



Assemblée générale

Distr. générale
2 juillet 2012
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt et unième session

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement**

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

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

Résumé

Le présent rapport contient un guide technique concis qui a été établi en réponse à la demande formulée dans la résolution 18/2 du Conseil des droits de l'homme. Il a pour objet d'aider les décideurs à améliorer la santé des femmes et à promouvoir la réalisation de leurs droits en formulant des directives pour 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. Il met en lumière les incidences en termes de droits de l'homme pour l'action menée par de nombreux acteurs dans le cadre du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'examen des politiques, et la nécessité de créer des mécanismes d'exécution robustes et de fournir une assistance internationale et de coopérer à cette fin.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–7	3
II. Principes généraux	8–23	4
III. Planification et budgétisation	24–52	8
A. Planification	26–43	8
B. Budgétisation	44–52	11
IV. Mise en œuvre concrète.....	53–66	12
A. Exemple de problème identifié: accès tardif des femmes aux soins obstétricaux d'urgence ou non-recours à ces services.....	56–58	13
B. Exemple de problème identifié: taux de mortalité et de morbidité maternelles anormalement élevés chez les adolescentes	59–66	14
V. Responsabilité	67–80	17
A. Surveillance	69–73	17
B. Différentes formes de contrôle et de supervision.....	74–75	19
C. Recours	76–80	20
VI. Assistance et coopération internationales.....	81–90	21

I. Introduction

1. Dans sa résolution 18/2, le Conseil des droits de l'homme a demandé au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme d'élaborer, en coopération avec d'autres organes compétents du système des Nations Unies, un guide technique concis 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 et de le présenter au Conseil des droits de l'homme à sa vingt et unième session.

2. En 2011, le Haut-Commissariat a envoyé à tous les États et à toutes les organisations internationales une note verbale leur demandant des informations sur les orientations techniques existantes relatives aux droits de l'homme et à la mortalité et la morbidité maternelles¹. Le présent rapport est fondé sur des recherches théoriques et sur les réponses reçues à la note verbale; il a été élaboré en étroite coopération avec des organismes des Nations Unies, des universitaires et des organisations de la société civile ayant une bonne connaissance de la question de la mortalité et de la morbidité maternelles. En outre, un groupe d'experts a été consulté et des consultations publiques organisées.

3. La mortalité et la morbidité maternelles continuent d'être un fléau pour les femmes, en particulier les femmes pauvres, dans de nombreux pays. En 2010, quelque 287 000 femmes sont mortes de causes liées à la maternité², et entre 10 et 15 millions d'autres femmes souffrent chaque année de complications débilantes compromettant gravement leur bien-être. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'entre 88 et 98 % des décès liés à la maternité pourraient être évités³.

4. L'objectif 5 du Millénaire pour le développement vise à réduire de 75 % le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et à rendre universel l'accès à la médecine procréative d'ici à 2015. C'est la réalisation de cette seconde cible qui a pris le plus de retard⁴. En 2010, lors de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les objectifs du Millénaire pour le développement, le Secrétaire général a lancé la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant afin d'accélérer les progrès réalisés dans ce domaine. Dans le cadre de la Stratégie mondiale, une commission de l'information et de la redevabilité a été créée et a publié un rapport reconnaissant le rôle central des droits de l'homme dans les progrès réalisés et formulant 10 recommandations dont la mise en œuvre pourrait contribuer au respect des directives figurant dans le présent rapport⁵.

5. Le présent rapport a pour principal objet d'aider les décideurs à améliorer la santé des femmes et à promouvoir leurs droits en formulant des directives concernant l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de l'exécution des politiques et des

¹ Toutes les informations reçues sont affichées sur le site Web du Haut-Commissariat aux droits de l'homme: www2.ohchr.org/english/issues/women/.

² Organisation mondiale de la santé (OMS), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates, 2012. Disponible à l'adresse suivante: www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf.

³ OMS, «Maternal mortality: helping women off the road to death», *WHO Chronicle*, vol. 40, 1986, p. 175 à 183.

⁴ A/64/665, par. 30.

