratiques culturelles qui lui sont associées.

La Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes appelle les États à « modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes ».⁹⁹

Ces schémas et modèles de comportement socioculturel prennent de nombreuses formes, notamment : les mariages d'enfants, précoces et forcés ; les filles et les femmes victimes de grossesses non désirées poussées à mener leur grossesse à terme ;¹⁰⁰ la négation des droits des filles et des femmes à décider si, quand et avec qui elles veulent avoir des relations sexuelles et se marier, et si, quand et à quels intervalles elles veulent avoir des enfants.¹⁰¹

Améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents nécessite promouvoir au sein des communautés et des sociétés des normes liées au genre qui soient égalitaires, des relations respectueuses entre les femmes et les hommes, et l'autonomisation des femmes et des filles. Éliminer les normes sexistes néfastes, notamment les normes sur la masculinité qui promeuvent les privilèges des hommes et la subordination des femmes, exige l'implication et l'engagement des hommes et des garçons ainsi que l'autonomisation des femmes et des filles. Bien que ces normes



affectent de façon disproportionnée la santé des femmes et des filles, elles contribuent également à faire augmenter les comportements à risque chez les adolescents et les jeunes hommes, ce qui a des conséquences néfastes liées à la consommation d'alcool et de tabac ainsi qu'aux pratiques sexuelles à risque. Les normes sexistes nuisibles, y compris les normes sur la masculinité, sont également les facteurs déterminants de la violence des hommes à l'égard des femmes. L'Encadré 11 présente des actions fondées sur des données probantes qui ont permis de changer des normes sexistes nuisibles.

Loin de remettre en cause et de chercher à éradiquer les normes et pratiques qui violent les droits fondamentaux des femmes et des filles, certains gouvernements les enracinent, en imposant la conformité à ces stéréotypes et à normes discriminatoires sexistes qui érodent la dignité des personnes, en particulier en ce qui concerne les questions liées à la vie sexuelle et à la procréation. L'un des principaux moyens pour tenter d'apporter une réponse aux normes sexistes dans le domaine de la sexualité et la procréation (et simultanément améliorer les résultats en matière de santé), est une éducation sexuelle complète pour tous les adolescents et les jeunes (Encadré 12).

Les gouvernements ont l'obligation de « faire tout leur possible pour satisfaire les besoins des jeunes en matière de services, d'information et d'éducation touchant la santé procréative, en respectant pleinement leur vie privée et leur droit à la confidentialité, sans discrimination d'aucune sorte, et dispenser aux jeunes un enseignement sur la sexualité, la santé sexuelle et procréative, les droits de l'homme et l'égalité des sexes qui soit complet et fondé sur des faits scientifiques, afin de leur permettre de vivre leur sexualité de façon positive et responsable ». ¹⁰⁷ Il est urgent que les gouvernements tiennent cet engagement et s'assurent que les adolescents et les jeunes ont accès à une éducation sexuelle complète et fondée sur des données.

Certaines normes sexistes sont imposées par le biais de lois et de politiques qui imposent l'exigence du consentement d'un tiers (parents ou conjoints) en matière d'accès aux services (en particulier aux services relatifs à la santé sexuelle et procréative et aux droits y afférents), ou qui nient l'autonomie, le pouvoir et le choix des personnes. De nombreuses directives nationales accordent la primauté aux autorités religieuses et au droit traditionnel, au détriment des obligations en matière de droits de l'homme.

Par ailleurs, les convictions religieuses et morales de certains prestataires de soins de santé ont empêché l'accès à des interventions médicales essentielles, et même vitales dans certains cas. De telles hiérarchies d'influence sur les politiques et pratiques du secteur de la santé portent atteinte aux intérêts des femmes et des filles et entravent leur accès aux services de santé en tant qu'agents autonomes et disposant de droits à l'intimité, à la confidentialité et à la dignité. ¹⁰⁸

Certains groupes de femmes et d'adolescents sont particulièrement stigmatisés et redoutent les conséquences négatives que peuvent peser sur elles, si elles accèdent à des services de santé et à l'informations. Ces groupes comprennent notamment les femmes et les mères célibataires ; les migrants, les femmes et les filles des communautés minoritaires ; les professionnels du sexe ; les personnes vivant avec le VIH et les personnes LGBTI. Certains pays imposent des sanctions discriminatoires qui affectent ces populations stigmatisées, qui se traduisent par toute une série de violations des droits de l'homme : refus des services de santé, déni de la liberté d'association, harcèlement et violence à l'égard des personnes. ¹⁰⁹ Des efforts spécifiques doivent être déployés pour éliminer ces dispositions et faire

Encadré 11. Apporter une réponse aux normes sur la masculinité nuisibles et travailler avec les hommes et les garçons

Les preuves accumulées par près de deux décennies de recherches sur la masculinité et les programmes destinés aux hommes et aux garçons montrent que les attitudes des hommes et des garçons en matière de genre peuvent être modifiées par des programmes qui provoquent une réflexion critique sur l'ampleur des conséquences des préjugés sexistes sur la propre santé et le bien-être des hommes, la qualité de leurs relations intimes, ainsi que la santé et le bien-être de leurs partenaires. Les résultats de ces programmes suggèrent également que, pour s'assurer que les changements sur les normes et les comportements soient durables, les mesures visant à faire évoluer la notion de masculinité et les normes sexistes nuisibles doivent s'adresser non seulement aux hommes et aux garçons de manière individuelle et collective, mais également à l'ensemble des communautés.

- Il est important de reconnaître les rôles que jouent la classe sociale, l'appartenance ethnique et l'orientation sexuelle dans la structuration de la

notion de masculinité dans les différents groupes d'hommes et de garçons.

- Il est important de garantir les ressources et investissements nécessaires pour construire une somme plus solide d'éléments probants sur les stratégies les plus efficaces pour travailler avec les hommes et les garçons et favoriser des changements des normes et comportements des communautés qui soient durables et soutenus dans le temps.
- Les efforts déployés pour travailler avec les hommes et les garçons doivent être entrepris avec soin afin d'empêcher ou de minimiser toute réaction hostile à l'égard des femmes et des filles.

Les hommes et les garçons sont des alliés essentiels, de même que l'autonomisation des femmes et des filles joue un rôle clé dans la promotion de l'égalité entre les sexes. ¹⁰²

en sorte que les services de santé deviennent véritablement inclusifs et efficaces¹¹⁰

Les dispositions juridiques ou réglementaires qui entravent l'accès aux services dits « sensibles », tels que les services relatifs à la santé sexuelle et procréative, y compris l'éducation sexuelle complète, la planification familiale et l'avortement sans risque, doivent être examinées. Les normes sexistes, sociales et culturelles qui restreignent l'accès aux services de santé sexuelle et procréative constituent elles-mêmes des formes de discrimination. Imposer des mesures punitives et criminaliser les relations sexuelles entre adultes consentants du même sexe ou la transmission du VIH sont des violations des droits de l'homme, de même que dissuader les personnes d'accéder aux services de santé auxquels elles ont droit. Des cas de harcèlement et de menaces à l'encontre de personnes qui travaillent en faveur des droits et de la santé sexuelle et procréative ont été signalés

partout dans le monde, alors que ces personnes sont des défenseurs des droits de l'homme dont les propres droits doivent également être respectés.¹¹¹

Le système de santé le mieux conçu, disposant des ressources les plus adéquates et le plus favorable à la santé ne peut réussir à améliorer les vies des femmes et des filles que si les gouvernements tiennent leurs engagements politiques et juridiques d'assurer l'égalité entre les sexes et d'éliminer les normes sociales et culturelles nocives qui l'entravent. Pour que cet objectif soit atteint, il est essentiel que les dirigeants s'engagent de manière déterminée.

Encadré 12. Une éducation sexuelle complète

La Commission de la population et du développement des Nations Unies a régulièrement confirmé la responsabilité des gouvernements de fournir « aux jeunes une éducation complète sur la sexualité, la santé sexuelle et procréative, l'égalité des sexes et la manière d'aborder de façon positive et responsable leur sexualité ». ¹⁰³ Cependant, les programmes qui favorisent l'autonomisation des femmes, en particulier des adolescentes et des jeunes femmes, en les encourageant à connaître leurs corps et à exercer leurs droits, demeurent extrêmement rares. ¹⁰⁴ Selon des estimations des Nations Unies, la grande majorité des adolescents et des jeunes n'ont toujours pas accès à des services complets relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation et à



l'éducation sur la sexualité dont ils ont besoin pour avoir une vie saine. ¹⁰⁵ Des éléments probants ont montré que dispenser auprès des jeunes une éducation sexuelle complète – des informations fondées sur les droits et scientifiquement exactes sur la sexualité et la santé procréative adaptées à leur âge – est efficace en termes d'amélioration de la santé. L'absence répandue de ce type de mesures rend les jeunes vulnérables face aux situations de violence, aux abus, à l'exploitation, aux grossesses non désirées et aux maladies sexuellement transmises, telles que le VIH. ¹⁰⁶

RECOMMANDATION 4

Tous les États doivent mettre en œuvre des mesures juridiques, politiques et autres visant à contrôler et à lutter contre les normes sociales et culturelles sexistes et à éliminer les obstacles structurels et juridiques qui affaiblissent les droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents. Une attention doit être rapidement accordée à l'élaboration de cadres juridiques, politiques et autres, au niveau national, qui interdisent et sanctionnent de façon appropriée la violence sexiste, mettent un terme aux mutilations génitales féminines, ainsi qu'au mariage forcé, précoce et d'enfants et lèvent les obstacles à la réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative.



2.2 S'associer avec les gens



PERMETTRE AUX COMMUNAUTÉS ET AUX PERSONNES DE REVENDIQUER LEURS DROITS

Conformément au droit international des droits de l'homme, les États ont comme obligation principale de respecter, protéger et réaliser les droits de l'homme. Les programmes nationaux qui intègrent les droits à la santé et les autres droits de l'homme peuvent inspirer l'engagement politique et orienter les dirigeants vers l'accomplissement de ces obligations. Permettre aux communautés et aux personnes, et plus spécifiquement aux femmes, aux enfants et aux adolescents, de défendre leurs droits peut contribuer à motiver et inciter les autorités à prendre des mesures responsables : elles sont une précieuse force motrice du changement (voir les exemples présentés dans les encadrés 13 et 14). S'assurer que les personnes sont en mesure de prendre conscience de leurs droits et de les revendiquer peut donner une nouvelle impulsion à une solide mise en œuvre des politiques. Mais ceci exige de tourner le dos aux approches précédentes, ce qui implique : cesser de considérer les individus comme des « patients » ou comme de simples bénéficiaires passifs de la santé et les traiter comme des détenteurs de droits, des agents actifs de la santé, et capables d'apporter des contributions significatives.

Les femmes, les enfants et les adolescents offrent les ressources d'un changement social positif mais

qui dans de nombreux pays ont été très largement inexploitées. Une approche fondée sur les droits de l'homme peut leur permettre de s'épanouir et de devenir des acteurs puissants et influents, de contribuer à renforcer les progrès en matière de santé aux niveaux local, national international. L'autonomisation et l'inclusion des adolescents et des jeunes dans la planification et la prise de décision, en tant qu'agents du changement et futurs dirigeants, se traduira non seulement par des programmes de santé plus éclairés et plus réactifs, mais engendra également la confiance et la compréhension du public. Cependant, ces talents et potentiels ne pourront être exploités que si les dirigeants nationaux et communautaires donnent aux adolescents et aux jeunes davantage d'occasions de bénéficier d'une plus large participation sociale, économique et politique.

Pour maximiser le potentiel des femmes, des enfants et des adolescents en tant qu'acteurs d'un changement positif et durable, non seulement en ce qui concerne leur santé mais aussi les questions communautaires et sociétales, ils doivent être en mesure d'exercer leurs droits civils et politiques, par exemple concernant l'accès à des informations exactes, impartiales et pertinentes, et à la liberté d'association, d'expression et de

réunion. L'exercice de ces droits aura une incidence sur leur pouvoir décisionnel et sur leurs contributions en matière de santé, de dignité et de vie sociale. Les politiques et les pratiques qui prônent la désinformation, répandent des informations mensongères concernant les droits et la santé sexuelle et procréative (souvent le fruit de tabous sur les questions liées à l'intimité sexuelle et à la sexualité, en particulier à la sexualité des adolescents) et qui perpétuent des stéréotypes sexistes sont contraires aux obligations relevant des droits de l'homme et affectent gravement les résultats en matière de santé.

Renforcer les capacités des femmes, des enfants et des adolescents à participer efficacement doit être assorti d'efforts visant à s'assurer que l'environnement dans lequel ils évoluent soit également favorable à l'expression de leurs points de vue. Les femmes et les filles se voient privées de leur droit à s'exprimer lorsque les processus et politiques publics ne tiennent pas compte les réalités qu'elles vivent, telles que la charge disproportionnée que constituent les tâches domestiques et les responsabilités familiales qui reposent sur elles. Dans les pays où la discrimination à l'égard des femmes les écarte du débat public, ou que aucune considération ne leur est accordée dans la vie publique, des contre-mesures concrètes doivent être prises.

Le respect des droits des enfants, y compris des jeunes enfants, dans le contexte de leurs familles, communautés et sociétés, est fréquemment négligé ou même rejeté. Pour s'assurer de la participation des enfants, souvent privés d'occasions d'exercer leurs droits relatifs à leur santé et à leur propre vie, une attention particulière doit être accordée à cette question et des procédures spécifiques doivent être mises en

place, tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, leurs opinions et préférences, tenant compte de leur âge et de leur maturité.

Le droit international des droits de l'homme et les ODD exigent qu'une attention prioritaire soit accordée aux groupes vulnérables et marginalisés, notamment en créant des mécanismes efficaces pour veiller à leur participation aux décisions touchant à la santé. Les gouvernements ont un rôle à jouer pour s'assurer que ces mécanismes sont systématiquement mis en place.

Pour permettre aux personnes d'exiger leurs droits, leur participation doit aller au-delà d'une simple consultation : il est nécessaire que s'établisse un dialogue constant sur leurs préoccupations et leurs exigences entre les titulaires de droits et ceux à qui incombe la réalisation de ces droits. Pour que les politiques et les interventions répondent pleinement à leurs besoins et qu'elles soient conformes à leurs droits, elles doivent être conçues et contrôlées en partenariat avec les détenteurs de droits.

L'engagement soutenu auprès des personnes et des communautés n'est possible que lorsque les droits à la liberté d'expression, d'accès à l'information, d'association et de réunion pacifique sont respectés. La véritable participation exige également que des étapes pratiques soient franchies pour rendre les autorités responsables des engagements qu'elles ont pris, y compris grâce à des dispositions en matière de recours et de réparation lorsque les engagements n'ont pas été tenus.

Pour construire un environnement favorable à ceux qui défendent ardemment les droits de l'homme, une plus grande attention doit être accordée aux processus de gouvernance qui ont un impact sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Encadré 13. Les adolescents à l'avant-garde des appels

Alors qu'il n'avait que onze ans, et à peine un an avant son décès prématuré, Nkosi Johnson, né en 1988 d'une mère séropositive, a prononcé un discours puissant lors de la cérémonie d'ouverture de la 13^{ème} Conférence internationale sur le sida, à Durban, en Afrique du Sud. Il a demandé que cesse la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida, à une époque où ceux qui soit soupçonnés d'être porteurs du virus sont souvent bannis par leurs familles et chassés par leurs communautés. Il a exhorté son gouvernement à

fournir aux mères séropositives des médicaments réduisant le risque de transmission du virus pendant l'accouchement. Nkosi a terminé son discours marquant par les phrases suivantes : « Prenez soin de nous et acceptez-nous – nous sommes tous des êtres humains. Nous sommes normaux. Nous avons des mains. Nous avons des pieds. Nous pouvons marcher, nous pouvons parler, nous avons des besoins comme tout le monde – n'ayez pas peur de nous – nous sommes tous pareils ! »¹¹²

Encadré 14. Les enfants participent à un événement des Nations Unies

En 2016, lors de la Journée de débat général du Comité des Nations Unies des droits de l'enfant, 113 des représentants d'enfants et de



jeunes de Colombie, d'Inde, des Samoa et de Zambie ont présenté leur analyse sur les effets de la dégradation de l'environnement et de la pollution sur les droits de l'enfant, y compris les droits à la vie, à la survie, au développement et à la santé. Ils ont fait état de leurs activités au sein de leurs communautés pour favoriser le changement, notamment par le biais de l'éducation par les pairs, du partage des informations et de la sensibilisation, de leur participation à la modification des programmes scolaires, etc. Ils ont exprimé des demandes concrètes à leurs parents, communautés, gouvernements et au Comité des droits de l'enfant afin qu'ils exercent leurs droits.

Afin de permettre une participation significative des parties prenantes, une gouvernance fondée sur les droits de l'homme doit s'appuyer sur la transparence. Pour soutenir les revendications légitimes des droits à la santé et par la santé, les efforts en faveur de la participation doivent également tendre la main aux secteurs favorables à la santé (éducation, finance, infrastructures, affaires relatives aux femmes et aux enfants, environnement, etc.) et inclure la représentation de divers intérêts (ne se limitant pas aux experts et responsables techniques) en impliquant la société civile, les partenaires du développement, le secteur privé, etc.

Lorsque ces éléments collaboratifs sont en place, un processus plus délibératif est possible et peut modifier la manière dont les problèmes sont identifiés, et permet également d'approfondir l'analyse, de renforcer la définition des priorités et d'élaborer des interventions plus efficaces. Cette approche crée de nouvelles opportunités pour « repousser les limites »¹¹⁴ en faveur de la santé et des droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents. Ceux qui ont l'expérience de favoriser l'engagement de multiples parties pre-

nantes indiquent que de telles initiatives forgent également la compréhension mutuelle. L'écoute et la participation de voix diverses pousse les parties prenantes « à ne pas se borner à des considérations purement biomédicales dans la lutte contre les inégalités et les causes profondes des entraves à la santé sexuelle, procréative, maternelle et infantile ».¹¹⁵ Lorsque différentes parties prenantes travaillent ensemble, la solidarité s'instaure entre elles, ce qui est extrêmement précieux pour réduire les écarts entre les intentions des politiques et l'acceptation des politiques.

Les efforts entrepris en matière de coopération et collaboration entre divers domaines de compétence renforcent également l'idée que chacun d'entre nous, où qu'il soit, a un rôle à jouer dans la défense des droits de l'homme à la santé et par la santé. Bien que les ministères de la santé des États assument la responsabilité principale, la santé et les droits de l'homme ne peuvent pas seulement reposer sur leurs épaules. Les parlementaires, les systèmes judiciaires, les médias, le secteur privé et, surtout, chaque personne – notamment les femmes, les enfants et les adolescents – doivent pouvoir s'engager et faire leur part.

RECOMMANDATION 5

Tous les États doivent prendre des mesures concrètes (par exemple, par le biais de campagnes de sensibilisation et d'actions de proximité), pour mieux permettre aux personnes (en particulier les femmes, les enfants et les adolescents), aux communautés et à la société civile de faire valoir leurs droits, de participer aux prises de décisions liées à la santé, et d'obtenir réparation dans les cas de violation des droits liés à la santé.



AUTONOMISER ET PROTÉGER CEUX QUI DÉFENDENT LES DROITS

En dépit de leurs contributions inestimables à la santé et aux droits de l'homme, de nombreuses personnes qui défendent et encouragent les droits liés à la santé subissent des représailles.

Ces défenseurs des droits de l'homme peuvent faire l'objet d'intimidations et d'attaques publiques, être discrédité par des représentants publics, leurs organisations peuvent voir leurs fonds coupés ; certains ont même été assassinés. Celles et ceux qui travaillent dans les domaines de l'égalité des sexes, de la sexualité, de la santé sexuelle et procréative, les risques sont plus élevés.

Les gouvernements observeront que le potentiel transformateur d'un programme intégré de santé et de défense des droits de l'homme ne peut être maximisé que s'il existe également un environnement sûr, qui garantit la possibilité de promouvoir, défendre et exercer ces droits, de manière pacifique et à l'abri des représailles.

Les gouvernements doivent reconnaître, en particulier, le rôle crucial des professionnels de la

santé dans les approches globales fondées sur les droits de l'homme.

Alors qu'ils bénéficient du contact le plus direct avec les usagers du système de santé, les médecins n'ont pas ou peu d'incidence sur les processus de planification à grande échelle en matière de santé publique. Par voie de conséquence, des fournisseurs de services situés en première ligne et des personnes en charge des services de santé ne peuvent pas transmettre à leur hiérarchie les informations indispensables à l'amélioration des processus de planification, telles que les plaintes de patients concernant le traitement qui leur a été administré, les informations concernant les ruptures de stocks de produits vitaux ou les besoins communautaires non satisfaits.

Les professionnels de la santé jouent également un rôle essentiel dans les processus d'enregistrement des naissances auprès des administrations publiques. L'enregistrement des naissances est le fondement de la personnalité juridique duquel dépendent l'exercice des droits et leur reconnaissance officielle. La collecte, l'analyse et

la publication des données relatives aux causes de décès, notamment concernant la mortalité maternelle et infantile sont indispensables pour la planification et pour fournir des services de santé responsables et de qualité.

Bien que la plupart des professionnels de la santé soient des défenseurs et des facilitateurs des droits de l'homme, certains ont été activement impliqués dans des violations du droit à la santé et des droits de l'homme. Par exemple, des professionnels de la santé se sont livrés à des pratiques discriminatoires contraires aux principes généraux des droits de l'homme (par exemple, en utilisant des menottes ou d'autres moyens coercitifs pour restreindre la mobilité des patients présentant des troubles mentaux ;

Encadré 15. Rôle des associations professionnelles

La Société des sages-femmes d'Afrique du Sud utilise le Guide technique du HCDH sur l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables.¹¹⁶ Cela s'inscrit dans le cadre de ses efforts visant à renforcer les capacités des sages-femmes à appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme et à promouvoir le rôle spécial des sages-femmes, distinct de celui des infirmières généralistes, en matière de santé sexuelle et procréative, y compris en matière de formation, enregistrement et gestion. La Société a élaboré un *Manuel pour formateurs sur l'application des approches fondées sur les droits de l'homme au travail des sages-femmes*, qui s'inspire du Guide technique du HCDH et le contextualise. Elle a organisé des ateliers visant à responsabiliser ses membres administrateurs et éducateurs stratégiques afin qu'ils présentent ce travail dans leurs établissements de formation respectifs, et a mené des activités de plaidoyer sur le métier de sage-femme. Pour le moment, le manuel a été utilisé par une trentaine de sages-femmes, dans le cadre de cours pilotes dispensés par des éducateurs formés. Les ateliers et les cours de formation ont également contribué à perfectionner les activités de plaidoyer, ont facilité la collaboration avec le Département national de la santé et le ministère de la santé, et ont conduit à la reconnaissance explicite et indépendante des sages-femmes dans la Loi sud-africaine sur les infirmières et les sages-femmes (2015).

en procédant à des interventions pour « ajuster le sexe » d'enfants intersexués, ou en faisant des remarques désobligeantes à des femmes pendant l'accouchement).

Inversement, des professionnels de la santé peuvent eux aussi être victimes de violations des droits de l'homme sur leur lieu de travail (par exemple, des actes de violence à l'encontre de gynécologues fournissant des services d'avortement légaux, ou des conditions de travail insuffisamment sûres ou hygiéniques) contre les lesquelles ils ont besoin et ont le droit de se protéger.

Pour responsabiliser les professionnels de la santé en tant que défenseurs des droits de l'homme, il faut que leur formation inclue des informations sur les normes relatives aux droits de l'homme et des conseils techniques sur ce que cela signifie en termes de politique de santé et de pratique clinique ; que l'ensemble de leurs conditions de travail soient mises en conformité avec les normes relatives aux droits de l'homme ; et que leur participation soit encouragée afin de favoriser un dialogue plus constructif entre les prestataires de services, les responsables d'établissements, les prestataires au niveau des communautés, les référents et surtout, les usagers des services.

Voici quelques exemples de la façon dont les groupes de parties prenantes peuvent défendre les droits à la santé et par la santé :

- Les responsables des politiques de santé doivent s'assurer que la planification de la santé repose sur une solide analyse de la situation qui identifie les principales difficultés à surmonter dans le domaine des droits de l'homme et auxquelles sont confrontées les femmes, les enfants et les adolescents pour ce qui est de leur santé et de leur bien-être.
- Les parlementaires doivent examiner et abroger les lois discriminatoires et s'assurer que les affectations budgétaires sont conformes aux priorités identifiées en matière de droits de l'homme et de la santé.
- Les systèmes judiciaires doivent utiliser les opportunités que constituent les affaires dans lesquelles les droits de l'homme et la santé sont en question, non seulement pour exiger que les victimes obtiennent des réparations, mais aussi pour contester les lacunes à caractère systémique.

Encadré 16. La société civile en tant que défenseur du droit à la santé

En Ouganda, la société civile - sous la houlette du Centre pour la Santé, les droits de l'homme et le développement (CEHURD)¹¹⁷ - a engagé des actions en justice stratégiques portant sur la défense de la santé maternelle en tant que droit de l'homme. Par exemple, en 2012, le CEHURD a porté plainte contre le gouvernement local du district de Nakaseke parce qu'il n'avait pas rempli ses obligations lui imposant de superviser les installations de santé, ce qui avait conduit au décès par négligence d'une femme pendant un accouchement. La femme avait besoin d'une césarienne mais le médecin n'avait pas fait le nécessaire. Le tribunal a considéré que l'accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence est un droit au regard de la loi. Bien que cette disposition ne soit pas reconnue dans la constitution, elle a créé un précédent important en Ouganda.

Le CEHURD travaille également avec des partenaires afin de renforcer les capacités des personnes

en charge de la formation des professionnels de la santé et des membres du personnel technique sur les approches fondées sur les droits de l'homme (HRBA) appliquées à la santé sexuelle et procréative, en prêtant une attention particulière à la santé maternelle. Par exemple, les efforts en matière de formation de l'hôpital de Naguru ont été enrichis par les résultats d'une évaluation, fondée sur les droits de l'homme, effectuée dans les services de santé maternelle de l'hôpital. S'inspirant des leçons tirées à Naguru, en avril 2017, le ministère de la Santé et ses partenaires ont proposé qu'une équipe spéciale chargée des HRBA conduise des évaluations des besoins similaires dans un échantillon de centres de santé, dont les résultats devraient alimenter les contenus des formations des professionnels de la santé sur les approches fondées sur les droits de l'homme, lesquelles seraient adaptées en fonction des écarts de identifiés en matière de connaissances et capacités.

- Les médias doivent contribuer à sensibiliser le grand public aux droits de l'homme et au droit à la santé, bannir les stéréotypes sexistes et s'attacher aux normes et pratiques sociales nuisibles.
- Les associations professionnelles doivent mieux soutenir et défendre les défenseurs des

droits. Elles doivent faire appliquer des codes de déontologie professionnels fondés sur les droits. L'Encadré 15 présente comment la Société des sages-femmes d'Afrique du Sud applique une approche fondée sur les droits de l'homme dans le domaine de la formation et la réglementation des sages-femmes.



RECOMMANDATION 6

Tous les États doivent prendre des mesures concrètes pour aider, soutenir et protéger les défenseurs des droits de l'homme, et les personnalités et coalitions qui défendent les droits de l'homme à la santé et par la santé.



ASSURER L'ÉTABLISSEMENT DES RESPONSABILITÉS ENVERS LES PERSONNES ET POUR LES PERSONNES

Le principe de responsabilité est un principe clé des ODD et de la *Stratégie mondiale*. C'est également le pilier central de toute approche de la santé fondée sur les droits de l'homme : sans le principe de responsabilité, les droits de l'homme ne seraient rien de plus que de la poudre aux yeux.

Renforcer la responsabilité et en faire un pilier central de la bonne gouvernance et de l'exécution des obligations de ceux à qui elles incombent permet de saisir d'importantes occasions de réaliser les droits de l'homme et de la santé. L'État a l'ultime responsabilité de réaliser le droit à la santé, en tant qu'obligation juridiquement contraignante. Du point de vue des droits de l'homme, cette responsabilité exige de multiples formes de suivi, notamment des études sur les plans administratifs, sociaux, politiques et juridiques.¹¹⁸

Toute personne ou groupe dont les droits liés à la santé sont violés doit avoir accès à des recours judiciaires, entre autres, qui soient efficaces, tant au niveau national qu'international. Toutes les victimes ont droit à des réparations adéquates, sous la forme de restitutions, indemnités, satisfaction des besoins ou garanties de non répétition. Sur le plan national, les institutions nationales des droits de l'homme, tels que les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des droits des patients et autres institutions similaires doivent être impliquées dans ces processus.¹¹⁹

Le principe de responsabilité exige également que soient clairement exposées les conséquences des violations perpétrées dans le contexte des services de santé, notamment la violence sexiste.

La complicité des systèmes de santé en matière de violations est un problème qui doit être abordé, notamment en ce qui concerne le rôle des professionnels de la santé, qui peuvent être non seulement les auteurs mais aussi les victimes de violations des droits de l'homme.

De récentes études menées sur les efforts déployés en matière de justice et responsabilisation, en faveur des femmes, des enfants et des adolescents,¹²⁰ ont identifié des initiatives nationales et infranationales, menées dans les domaines de la justice et auprès des mécanismes des droits de l'homme,¹²¹ concernant le principe de responsabilité et de justice sociale prise en charge par les citoyens,¹²² et au moyen d'activités ciblant les processus internes et règlements des systèmes de santé. Des progrès spécifiques ont été réalisés lorsque l'accent avait été mis sur l'application des réglementations, normes et pratiques.

Il convient de souligner que les avantages que procure le principe de responsabilité sociale – grâce à la participation active des citoyens dans le contrôle des prestations de services – sont de plus en plus nombreux. Il a été démontré que les approches fondées sur le principe de responsabilité sociale impliquant la participation de la communauté au

contrôle du système de santé font augmenter la réactivité des prestataires face aux communautés dont ils s'occupent. Elles ont également renforcé les connaissances des communautés et leur sensibilisation à leurs droits à des soins de santé de qualité et à un traitement respectueux dans les établissements de santé. Les approches fondées sur le principe de responsabilité sociale peuvent construire des ponts entre les communautés et ceux les preneurs de décisions, notamment en matière de services de santé, et rapprocher l'ensemble des parties prenantes afin d'éliminer les obstacles à la prestation des services.¹²³

Les exemples de responsabilité sociale les plus prometteurs au sein des systèmes de santé prêtent non seulement attention aux points de vue des patients et des communautés, mais veillent également à stimuler la capacité institutionnelle à réagir, un défi qui peut s'avérer difficile à relever au sein des systèmes de santé, lesquels sont déjà faibles et manquent de ressources. Néanmoins, les mécanismes de responsabilité sociale qui n'ont pas les ressources suffisantes, et dont les objectifs sont trop étroits et limités dans le temps, peuvent avoir des effets pervers inattendus : ils peuvent résoudre des problèmes immédiats, mais également engendrer de

nouvelles formes de corruption ou de malversations (la pression sur un point peut provoquer une déformation à un autre endroit).¹²⁴

Cependant, la participation des communautés et des professionnels de la santé aux processus de responsabilisation, lorsqu'ils comptent sur les ressources nécessaires et sure le soutien des acteurs des systèmes de santé, peut créer des liens de confiance et de respect, et promouvoir des améliorations dans la qualité et la satisfaction des usagers des services.¹²⁵

Globalement, il reste encore beaucoup à faire pour parvenir à un cadre de responsabilisation solide. La première étape nécessaire consiste à incorporer et à mettre en œuvre des systèmes, dans le cadre de la planification et de la prestation des services de santé, visant à une responsabilisation, axée sur les besoins et les droits des personnes, qui vise la mise en place de politiques de santé de meilleure qualité et favorise des meilleurs résultats en matière de santé, qui soient non discriminatoires et plus équitables.

La capacité des professionnels de la santé à incorporer le principe de responsabilisation dans leurs propres pratiques, par exemple en incluant ces

Figure 1. Le cadre de responsabilité unifié de la Stratégie mondiale



Encadré 17. Recours disponibles : exemples dans deux pays¹²⁸

En Finlande, le *Médiateur (Ombudsman) parlementaire* reçoit un nombre croissant de plaintes relatives au droit à la santé, et en particulier au droit aux soins de santé (garanti par la Constitution). En 2005, le Médiateur a examiné plusieurs plaintes dénonçant le manque de disponibilité de services de santé adéquats et d'accès à des traitements de qualité et la manière dont les patients étaient traités. Le Médiateur a consulté le Conseil national des affaires médico-légales avant de statuer sur ces plaintes.

Au Mexique, la *Commission nationale des droits de l'homme* s'occupe de plus en plus de plaintes rela-

tives au droit à la santé, en particulier concernant des cas où des personnes se sont vues refuser des services de santé publique, des situations où la prestation de services de santé publique est inadéquate, et des cas de négligence médicale.

En 2004, la Commission a publié une recommandation générale destinée aux ministres, au niveau national et des districts, concernés sur les droits de l'homme des personnes privées de liberté ayant des handicaps psychosociaux. La recommandation s'est appuyée sur une enquête et des visites effectuées dans des centres de détention à travers le pays afin d'examiner si ceux-ci respectaient les normes en matière de droits de l'homme.

questions dans les programmes élaborés pour leurs cours et formations continues, doit également être renforcée.

Les analyses de suivi sur la mortalité maternelle illustrent un bon exemple concernant le renforcement du principe de responsabilisation dans le but d'obtenir de meilleurs résultats cliniques dans ce domaine. En effet, ces examens sont déclenchés par la notification d'un cas de mortalité maternelle dans un établissement de santé, et comprennent un examen des causes du décès visant à identifier les points faibles du système de santé responsable du décès, dans le but de prendre les mesures correctives pertinentes.

Cet exemple permet d'identifier qui est responsable, quelles sont les normes applicables et quels sont les mécanismes de recours.

Le Cadre de responsabilité unifié (CRU) de la *Stratégie mondiale* est un atout majeur du principe de responsabilisation en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Le CRU fournit un cadre harmonisé, impliquant de multiples parties prenantes, concernant les niveaux local,

régional, national et international (chacun d'entre eux devant rendre compte à l'autre) et ayant pour but de garantir le principe de responsabilité envers les femmes, les enfants et les adolescents.

Jusqu'à présent, les efforts ont principalement porté sur les détails techniques de l'opérationnalisation du CRU (par exemple, convenir d'un ensemble d'indicateurs de suivi¹²⁶). Sur cette base, les droits de l'homme doivent désormais être placés au centre des efforts : il faut à présent remplacer une approche technocratique à une approche centrée sur la nécessité de rendre compte des progrès (ou de leur absence) aux personnes que le Cadre est censé servir, en particulier à celles qui ont été laissées de côté, c'est-à-dire les plus désavantagées et marginalisées.

Bien que le CRU soit fermement ancré dans les mécanismes existants, le Panel indépendant sur la responsabilité n'a été créé qu'en 2016. Il a pour mission d'examiner en toute indépendance la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale*, et de faire des recommandations pour accélérer cette mise en œuvre. Dans son premier rapport,¹²⁷ le Panel indépendant sur la responsabilité a pris la bonne

RECOMMANDATION 7

Tous les États doivent s'assurer que les mécanismes de responsabilisation (par exemple, les tribunaux, le contrôle parlementaire, les organismes responsables des droits des patients, les institutions nationales des droits de l'homme, et les examens du secteur de la santé) disposent des mandats et ressources appropriés pour faire respecter les droits de l'homme à la santé et par la santé. Les États doivent régulièrement et publiquement faire état de leurs conclusions. Des conseils techniques leur seront donnés par l'OMS et le HCDH pour les aider à s'acquitter de cette tâche.



initiative d'ajouter aux fonctions de suivi, d'examen et d'action du CRU, la fonction du « recours », comme présentées dans la Figure 1.

Le Groupe de travail de haut niveau souligne, à l'instar du Panel indépendant sur la responsabilité, que les recours pour abus et violations des droits de l'homme et de la santé sont importants pour s'assurer que des mesures correctives et

préventives soient élaborées à tous les niveaux, et pour identifier les problèmes critiques en matière de responsabilité qui doivent être adressés au travers de politiques et de plus d'investissements. L'Encadré 17 présente deux exemples de pays qui ont créé des commissions des droits de l'homme nationales ou d'autres institutions indépendantes chargées de traiter les plaintes relatives au droit à la santé.

2.3 renforcer les données et la responsabilité du secteur public



RECUEILLIR DES DONNÉES QUI TIENNENT COMPTE DES DROITS

Les analyses montrent à quel point il est important de recueillir et d'analyser des données de qualité afin de surveiller plus efficacement les progrès réalisés en matière de droits de l'homme et de la santé.^{129,130} Tout au long des processus de collecte, d'analyse, de diffusion et d'utilisation de ces données, les droits de l'homme doivent être respectés.

Les principes fondamentaux de l'auto-identification, de la participation et de la non-discrimination, ainsi que de la protection des données (notamment la protection de la vie privée et de la confidentialité) sont essentiels pour assurer l'intégrité des mesures statistiques visant à surveiller les droits à la santé et par la santé, pour lesquelles les indicateurs structurels, de processus et de résultat, sont importants.¹³¹

Néanmoins, dans de nombreux pays, les systèmes d'information sur la santé et les mécanismes qui

leur sont associés ne disposent pas de ressources suffisantes et ne sont pas mis en œuvre de façon appropriée, ce qui rend impossible l'évaluation du statut sanitaire de sous-groupes de population, l'analyse du respect, de la promotion ou des violations des droits de l'homme et de la façon dont de telles situations contribuent plus généralement aux résultats en matière de santé et de droits de l'homme.¹³²

Investir dans des *Systèmes d'information* sur la santé qui prennent en compte la dimension des droits de l'homme est essentiel. Même lorsque les ressources sont limitées, cet investissement peut produire des dividendes en favorisant une politique de santé efficace, performante et équitable. Ces systèmes exigent le recueil de données qui vont au-delà de celles qui sont spécifiquement focalisées sur la santé, notamment sur le genre, la situation économique, le niveau d'éducation et le lieu de résidence, afin de révéler les multiples facettes de l'inégalité. Les systèmes doivent

permettre l'analyse des impacts des facteurs qui ne sont pas liés à la santé, notamment les affectations budgétaires, les lois discriminatoires, les lois criminalisant certains services et les programmes scolaires qui n'incluent pas une éducation sexuelle complète. Il faut assurer des financements spécifiquement consacrés aux connaissances techniques, aux compétences analytiques et aux bonnes pratiques afin de s'assurer que les analyses de données tiennent compte des droits de l'homme.

Les données ventilées sont essentielles pour faire le suivi des liens existants entre la santé et les droits de l'homme. La *Stratégie mondiale* met l'accent sur cette nécessité : « La collecte de données ventilées par sexe et d'indicateurs sensibles à la dimension fondée sur le genre est essentielle à la surveillance et à l'évaluation des politiques et programmes de santé ». ¹³³ Il est nécessaire de disposer urgemment de données mieux ventilées pour comprendre et traiter les inégalités et promouvoir les droits de l'homme par-delà des considérations du genre, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle ou la façon de l'exprimer, notamment des personnes dont les identités sexuelles et les façons de les exprimer sont diverses ou des personnes transgenres.

Des données complètes sur l'état de santé des enfants ne sont pas encore recueillies. Les données sur la santé des adolescents sont fragmentaires. Peu de données, voire aucune, sont collectées sur la santé sexuelle et procréative des jeunes adolescents ; pourtant, le déclenchement de la puberté peut être précoce, en particulier parmi les filles, et de nombreuses femmes disent avoir eu un premier rapport sexuel avant leur quinzième anniver-

saire. En Asie, en Afrique du Nord et dans quelques pays francophones de l'Afrique subsaharienne, les femmes non mariées sont soit exclues des enquêtes sur la santé et la fertilité, mais, quand elles sont incluses, elles ne sont pas interrogées sur les questions relatives à leur vie sexuelle, l'utilisation de moyens contraceptifs et d'autres questions liées à une fécondité souhaitée. Cependant, les études menées dans ces régions montrent que certaines femmes jeunes, non mariées, ont des relations sexuelles et qu'elles ont besoin de services en matière de santé sexuelle et procréative. Les enquêtes nationales sur la santé et la fertilité, qui s'appuient sur des échantillons de ménages, omettent souvent d'interroger les adolescents dans des situations vulnérables, tels que les réfugiés et ceux qui vivent dans la rue. ¹³⁴

Des données ventilées sont également nécessaires pour obtenir des données de base plus robustes, en particulier sur les liens entre les inégalités fondées sur le de genre et celles liées à l'accès au système de santé. ¹³⁵

S'appuyer uniquement sur des indicateurs quantitatifs n'est pas suffisant pour intégrer une perspective fondée sur les droits de l'homme. Les *données qualitatives* contribuent à une compréhension plus complète des données de base ainsi que de l'impact des interventions et des résultats en matière de santé. Une compréhension des expériences qualitatives et des contextes politiques est essentielle pour déterminer dans quelle mesure les droits de l'homme sont exercés ou niés.

Par ailleurs, des indicateurs purement quantitatifs peuvent être instrumentalisés en faveur de politiques qui nient les droits de l'homme. Par exemple, des politiques qui ont pour objet d'améliorer des taux de prévalence de la contraception, qui nient le principe du consentement préalable et éclairé ou qui refusent de donner aux femmes et aux filles l'autonomie nécessaire pour faire leur choix entre différentes formes de contraceptifs modernes, peuvent aboutir à des situations de contrainte et à des violations des droits de l'homme, telles que la stérilisation forcée.



Les méthodologies de documentation et de surveillance des droits de l'homme, en particulier la documentation et le recueil des données effectués au niveau des communautés, ainsi que les autres formes de participation significative de la société civile, sont également des outils cruciaux et complémentaires qui permettent de mieux comprendre si les États remplissent leurs obligations relatives aux droits de l'homme liées à la santé.

Il est désormais clairement établi que les approches fondées sur les droits de l'homme contribuent à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Des données sont encore nécessaires sur l'impact des interventions fondées sur les droits de l'homme sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents afin de s'assurer que les programmes et politiques de santé s'appuyant sur des éléments probants reflètent les normes relatives aux droits de l'homme.¹³⁶

Des actions urgentes sont également nécessaires pour augmenter les capacités nationales, notamment dans les organisations de la société civile, et créer les données nécessaires, en matière de responsabilisation, aux niveaux local, national, régional et mondial. Dans une ère où les progrès technologiques sont rapides, l'absence de données de qualité plus complètes permettant de soutenir les droits à la santé et par la santé est inacceptable. Les actions concrètes nécessaires comprennent notamment :¹³⁷

- veiller au respect des principes d'auto-identification, de participation, de non-discrimination et de protection des données lors de la collecte, de l'analyse, de la diffusion ou de l'utilisation des données ;
- établir des mécanismes de gouvernance dans le cadre desquels tous les utilisateurs, effectifs ou potentiels, de données, notamment les parlementaires ainsi que les jeunes hommes et femmes, participent activement ;
- intégrer stratégiquement des données quantitatives, qualitatives ou relatives aux politiques afin d'établir



des rapports plus complets et plus inclusifs sur l'accès des personnes aux systèmes de santé et sur leurs expériences dans ce domaine ;

- assurer une collecte et une analyse complète des données, ventilées par sexe, âge, handicap, appartenance ethnique, situation économique et autre, qui soient pertinentes au plan national, afin de mieux identifier les femmes, les enfants et les adolescents victimes de discriminations dans l'exercice de leurs droits à la santé et par la santé ;
- investir dans la recherche sur la mise en œuvre afin de ces interventions, afin de s'assurer que des données et des preuves de bonne qualité sont disponibles sur ces questions ; et
- collecter et analyser les données relatives aux indicateurs qui mesurent les structures, processus et résultats afin de permettre la réalisation d'évaluations fondées sur des données probantes sur les progrès par rapport aux engagements, favorables à l'action et aux résultats.

RECOMMANDATION 8

Tous les États doivent prendre des mesures concrètes pour renforcer les données relatives aux droits de l'homme à la santé et par la santé, en particulier en ce qui concerne les femmes, les enfants et les adolescents, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Ces données doivent pouvoir être ventilées pour rendre visible les formes de discrimination prohibées par le droit international, en accordant une attention particulière aux formes de discrimination que les méthodologies de données actuelles rendent invisibles.



DES RAPPORTS SYSTÉMATIQUES SUR LA SANTÉ ET LES DROITS DE L'HOMME

Les États sont tenus de faire régulièrement rapport sur la situation des droits de l'homme dans leur pays aux organes internationaux de surveillance des droits de l'homme, notamment grâce à l'examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme, ainsi qu'aux organes de surveillance des traités que les États ont ratifiés et aux instances de l'ONU chargées de contrôler l'application des traités. Les observations, interprétations et recommandations qui émanent de ces différents organes de surveillance des droits de l'homme ont d'une part renforcé le principe de responsabilité et d'autre part clarifié la nature et l'étendue des obligations incombant aux États en matière de droits de l'homme.

Les États doivent par ailleurs prendre des mesures concrètes pour prendre en compte les informations sur les progrès réalisés, ainsi que sur toutes les lacunes, lesquelles peuvent être utilisées par différents acteurs pour améliorer le respect des droits de l'homme, aux niveaux local et national. Cependant, le Groupe de travail de haut-niveau note avec préoccupation que les États ont souvent négligé la santé et les droits des femmes, des enfants et des adolescents dans leurs rapports et la mise en œuvre des recommandations. Ceci doit être rectifié.

Le suivi de la mise en œuvre de ces mesures ne peut être efficace que si les rapports sur lesquels elle se base sont solides. Par « suivi », dans ce contexte signifie « fournir des informations importantes et actualisées sur qu'est-ce qu'il se passe, où, pour qui (résultats), combien est dépensé, où, pour quoi et pour qui (ressources) ».¹³⁸ Les approches fondées sur les droits de l'homme exigent un suivi holistique de la santé des femmes, des enfants et des adolescents aux niveaux national et infranational, notamment le suivi des facteurs sous-jacents et liés aux droits de l'homme qui sont déterminent sur l'état de santé, les handicaps et les décès évitables. Comme indiqué précédemment, les causes sous-jacents déterminant l'exercice des droits de l'homme sont la pauvreté, les inégalités fondées de genre (qui se manifestent dans les lois, politiques et pratiques discriminatoires) et la marginalisation (fondée sur l'âge, l'appartenance ethnique, la caste, l'origine nationale, le statut au regard de la législation sur l'immigration, le handicap ou d'autres motifs) ; tous ces exemples sont des violations des droits de l'homme.

Pour renforcer la valeur et l'utilité du suivi des droits à la santé et par la santé, le Groupe de travail de haut niveau demande instamment que, en plus des indicateurs qui doivent être utilisés pour

surveiller les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale* comme convenu en 2016, 139 des rapports supplémentaires, sur mesure, soient soumis à l'Assemblée mondiale de la santé et à l'examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme. Plus spécifiquement, nous exhortons les États à faire rapport sur les mesures qu'ils ont prises, les politiques qu'ils ont adoptées et les ressources qu'ils ont affectées pour :

- identifier systématiquement les points de référence nécessaires pour ceux qui sont actuellement laissés de côté, notamment grâce à des données ventilées sur tous les motifs de discrimination, et construire des stratégies nationales et plans d'action adaptés de façon à ce que soient respectés les droits à la santé et par la santé ;
- réduire l'inégalité entre les sexes, éliminer la discrimination sexiste dans le droit et dans la pratique et tenter d'apporter des solutions à la maltraitance des enfants et à la violence sexiste ;
- identifier et tenter de remédier aux politiques et pratiques discriminatoires auxquelles les femmes, les enfants et les adolescents sont confrontés dans leur accès et utilisation des services de santé ;
- renforcer les connaissances, les capacités et les compétences des professionnels de la santé afin que soient respectés les droits fondamentaux et la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;
- sensibiliser les femmes, les enfants et les adolescents à leur santé et à leurs droits fondamentaux, et investir dans leurs capacités à revendiquer et à exercer leurs droits ;
- assurer la participation significatives des femmes, des enfants et des adolescents dans la collecte des données, les processus décisionnels, la mise en œuvre et le suivi en matière de santé ; et

- faciliter l'accès des femmes, des enfants et des adolescents à la justice et aux voies de recours dans les cas de violation de leurs droits liés à la santé et dans le contexte des systèmes de santé.

Le Groupe de travail de haut niveau note également que la mission basée sur le principe de responsabilité prévue dans la *Stratégie mondiale* a encore été renforcée en mai 2016, lorsqu'une l'Assemblée mondiale de la santé sur la *Stratégie mondiale* a appelé les États à « renforcer le principe de responsabilité et le suivi à tous les niveaux » et a demandé au Directeur général de l'OMS de « faire régulièrement rapport sur les progrès accomplis en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ».140 Les États membres commenceront à faire rapport à l'Assemblée mondiale en 2017.

Par ailleurs, sur la base des contributions apportées par les États membres et d'autres, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant implique la production d'un rapport annuel sur le suivi des progrès. Ce document analysera les engagements, dépenses, résultats, processus et questions émergentes liés à la mise en œuvre et à l'impact de la *Stratégie mondiale*, et sera utilisé pour mettre les États membres et les partenaires devant leurs responsabilités face à leurs engagements en matière de droits de l'homme pris dans la *Stratégie mondiale*. Il enrichira le rapport annuel du Panel indépendant sur la responsabilité ainsi que le Forum politique de haut-niveau pour le développement durable, qui sont les mécanismes de suivi de la mise en œuvre de l'Agenda 2030.

Le Groupe de travail de haut-niveau considère qu'il est fondamental que ces documents incluent des rapports systématiques sur les aspects touchant les droits de l'homme, notamment en ce qui concerne les mesures prises en faveur de la mise en œuvre des recommandations du présent rapport.

RECOMMANDATION 9

Tous les États doivent présenter des rapports publics sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations du présent rapport lors de l'Assemblée mondiale de la santé, dans les examens périodiques universels du Conseil des droits de l'homme et dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. L'OMS et le HCDH offrent des conseils techniques pour les aider à s'acquitter de cette tâche.



Les droits de l'homme à la santé et par la santé c'est maintenant

Les problèmes abordés dans le présent rapport sont extrêmement pertinents dans tous les pays et dans toutes les régions du monde, notamment en raison des nouvelles menaces qui ont commencé à peser sur des progrès réalisés précédemment en matière de respect des droits des femmes, des enfants et des adolescents, notamment en ce qui concerne leur autonomie personnelle.

Le Groupe de travail de haut-niveau est convaincu que les dirigeants doivent s'engager de toute urgence en faveur d'une action collective visant à protéger le plein exercice des droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents, notamment en ce qui concerne leur accès à des informations complètes, leurs droits à prendre des

décisions de façon autonome, dans des conditions adaptées à leur âge, et leurs droits aux services nécessaires à leur santé mentale, sexuelle et procréative, y compris l'accès à des avortement sans risques.

Alors que l'Agenda 2030, notamment la *Stratégie mondiale*, est en cours de réalisation, le Groupe de travail de haut-niveau exhorte les gouvernements nationaux, les parlements ainsi que les représentants des communautés et de la société civile à participer activement à ces efforts. Nous exhortons tous les dirigeants à défendre la santé, la dignité et les droits de l'homme de tous, à soutenir la santé et les droits des femmes, des enfants et des adolescents, notamment grâce aux activités de



plaidoyer et à l'activisme. Nous appelons les spécialistes de la santé et des droits de l'homme, à tous les niveaux – infranational, national, régional et international - à travailler ensemble pour accélérer l'obtention de résultats positifs pour les femmes, les enfants et les adolescents.

Pour donner davantage d'élan à cet effort mondial, nous appelons **le Directeur général de l'OMS et le Haut-Commissaire aux droits de l'homme à :**

- a) établir un programme de travail conjoint visant à soutenir la mise en œuvre de ces recommandations, y compris aux niveaux régional et national
- b) renforcer les capacités et l'expertise institutionnelles de leurs équipes, aux sièges ainsi qu'aux niveaux régional et national, pour aider les États à faire avancer l'exercice des droits de l'homme à la santé et par la santé, en particulier en faveur des femmes, des enfants et des adolescents
- c) assurer la coordination constante - et le suivi des progrès dans ce domaine – en vue de la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents, qui favoriseront la diffusion rapide des bonnes pratiques.



31

edi

sez

omme par la dis

rendes pêcheur

aucoup baront

à petits pas

Cahier n°1

Matériel à prévoir:
Peinture acrylique non toxique
Crayons
Ciseaux
Colle
Feuilles de papier
etc.

www.lespetitspas.com

Annexe A.

Membres du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents et du Groupe consultatif technique

Membres du Groupe de travail

- Tarja Halonen, ex présidente, Finlande (co-présidente)
- Hina Jilani, membre de The Elders, Pakistan (co-présidente)
- Denis Mukwege, gynécologue, République démocratique du Congo (rapporteur)
- Aminata Touré, ancienne Première ministre, Sénégal
- Marie-Claude Bibeau, ministre du Développement international et de la Francophonie, Canada
- Rosy Akbar, ministre de la Santé et des services médicaux, Îles Fidji
- Cristina Lustemberg, vice-ministre de la Santé, Uruguay
- Natasha Stott Despoja, ancienne ambassadrice mondiale pour les femmes et les filles, Australie
- Richard Horton, rédacteur en chef de The Lancet, Royaume-Uni

Membres du Groupe consultatif technique

- Pascale Allotey, professeur de santé publique à la Jeffrey Cheah School of Medicine and Health Sciences, Monash University, Australie
- Zulfiqar Bhutta, co-directeur du SickKids Centre for Global Child Health, Toronto, Canada, et fondateur du Center of Excellence in Women and Child Health à l'Aga Khan University, Pakistan
- Lynn P Freedman, professeur de population et santé de la famille et directrice du Averting Maternal Death and Disability Program, Columbia University, États-Unis
- Sofia Gruskin, directrice du Program on Global Health & Human Rights, University of Southern California, États-Unis
- Elly Leemhuis, conseillère principale, santé sexuelle et droits en matière de procréation, ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas

Co-responsables

- Flavia Bustreo, Directrice générale adjointe, Organisation mondiale de la Santé
- Kate Gilmore, Haut-Commissaire adjointe aux droits de l'homme, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

Secrétariat

Le Groupe de travail a été soutenu par un secrétariat conjoint OMS-HCDH, dirigé par Mme Rajat Khosla, Organisation mondiale de la Santé. Les autres membres du Secrétariat comprenaient Mmes Lucinda O'Hanlon (HCDH), Anna Gruending (OMS), Lynn Gentile (HCDH) et Asako Hattori (OHCHR). Mmes Joanne McManus et Anna Rayne ont apporté un appui éditorial.

Annexe B.

Actions en matière de droits de l'homme dans le cadre de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*

ACTIONS EN MATIÈRE DE DROITS DE L'HOMME DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTE DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ENVIRONNEMENT FAVORABLE (CIBLES ODD 10.3, 16.2, 16.9, 16.10 ET 17.18)

Recueillir des données complètes, ventilées par sexe, âge, handicap, race, appartenance ethnique, mobilité, situation économique et autre, pertinentes à l'échelle nationale, afin d'identifier les femmes, les enfants et les adolescents confrontés à des discriminations dans l'accès aux soins de santé et aux autres droits et services qui affectent leur santé et leurs droits de l'homme y afférents. Les données doivent identifier les groupes soumis à des formes multiples et transversales de discriminations et de disparités dans le domaine de la santé entre les populations cibles et la population générale, ainsi qu'au sein de ces groupes.

Conduire une évaluation de la mesure dans laquelle les cadres juridiques et politiques existants respectent les normes relatives aux droits de l'homme applicables à la santé et au bien-être, effectuée dans le cadre d'une analyse complète, s'appuyant sur un processus participatif, inclusif et transparent, et tenant compte d'une consultation des parties prenantes menée d'un bout à l'autre de l'opération.

Abroger, annuler ou modifier les lois et politiques qui créent des obstacles ou restreignent l'accès aux services de santé (y compris les droits en matière de santé sexuelle et génésique) et qui font subir – explicitement ou implicitement – des discriminations à l'égard des femmes, des enfants ou des adolescents en tant que telles, ou pour des motifs proscrits par le droit international des droits de l'homme. Ces mesures comprennent l'abrogation des lois qui pénalisent les conduites et décisions spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive, telles que l'avortement, les relations sexuelles entre personnes du même sexe, le travail sexuel et la diffusion ou la réception d'informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Adopter des lois et mettre en œuvre des politiques préconisant des mesures positives visant à s'assurer que les services de santé essentiels, y compris les services de soins de santé primaire, les services liés à l'hygiène sexuelle, à la santé procréative et aux droits s'y rapportant, les services de santé maternelle, les services de santé mentale ainsi que les services de santé pour les nourrissons, les enfants et les adolescents sont disponibles, acceptables et de bonne qualité.

Interdire les pratiques néfastes, telles que les mariages d'enfants, précoces et forcés, la mutilation génitale féminine et les violences à l'égard des femmes, des enfants et des adolescents, y compris les violences à caractère sexiste.

Promouvoir la mobilisation sociale, l'éducation ainsi que les programmes et campagnes d'information visant à éliminer les discriminations et les normes sociales néfastes et à sensibiliser à l'aide juridique et à la formation juridique de base les professionnels de santé et les bénéficiaires, en particulier les femmes, les enfants et les adolescents, y compris les groupes vulnérables et marginalisés au sein de ces populations.

PARTICIPATION (CIBLES ODD 5.5 ET 16.7)

Renforcer les capacités des détenteurs de droits à participer et à faire valoir leurs droits, notamment grâce à l'éducation et à la sensibilisation, et s'assurer que des mécanismes transparents et accessibles, visant à favoriser la participation des parties prenantes et à faciliter une communication régulière entre les détenteurs de droits et les prestataires de soins de santé, sont établis et/ou renforcés aux niveaux communautaire, infranational et national.

S'assurer de la participation des parties prenantes à la définition des priorités, à la conception, à la mise en œuvre, à la surveillance et à l'évaluation des programmes et politiques, et aux mécanismes de responsabilisation. Cet objectif peut être atteint en créant et/ou en renforçant la participation transparente et le dialogue social ou des mécanismes impliquant de multiples parties prenantes aux niveaux communautaire, infranational et national et en s'assurant que les résultats de la participation enrichissent les programmes et politiques infranationaux, nationaux et mondiaux relatifs à la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

ACTIONS EN MATIÈRE DE DROITS DE L'HOMME DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTE DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

<p>ÉGALITE ET NON DISCRIMINATION (CIBLES ODD 3.8, 5.1, 5.2, 5.3 ET 10.2)</p>	<p>Élaborer et financer une stratégie nationale visant à apporter une réponse aux discriminations auxquelles sont confrontés les femmes, les enfants et les adolescents dans leur accès aux services de santé et aux soins de santé, en tenant compte, en particulier, des discriminations fondées sur le sexe et l'âge.</p> <p>Adopter des mesures visant à lever les obstacles spécifiques dressés devant les femmes, enfants et adolescents des groupes de population vulnérables et marginalisés, notamment en fournissant aux peuples autochtones des services de santé culturellement appropriés, en fournissant des informations en matière de santé dans des formats accessibles aux personnes qui ont un handicap, et en garantissant une couverture sanitaire aux populations migrantes munies de papiers ou sans papiers.</p>
<p>PLANIFICATION ET BUDGETISATION (CIBLE 16.7)</p>	<p>Formuler des stratégies complètes, fondées sur les droits, coordonnées et multisectorielles ainsi que des plans d'action dotés de ressources suffisantes visant à assurer l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, biens et services, sans discrimination et pour tenter d'apporter une réponse aux obstacles à l'accès. Les plans d'action doivent comprendre des cibles et des indicateurs hiérarchisés grâce à des processus participatifs et inclusifs et doivent accorder une attention particulière aux femmes, aux enfants et aux adolescents.</p> <p>Établir des processus de budgétisation participative axés sur la transparence et la promotion de l'implication des femmes, des enfants et des adolescents dans la surveillance de l'affectation et de l'utilisation de leurs ressources en matière de santé.</p>
<p>SERVICES FONDÉS SUR LES DROITS (CIBLES ODD 3.1, 3.7, 3.8 ET 5.6)</p>	<p>Formuler des stratégies complètes, grâce à des processus consultatifs et à la participation des utilisateurs, afin d'assurer l'accès à des soins de santé de grande qualité et abordable pour les maladies affectant les femmes, les enfants et les adolescents, dans un environnement qui garantit une prise de décision libre et éclairée, dans le respect de leur autonomie, de leur capacité d'exercer un pouvoir et de leur droit à la vie privée. Les informations, conseils en matière de santé et l'éducation sanitaire, y compris l'éducation sexuelle complète, doivent s'appuyer sur des éléments probants, être conformes aux droits de l'homme et être facilement disponibles et accessibles aux femmes, aux adolescents et aux enfants, en fonction de leur degré de maturité.</p> <p>Fournir l'accès universel à la couverture sanitaire pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents, y compris ceux qui appartiennent à des populations marginalisées ou vulnérables et ceux qui ne sont pas employés au sein du secteur formel. La couverture doit identifier les interventions prioritaires garanties et doit couvrir l'accès pendant toute la durée de la vie. Les services doivent être gratuits au point d'accès, en particulier pour les personnes dont la mobilité est limitée ou qui ne disposent pas d'une source de revenu indépendante, afin d'assurer la protection du droit des adolescents et des femmes à la vie privée et la confidentialité lors de l'accès aux services de santé.</p> <p>Fournir une formation complète aux droits à la santé des femmes, des enfants et des adolescents, y compris à la santé sexuelle et aux droits en matière de procréation, à l'impact de la discrimination et à l'importance de la communication et du respect de la dignité des patients dans les établissements de soins de santé, qui font partie intégrante de toute formation des professionnels de santé.</p>
<p>DETERMINANTS DE LA SANTE (CIBLES ODD 1.3, 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 3.1-3.7, 4, 5, 6.1, 6.2 ET 8.5)</p>	<p>Identifier les déterminants structurels et autres de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, tels que la pauvreté, une alimentation inappropriée, une éducation insuffisante et un logement inadéquat, en s'appuyant sur une approche participative et dans le but d'élaborer des stratégies complètes visant à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents.</p> <p>Créer des mécanismes de coordination efficace entre les différents ministères et organismes – notamment l'éducation, la santé et les finances – et élaborer des approches multisectorielles visant à autonomiser les femmes, les enfants et les adolescents de façon à ce qu'ils puissent faire valoir leurs droits à la santé et autres droits connexes.</p>
<p>ACCOUNTABILITY (SDG TARGETS 16.3, 16.6 AND 16.7)</p>	<p>Conduire régulièrement des examens nationaux et infranationaux, d'une manière pleinement participative et inclusive, des résultats des systèmes de santé, et l'identification des groupes vulnérables ou de ceux qui subissent des discriminations dans leur accès aux soins de santé.</p> <p>Créer et/ou renforcer des processus et des mécanismes transparents, inclusifs et participatifs, disposant de l'autorité compétente pour recommander des mesures correctives, visant à une responsabilisation indépendante – aux niveaux national, régional et mondial – des systèmes de santé et judiciaire. Ils comprennent les tribunaux et les organes quasi-judiciaires et non judiciaires, les mécanismes de plaintes au sein du système de santé, les institutions nationales des droits de l'homme, les médiateur(ice)s et les associations professionnelles.</p> <p>Élaborer une stratégie nationale visant à promouvoir l'accès des femmes, des enfants et des adolescents aux mécanismes de justice et allouer des fonds suffisants de façon à assurer l'accessibilité financière, la disponibilité et l'accès des femmes, des enfants et des adolescents. Parmi les mesures possibles, les responsables pourront identifier et lever les obstacles à l'accès, tels que le coût, en fournissant une assistance juridique gratuite, la création de tribunaux mobiles ou de mécanismes de recours quasi-judiciaires visant à améliorer l'accès physique, et s'assurer que les services sont disponibles dans des langues qui sont comprises par les communautés de clients.</p>

Références et notes

1. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR). Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12 du Pacte), 11 août 2000 (E/C.12/2000/4 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc2f2>, consulté le 11 août 2017).
2. Assemblée générale de l'ONU. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, 21 octobre 2015 (A/RES/70/1 ; <https://documents.un.org/prod/ods.nsf/xpSearchResultsM.xsp>, consulté le 11 août 2017).
3. État de la population mondiale 2014. Le pouvoir de 1,8 milliard. New York : Fonds des Nations Unies pour la population ; 2014 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20FRENCH_Report_WEB.pdf, consulté le 11 août 2017).
4. *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : Nations Unies ; 2015 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-gs-brochure-french.pdf?ua=1>, consulté le 11 août 2017).
5. Chaque femme, chaque enfant : un cadre conceptuel pour l'après-2015. Le troisième rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132673/1/9789241507523_eng.pdf?ua=1, consulté le 10 mai 2017).
6. Assemblée générale de l'ONU. Entrée en vigueur de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 17 novembre 1947 (A/RES/131; <http://www.refworld.org/docid/3b00f09554.html>, consulté le 1er mai 2017).
7. Assemblée générale de l'ONU. Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 décembre 1948 (217 A (III) ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47a080c92>, consulté le 12 août 2017).
8. Assemblée générale de l'ONU. Déclaration des droits de l'enfant, 20 novembre 1959 (A/RES/1386(XIV) ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=528c8a5b4>, consulté le 12 août 2017).
9. Assemblée générale de l'ONU. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 16 décembre 1966, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 993, p. 3 (<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c0f50a22>, consulté le 12 août 2017).
10. Organisation de l'unité africaine. Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (« Charte de Banjul »), 27 juin 1981 (CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982) ; <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3630.html>, consulté le 1er mai 2017).
11. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 20 décembre 1993 (A/RES/48/104 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ac967d2>, consulté le 13 août 2017).
12. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. New York : Nations Unies ; 1994 (<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, consulté le 5 mai 2017) et Déclaration et Programme d'action de Beijing, La quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>, consulté le 13 août 2017).
13. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Recommandation générale No. 24 : Art. 12 de la Convention (Femme et santé), 1999 (A/54/38/Rev.1 chap. 1 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=52d906264>, consulté le 13 août 2017).
14. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 18 décembre 2000, Journal officiel des Communautés européennes (2000/C 364/01; http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf, consulté le 13 août 2017).
15. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12 du Pacte), 2000, pp. 128-48 (<http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/2001/e2001-22.pdf>, consulté le 5 mai 2017) et Observation générale sur le droit à la santé sexuelle et reproductive (Art. 12 du Pacte), 2016 (<https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>, consulté le 5 mai 2017).
16. Comité des droits de l'enfant (CRC) de l'ONU. Observation générale No. 15 (2013) sur le droit de l'enfant à la jouissance du meilleur état de santé possible (Art. 24), 17 avril 2013 (CRC/C/GC/15; <http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>, consulté le 13 août 2017) et observation générale No. 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, 6 décembre 16 (CRC/C/GC/20; <http://www.refworld.org/docid/589dad3d4.html>, consulté le 5 mai 2017).
17. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, McGoey , Rao S et al. Santé des femmes et des enfants : preuves de l'impact des droits de l'homme. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf, consulté le 25 avril 2017).
18. Sources de cet Encadré : HCDH, OMS. Le droit à la santé. Fiche signalétique No. 31. (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, consulté le 10 mai 2017).
19. Women Deliver. Deliver for good policy brief: respect, protect, and fulfill sexual health and rights. (<http://womendeliver.org/deliver-for-good/>, consulté le 1er mai 2017).
20. Assemblée générale de l'ONU. Convention relative aux droits de l'enfant : Art. 6, 20 novembre 1989, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 1577, p. 3 (<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50a627c72>, consulté le 14 août 2017).
21. Assemblée générale de l'ONU. Convention relative aux droits de l'enfant : Art. 3, 6, 12, 24 et 27, 20 novembre 1989, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 1577, p. 3 (<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50a627c72>, consulté le 14 août 2017).
22. Comité des droits de l'Enfant (CRC) de l'ONU. Observation générale No. 7 (2005) : Mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance, 20 septembre 2006, para. 14 (CRC/C/GC/7/Rev.1 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ffd3dde2>, consulté le 14 août 2017).

23. Comité des droits de l'Enfant (CRC) de l'ONU. Observation générale No. 15 (2013) sur le droit de l'enfant le droit de jouir du meilleur état de santé possible (Art. 24), 17 avril 2013, par. 12 et 19 (CRC/C/GC/15; <http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>, consulté le 1er mai 2017).
24. UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population et Département des affaires économiques et sociales de l'ONU. Niveaux et tendances de la mortalité infantile 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/, consulté le 1er mai 2017).
25. Every Woman Every Child technical content workstream working group on early child development. Effective interventions and strategies for improving early child development, 2015 (www.everywomaneverychild.org/images/08__ECD_background_paper_for_Global_Strategy_FINAL_2015-03-23.pdf, consulté le 1er mai 2017).
26. Adoptée à l'unanimité en 2015, la résolution 2250 du Conseil de sécurité sur la jeunesse, la paix et la sécurité reconnaît l'importance exceptionnelle et le potentiel de cette contribution (<http://www.un.org/press/en/2015/sc12149.doc.htm>, consulté le 1er mai 2017).
27. Comité des droits de l'Enfant (CRC) de l'ONU. Observation générale No. 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, 6 décembre 2016 (CRC/C/GC/20; <http://www.refworld.org/docid/589dad3d4.html>, consulté le 1er mai 2017).
28. La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pendant la deuxième décennie. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, consulté le 25 avril 2017).
29. L'éducation des filles et l'égalité entre les sexes. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2015 (https://www.unicef.org/education/bege_70640.html, consulté le 1er mai 2017).
30. Estimations mondiales de la santé de l'OMS pour 2015 (GHE 2016). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, consulté le 4 mai 2017).
31. Plan action pour la santé mentale : 2013–2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1, consulté le 16 août 2017).
32. État de la population mondiale 2014. Le pouvoir de 1,8 milliard. New York : Fonds des Nations Unies pour la population ; 2014 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20FRENCH_Report_WEB.pdf, consulté le 11 août 2017).
33. Merrick TW. Making the case for investing in adolescent reproductive health: a review of evidence and PopPov research contributions. Washington DC: Population and Poverty Research Initiative and Population Reference Bureau; 2015.
34. La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pendant la deuxième décennie. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, consulté le 25 avril 2017).
35. OMS, ONUSIDA. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
36. Estimations mondiales de la santé de l'OMS pour 2015 (GHE 2016) (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, consulté le 4 mai 2017).
37. During 2005–2012, AIDS-related deaths among adolescents increased by about 50%, by contrast with a 32% decrease among all other age groups. Idele P, Gillespie A, Porth T, Suzuki C, Mahy M, Kasedde S et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. JAIDS. 2014; 66 (Suppl 2): S144–S153. doi: 10.1097/QAI.0000000000000176.
38. UNFPA and WHO for the Adolescent Working Group under EWEC. Technical guidance for prioritizing adolescent health. New York: Every Woman Every Child; 2017, p. 5 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_EWEC_Report_EN_WEB.pdf, consulté le 1er mai 2017).
39. Right to sexual and reproductive health indivisible from other human rights: UN experts. Communiqué de presse, 8 mars 2016. Geneva : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17168&LangID=E#sthash.vVRCiVCS.dpuf>, consulté le 1er mai 2017). HCDH. Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. 21ème session, Conseil des droits de l'homme, 2 juillet 2012 ; par. 3 et 13 (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_fr.pdf, consulté le 17 août 2017).
40. HCDH. Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. 21ème session, Conseil des droits de l'homme, 2 juillet 2012 ; par. 3 et 13 (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_fr.pdf, consulté le 17 août 2017).
41. Right to sexual and reproductive health indivisible from other human rights: UN experts. Communiqué de presse, 8 mars 2016. Geneva : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17168&LangID=E#sthash.vVRCiVCS.dpuf>, consulté le 1er mai 2017).
42. Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Recommandation générale No. 27 sur les femmes âgées et la protection de leurs droits d'être humains, 16 décembre 2010 (<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ed352b82>, consulté le 18 août 2017).
43. Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Recommandation générale No. 27 sur les femmes âgées et la protection de leurs droits d'être humains, 16 décembre 2010 (<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ed352b82>, consulté le 18 août 2017).
44. Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité postinfantile. Niveaux et tendances de la mortalité postinfantile : Rapport 2015. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2015 (http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20Report%202015_9_3%20LR%20Web.pdf, consulté le 10 mai 2017).
45. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016; 387(10018):587–603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5.

46. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382(9890):427-51. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
47. Daelmans B, Darmstadt GL, Lombardi J, Black MM, Britto PR, Lye S et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet*. 2016; 89(10064):9-11. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31659-2.
48. Estimations mondiales de la santé de l'OMS pour 2015 (GHE 2016) (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, consulté le 4 mai 2017)
49. Estimations mondiales de la santé de l'OMS pour 2015 (GHE 2016) (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, consulté le 4 mai 2017)
50. ONUSIDA, Global AIDS update. Genève, 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/global-aids-update-2016>, consulté le 4 mai 2017).
51. Ending child marriage: progress and prospects. Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2015 2014 (https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf, consulté le 4 mai 2017).
52. OMS, UNICEF, FNUAP, Groupe de la Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies. Tendances de la mortalité maternelle : de 1990 à 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf, consulté le 1er mai 2017).
53. Planification familiale/contraception. Aide-mémoire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>, consulté le 18 août 2017).
54. Prévention des avortements à risque. Aide-mémoire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/fr/>, consulté le 18 août 2017)
55. La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire. Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>, consulté le 18 août 2017).
56. Appel pour contributions soumis par l'ONUSIDA.
57. Park A. A development agenda for sexual and gender minorities. Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Law; 2016 (<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Development-Agenda-for-Sexual-and-Gender-Minorities.pdf>, consulté le 10 mai 2017).
58. Voir par exemple, Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. New York : Nations Unies ; 2014. Également <http://beijing20.unwomen.org/fr/about> (consulté le 19 août 2017) et Les femmes et la santé : les 20 ans de la Déclaration de Beijing et du Programme d'action. Rapport du Secrétariat, 68ème Assemblée mondiale de la santé, Genève, 15 mai 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_16-en.pdf, consulté le 5 mai 2017).
59. HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNICEF, OMS. Eliminating forced, coerced and otherwise involuntary sterilization: an inter-agency statement. Genève. Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf?ua=1, consulté le 1er mai 2017).
60. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Recommandation générale No. 27 sur les femmes âgées et la protection de leurs droits d'être humains, 16 décembre 2010 (CEDAW/C/GC/27 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ed352b82>, consulté le 1er mai 2017).
61. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR). Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12 du Pacte), 11 août 2000 (E/C.12/2000/4 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc2f2>, consulté le 11 août 2017).
62. Tendances mondiales. Déplacements forcés en 2015. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; 2016 (<http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf>, consulté le 1er mai 2017).
63. Tendances mondiales. Déplacements forcés en 2015. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; 2016 (<http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf>, consulté le 1er mai 2017).
64. Zeid S, Gilmore K, Khosla R, Papowitz H, Engel D, Dakkak H et al. Santé des femmes, des enfants et des adolescents pendant les crises humanitaires et autres. *BMJ* 2015;351:h4346 (<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4346>, consulté le 10 mai 2017).
65. OMS, UNICEF, FNUAP, Groupe de la Banque mondiale et Division de la Population de l'ONU. Tendances de la mortalité maternelle : de 1990 à 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf, consulté le 1er mai 2017).
66. OMS, UNICEF, FNUAP, Groupe de la Banque mondiale et Division de la Population de l'ONU. Tendances de la mortalité maternelle : de 1990 à 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf, consulté le 1er mai 2017).
67. État des mères du monde 2014 : Sauver les mères et les enfants pendant les crises humanitaires. Westport, CT: Save the Children ; 2014 (http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2014.PDF, consulté le 10 mai 2017).
68. Changement climatique et santé. Aide-mémoire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/fr/>, consulté le 10 mai 2017).
69. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<http://www.who.int/ceh/publications/inheriting-a-sustainable-world/en/>, consulté le 1er mai 2017).
70. Genre, changement climatique et santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf>, consulté le 1er mai 2017).

71. Heymann J, Cassola A, Raub A, Mishra L. Constitutional rights to health, public health and medical care: the status of health protections in 191 countries. *Glob Public Health*. 2013; 8(6):639-53. doi: 10.1080/17441692.2013.810765.
72. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387 (10017): 491–504.
73. HRC. Principes directeurs sur les entreprises et les droits de l'homme. Vers une traduction opérationnelle du cadre "Protéger, respecter et réparer". Genève : Nations Unies ; 2011 (http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf, consulté le 1er mai 2017).
74. OMS, UNICEF, IBFAN. Commercialisation des substituts du lait maternel : mise en œuvre du Code international à l'échelle nationale. Rapport de situation 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206008/1/9789241565325_eng.pdf, consulté le 3 mai 2017).
75. Source de cet encadré : HCDH. Document de travail. La CIPD de 2014 et au-delà. Conférence thématique sur les droits de l'homme. Pays-Bas, 7-10 juillet 2013, p. 12.
76. Laxmi Mandal v. Deen Dayal Harinagar Hospital & Others, W.P.(C) No. 8853 de 2008 [base de données sur la jurisprudence]. New York ; Droits économiques, sociaux et culturels (ESCR-Net) ; 2017 (<https://www.escr-net.org/caselaw/2010/laxmi-mandal-v-deen-dayal-harinagar-hospital-ors-wpc-nos-8853-2008>, consulté le 3 mai 2017).
77. Communication No. 17/2008. 49ème session du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 11-29 juillet 2011 (http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008_en.pdf, consulté le 10 mai 2017).
78. Scheil-Adlung X., sous la direction de. Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Genève : Organisation internationale du travail ; (http://www.ilo.org/seccsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_383890/lang--en/index.htm, consulté le 3 mai 2017).
79. La place de la santé dans le programme de développement après 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf, consulté le 3 mai 2017).
80. Brearley L, Marten R, O'Connell T. Universal health coverage: a commitment to close the gap. Londres : Save the Children ; 2013 (http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Universal_health_coverage.pdf, consulté le 3 mai 2017).
81. Civil society call to action on universal health coverage [site Web]. Bruxelles : Action for Global Health; 2012 (http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/publications/letters-declarations/UHC_Call_to_Action_eng2.pdf, consulté le 3 mai 2017).
82. McIntyre D, Meheus F, Røttingen JA. What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health Econ Policy Law*. 2017 ; 12(2): 125–137. doi: 10.1017/S1744133116000414.
83. World health statistics: 2016. Chapter 6. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_Chapter6.pdf, consulté le 10 mai 2017).
84. Ooms G, Latif LA, Waris A, Brolan CE, Hammonds R, Friedman EA et al. Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? *BMC Int Health Hum Rights*. 2014; 14: 3. doi: 10.1186/1472-698X-14-3.
85. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR). Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12 du Pacte), 11 août 2000 (E/C.12/2000/4 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc2f2>, consulté le 11 août 2017).
86. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR). Observation générale No. 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 2 juillet 2009 (E/C.12/GC/20 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae049912>, consulté le 22 août 2017).
87. Campbell J. The route to effective coverage is through the health worker: there are no shortcuts. *Lancet* 2013; 381:725. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60579-6.
88. Guidelines on human rights education for health workers. Varsovie : Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe/ Bureau des institutions démocratiques et des droits de l'homme ; 2013 (<http://www.osce.org/odihr/105053?download=true>, consulté le 22 août 2017).
89. Nichols LM. Government intervention in health care markets is practical, necessary, and morally sound. *J Law Med Ethics*. 2012 ; 40(3):547–57. doi: 10.1111/j.1748-720X.2012.00688.x.
90. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/, consulté le 23 août 2017).
91. Agence suédoise de coopération internationale au développement, OMS, HCDH. Human rights and gender equality in health sector strategies: how to assess policy coherence. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/human_rights_tool/en/, consulté le 3 mai 2017).
92. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/, consulté le 23 août 2017).
93. Baggett M, Batcheller J, Blouin AS, Behrens E, Bradley C, Brown MJ, et al. Excellence and evidence in staffing: a data-driven model for excellence in staffing (2ème édition). *Nurs Econ*. 2014; 32(3 Suppl):3–35.
94. Fernandes Guerreiro AI, Kuttumuratova A, Monolbaev K, Boderscova L, Pirova Z, Weber MW. Assessing and improving children's rights in hospitals: case studies from Kyrgyzstan, Tajikistan, and Moldova. *Health Hum Rights*. 2016 ; 18(1):235–248.
95. D'après Rasanathan K, Damji N, Atsbeha T, Brune Drisse MN, Davis A, Dora C et al. Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era. *BMJ*. 2015; 351. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4213>.

96. Chapman A. The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health Hum Rights* 2010;12(2):17–30.
97. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/action-plan-endorsement/en/>, consulté le 10 mai 2017).
98. Our Watch, Australia's National Research Organisation for Women's Safety (ANROWS), VicHealth. Change the story: a shared framework for the primary prevention of violence against women and their children in Australia. Melbourne, Australia: Our Watch; 2015 (<https://www.ourwatch.org.au/What-We-Do/National-Primary-Prevention-Framework>, consulté le 4 mai 2017).
99. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). New York : Assemblée générale de l'ONU : 18 décembre 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>, consulté le 3 mai 2017).
100. Femmes et santé : 20 ans après la Déclaration et le Programme d'action de Beijing. Rapport du Secrétariat, 68ème Assemblée mondiale de la santé, Genève, 15 mai 2105 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_16-fr.pdf, consulté le 25 août 2017).
101. 101. Left without a choice: barriers to reproductive health in Indonesia. Londres, Royaume-Uni : Publications d'Amnesty International ; 2010 (<https://www.amnesty.org/en/documents/asa21/013/2010/en/>, consulté le 3 mai 2017).
102. Jewkes, Rachel, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet*. 2015 ; 385(9977):1580–89. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61683-4.
103. Commission de la population et du développement, Rapport sur les travaux de la quarante-troisième session, E/CN.9/2010/9, para. 12.
104. Realizing sexual and reproductive rights: a human rights framework. Londres, Royaume-Uni : Amnesty International; 2012
105. (http://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/act_350062012_english.pdf, consulté le 5 mai 2017).
106. Rapport du Secrétaire général sur le suivi des programmes de population, centré sur les adolescents et les jeunes. Quarante-cinquième session de la Commission de la population et du développement. New York : Conseil économique et social de l'ONU ; 2012 (E/CN.9/2012/5 ; <https://documents.un.org/prod/ods.nsf/xpSearchResultsM.xsp>, consulté le 25 août 2017).
107. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Paris: UNESCO ; 2009, avant-propos.
108. Commission de la population et du développement, Rapport sur les travaux de la quarante-cinquième session, E/2012/25 ; E/CN.9/2012/8 ; <https://documents.un.org/prod/ods.nsf/xpSearchResultsM.xsp>, consulté le 25 août 2017. Kotagal M, Carle AC, Kessler LG, Flum DR. Limited impact on health and access to care for 19- to 25-year-olds following the Patient Protection and Affordable Care Act. *JAMA Pediatr*. 2014; 168(11):1023–9. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.1208.
109. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. Dix-neuvième session, Conseil des droits de l'homme. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2012 (A/HRC/19/41 http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_French.pdf, consulté le 26 août 2017).
110. Policy recommendations for the ICPD beyond 2014: sexual and reproductive health & rights for all. New York: The High-Level Task Force for the International Conference on Population and Development ; 2013 (<http://icpdtaskforce.org/resources/policy-recommendations-for-the-ICPD-beyond-2014.pdf>, consulté le 3 mai 2017).
111. Rapporteur spécial sur les défenseurs des droits de l'homme, A/HRC/15/24, 2012 et Rapporteur spécial sur la situation des défenseurs des droits de l'homme, Mission en Irlande, Doc. ONU A/HRC/22/47/Add.3 par. 79-87, 2013.
112. Voir: http://web.sabc.co.za/digital/stage/trufm/Nkosi_speech.pdf
113. Journée de débat général : les droits de l'enfant et l'environnement. 69ème session, Comité des Nations Unies des droits de l'enfant, Genève 23, septembre (<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/Discussion2016.aspx>, consulté le 5 mai 2017).
114. HCDH. Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Vingtième-et-unième session, Conseil des droits de l'homme, 2 juillet 2012, par. 24 (A/HRC/21/22 ; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/148/48/pdf/G1214848.pdf?OpenElement>, consulté le 29 août 2017).
115. HCDH. Suivi de la mise en pratique du guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables, Conseil des droits de l'homme, 19 juillet 2016, par. 14 (A/HRC/33/24 ; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/158/85/pdf/G1615885.pdf?OpenElement>, consulté le 29 août 2017).
116. HCDH. Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Vingtième-et-unième session, Conseil des droits de l'homme, 2 juillet 2012, par. 24 (A/HRC/21/22 ; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/148/48/pdf/G1214848.pdf?OpenElement>, consulté le 29 août 2017).
117. Voir : <http://www.cehurd.org/about/>
118. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 (www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf, consulté le 3 mai 2017).
119. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR). Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12 du Pacte), 11 août 2000 (E/C.12/2000/4 ; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc2f2>, consulté le 11 août 2017).

120. George A. Accountability in health services: transforming relationships and contexts. Working Paper Series. Vol. 1, No 13. Boston, Massachusetts : Harvard Center for Population and Development Studies ; 2003.
121. Brinkerhoff D. Health governance and regulatory policies strategies: considering capacity, incentives and participation. Global Forum on Research for Health Vol. 7: 32–34.
122. Brinkerhoff D. Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy relevance. Health Policy Plan. 2004 ; 19(6):371–9. doi:10.1093/heapol/czh052.
123. Ringold D, Holla A, Koziol M, Srinivasan S. Citizens and service delivery: assessing the use of social accountability approaches in human development sectors. Washington : Banque mondiale ; 2012 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2377>, consulté le 3 mai 2017).
124. Fox JA. Social accountability: what does the evidence really say? World Development. 2015; 72: 346–361.
125. Björkman M, Svensson J. Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. Q J Econ, 2009; 124(2): 735–69.
126. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2016 (<http://www.who.int/life-course/publications/gS-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>, consulté le 3 mai 2017).
127. 2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Genève : Groupe indépendant sur la responsabilisation ; 2016 (<http://www.iapreport.org/>, consulté le 3 mai 2017).
128. Source de cet Encadré : HCDH, OMS. The right to health. Fiche signalétique No. 31 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> (p. 35), consulté le 3 mai 2017).
129. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2016 (<http://www.who.int/life-course/publications/gS-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>, consulté le 3 mai 2017).
130. WHO, PMNCH, Countdown to 2030, Health Data Collaborative, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale, ONU Femmes, ONUSIDA. Country data, universal accountability: monitoring priorities for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York : Every Woman Every Child; 2016 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gS-monitoring-readiness-report/en/>, consulté le 3 mai 2017).
131. Indicateurs des droits de l'homme : Guide pour mesurer et mettre en œuvre ; New York et Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme ; 2012, 46–51 (http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_fr.pdf, consulté le 2 septembre 2107).
132. Appel pour contributions soumis par le FNUAP.
133. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2015 (http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf, consulté le 3 mai 2017).
134. Darroch JE, Singh S, Woog V, Bankoleand A, Ashford LS. Research gaps in adolescent sexual and reproductive health. New York: Guttmacher Institute; 2016 (<https://www.guttmacher.org/report/research-gaps-in-sexual-and-reproductive-health>, consulté le 3 mai 2017).
135. Professor Belinda Bennett (Queensland University of Technology); Dr Sara E Davies (Griffith University); Dr Sophie Harman (Queen Mary University) soumission à l'appel pour contributions du Groupe de travail sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents (HHRWG).
136. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, McGoey L, Rao S et al. Women's and children's health: evidence of impact of human rights. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf, consulté le 25 avril 2017).
137. 2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Genève : Groupe indépendant sur la responsabilisation; 2016, p. 16 (<http://www.iapreport.org/>, consulté le 3 mai 2017).
138. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Tenir les promesses, mesurer les résultats. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy_FR.pdf, consulté le 3 septembre 2017).
139. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2016 (<http://www.who.int/life-course/publications/gS-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>, consulté le 3 mai 2017).
140. Resolution WHA 69.2. Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Soixante-neuvième session de l'Assemblée mondiale de la santé, Genève, 28 mai 2016. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-en.pdf, consulté le 3 mai 2017).

Remerciements

De nombreuses personnes et organisations diverses et multidisciplinaires du monde entier ont contribué à l'élaboration du présent rapport et apporté leurs contributions au processus du Groupe de travail. Qu'elles soient toutes remerciées pour leurs contributions.

Nous remercions également le Groupe directeur de haut niveau de *Every Woman Every Child* - co-présidé par le Secrétaire général de l'ONU, António Guterres, la présidente du Chili, Michele Bachelet, et le Premier ministre de l'Éthiopie, Hailemariam Desalegn - qui nous a encouragés à entreprendre ce travail, ainsi que la Secrétaire générale adjointe, Amina Mohammed, qui n'a cessé à aucun moment d'en assurer la direction.

Nous remercions tout particulièrement l'ensemble des membres du Groupe consultatif technique pour leurs contributions techniques, examens et soutien lors de l'élaboration du présent rapport. Nous remercions Pascale Allotey, Zulfiqar Bhutta, Lynn Freedman, Sofia Gruskin et Elly Leemhuis.

Nous remercions également les représentants des organisations de la société civile qui ont participé au dialogue avec le Groupe de travail, à Genève, le 8 février 2017. Nous remercions Aurélie du Chatelet (Action Contre la Faim), Paola Daher (Center for Reproductive Rights), Elisa Menegatti (Center for Vaccine Innovation and Access), Christina Wegs (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere), Janet Perkins (Enfants du Monde), Howard Catton (International Council of Nurses), Catarina Carvalho (International Planned Parenthood Federation), Gloria Osei-Bonsu (INTLawyers.org), Linnea Hakansson (Partnership for Maternal, Newborn & Child Health), Joachim Kreysler (People's Health Movement), Flore-Anne Bourgeois (Plan International) Thiago Luchesi (Save the Children International), Stuart Halford (Sexual Rights Initiative), Elena Ateva (White Ribbon Alliance), Ann Lindsay (World Federation for Mental Health), Constanza Martinez (World Vision International) et Malaya Harper (YWCA).

Nous remercions également les experts et les membres des mécanismes des droits de l'homme des Nations Unies : Suzanne Aho Assouma,

membre du Comité des droits de l'enfant, Hilary Gbedemah, membre du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Mikel Mancisidor, vice-président du Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels, Dainius Pūras, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et Dubravka Šimonović, Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences.

Nous remercions également les nombreux experts de différents gouvernements et organisations qui ont contribué à ce processus : Sarah Fountain Smith, Amy Baker, Katie Durvin, Celeste Kinsey et Catherine Palmier (Affaires mondiales Canada), Carmen Barroso et Alicia Yamin (Groupe indépendant sur la responsabilisation), Veikko Kiljunen (ministère des Affaires étrangères, Finlande), Esther Dinggaemans (Fondation Mukwege), Cristina Gonzalez (Mission permanente, Uruguay) et Jenny Yates (The Elders).

Nous remercions tout particulièrement Nazhat Shameem Khan, Représentante permanente des Îles Fidji auprès des Nations Unies à Genève, sous la direction de laquelle a été organisée la première réunion des Dirigeants de Genève sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents. Nous remercions les ambassadeurs, représentants permanents et autres pour leur participation : Afghanistan, Australie, Botswana, Brésil, Canada, Colombie, Émirats arabes unis, Finlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Sierra Leone, Suède et Venezuela.

Des personnes de multiples agences des Nations Unies ont contribué à ce processus. Nous remercions Nana Kuo (Bureau du Secrétaire général), Luisa Cabal, Alexandrina Lovita et Henriette Van Gulik (ONUSIDA), Emilie Filmer-Wilson, Petra ten Hoop-Bender et Luis Mora (FNUAP), Nicolette Moodie, Heidi Peugeot et Kumanan Rasanathan (UNICEF) et Nazneen Damji (ONU Femmes).

Nous remercions également Rama Lakshminarayan et Monique Vledder (Secrétariat de la Facilité de financement mondiale, Banque mondiale).

Nous remercions tout particulièrement le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) pour le soutien qu'il a apporté à ce processus : Helga Fogstad, Mehr Shah et Kadi Toure.

Ce rapport n'aurait jamais pu voir le jour sans le soutien et les contributions de nombreux membres des personnels de l'OMS et du HCDH. À l'OMS, nous remercions Avni Amin, Ian Askew, Anshu Banerjee, John Beard, Anthony Costello, Chris Dye, Shyama Kuruvilla, Veronica Magar, Marta Seoane Aguilo, Marcus Stahlhofer, Rebekah Thomas et Anne Maria Worning. Au HCDH, nous remercions Veronica Birga, Imma Guerras-Delgado, Peggy Hicks, Mona Rishmawi et Jyoti Sanghera.

Le présent rapport n'aurait jamais existé sans le généreux soutien financier des gouvernements de la Finlande et des Pays-Bas.





Photos: couverture, en haut à gauche - Flickr Creative Commons License/Ricardo Avellar, en haut à droite - Flickr Creative Commons License/ONU Femmes/DANHO/Daniel Hodgson, en bas à droite - Flickr Creative Commons License/ResoluteSupportMedia/Sgt Chris Halton RLC/Armée britannique, en bas à gauche - Flickr Creative Commons License/Oxfam East Africa/John Ferguson; page 2, Flickr Creative Commons License/Feed My Starving Children (FMSC); page 6, Flickr Creative Commons License/Feed My Starving Children (FMSC); page 10, Flickr Creative Commons License/ResoluteSupportMedia/Sgt Chris Halton RLC/Armée britannique; page 13, Flickr Creative Commons License/Banque mondiale/ Simone D. McCourtie; pages 16-17, Flickr Creative Commons License/Save the Children; page 18, Flickr Creative Commons License/Possible; page 19, Photo ONU/Hien Macline; page 20, Flickr Creative Commons License/ONU Femmes; page 22, Photo ONU/Nayan Tara; page 23, DFID/Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation; page 25, Flickr Creative Commons License/Banque mondiale/Allison Kwesell; page 26, Flickr Creative Commons License/MINUAD/Albert Gonzalez Farran; page 27, Flickr Creative Commons License/Feed My Starving Children (FMSC); page 29, Flickr Creative Commons License/PWRDF; page 32, Flickr Creative Commons License/ORBIS International; page 34, Flickr Creative Commons License/Michael Fleshman; page 35, Flickr Creative Commons License/Ricardo Avellar; page 37, Flickr Creative Commons License/H6 Partners/Abbie Trayler-Smith; page 39, Flickr Creative Commons License/Dining for Women; page 40, Flickr Creative Commons License/Oxfam East Africa/John Ferguson; page 42, Photo ONU/Kim Haughton; page 43, Photo ONU/Isaac Billy; page 45, FNUAP - Ramis Djailibaev; page 46, Flickr Creative Commons License/Albes Fusha © Banque mondiale; page 49, Flickr Creative Commons License/Possible; page 50, Flickr Creative Commons License/Trocaire/Frank Mc Grath; page 51, Flickr Creative Commons License/Possible; page 52, Flickr Creative Commons License/ONU Femmes/DANHO/Daniel Hodgson; pages 54-55, Flickr Creative Commons License/Dining for Women; page 56, Flickr Creative Commons License/Feed My Starving Children (FMSC); page 67, Flickr Creative Commons License/Photo de l'armée américaine réalisée par le sergent Andrew Smith/Released; page 69, Flickr Creative Commons License/Trocaire/Frank Mc Grath; quatrième de couverture, Flickr Creative Commons License/Feed My Starving Children (FMSC)/Fabretto Coffee.

Design: Roberta Annovi.

Rapport du Groupe de travail de haut niveau
sur la santé et les droits de l'homme des
femmes, des enfants et des adolescents



ISBN 978-92-4-151245-9



9 789241 512459