⁵ Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*, OMS, 2011 (disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/final_accountability_report_fr.pdf), p. 2.

programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et à encourager la responsabilisation, conformément aux normes des droits de l'homme⁶.

6. Bien que ces directives s'adressent en premier lieu aux décideurs du secteur de la santé, elles ont également une utilité dans d'autres secteurs, notamment la finance et l'enseignement, et peuvent être utilisées par les parlementaires, le personnel du système judiciaire, les organismes intergouvernementaux, les institutions nationales pour les droits de l'homme et les États donateurs. Il faut que la société civile participe à cette action pour que les directives soient mises en œuvre efficacement et que les gouvernements soient amenés à rendre des comptes.

7. La Haut-Commissaire encourage la mise en œuvre du présent guide technique. Le Conseil des droits de l'homme pourrait envisager d'encourager sa diffusion à toutes les instances compétentes des gouvernements ainsi qu'à d'autres parties prenantes, et de promouvoir son utilisation dans les programmes et les politiques visant à éliminer la mortalité et la morbidité maternelles. Le Conseil pourrait également encourager un dialogue interinstitutions et une collaboration au sein des organismes du système des Nations Unies pour qu'ils mettent les directives en œuvre dans le cadre de leurs propres politiques, programmes et activités de soutien technique.

II. Principes généraux

8. Les droits de l'homme impliquent l'autonomisation et l'habilitation de la personne dans certains aspects de la vie, dont la santé en matière de sexualité et de procréation. Le droit international des droits de l'homme prévoit des engagements fondamentaux des États pour donner aux femmes les moyens de survivre à leur grossesse et à leur accouchement, au titre de leurs droits en matière de sexualité et de procréation et de leur droit de vivre dignement. Des systèmes efficaces de santé publique sont indispensables pour permettre aux États de réaliser ces droits fondamentaux mais ils doivent être complétés par des mesures plus vastes ayant pour objectif de renforcer l'autonomisation des femmes.

9. Les présentes directives techniques s'inspirent de deux précédents rapports du Haut-Commissariat. Dans le premier rapport (A/HRC/14/39), le Haut-Commissariat a défini sept principes fondamentaux des droits de l'homme qui permettent de comprendre la mortalité et la morbidité maternelles en tant que problèmes des droits de l'homme: la responsabilisation, la participation, la transparence, l'autonomisation, la durabilité, l'aide internationale et la non-discrimination. Dans le second rapport (A/HRC/18/27), le Haut-Commissariat a défini des catégories de bonnes pratiques qui permettent de lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles tout en respectant les obligations en matière de droits de l'homme: l'amélioration de la condition des femmes, la garantie de l'exercice des droits en matière de santé sexuelle et génésique, l'amélioration des systèmes de santé, la lutte contre l'avortement non médicalisé et l'amélioration du suivi et de l'évaluation. Les travaux réalisés par d'autres mécanismes des droits de l'homme ont également été pris en compte lors de l'élaboration des directives⁷.

⁶ Dans des situations particulières, telles que d'urgence, il pourra être nécessaire d'avoir des directives supplémentaires relatives au respect des normes des droits de l'homme et des autres obligations au regard du droit international, y compris du droit humanitaire. Voir Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, 2010.

⁷ A/HRC/17/25; CEDAW/C/49/D/17/2008; CEDAW/C/50/D/22/2009; Commission interaméricaine des droits de l'homme, «Access to Maternal Health Services from a Human Rights Perspective», Organisation des États américains, 7 juin 2010.

10. **Une approche fondée sur les droits de l'homme identifie les détenteurs de droits et leurs droits, ainsi que les responsables correspondants et leurs obligations, et promeut le renforcement des capacités des détenteurs de droits pour ce qui est de la revendication de leurs droits, et des responsables pour ce qui est du respect de leurs obligations. Ces droits et ces obligations sont consacrés par le droit international des droits de l'homme.**

11. **Les présentes directives techniques, comme celles proposées dans les précédents rapports du Haut-Commissariat, sont fondées sur le respect de la santé sexuelle et génésique et des droits correspondants, tels qu'énoncés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement⁸ et réaffirmés et approfondis dans des documents adoptés ultérieurement par les Nations Unies et dans le droit international.**

12. **Une approche fondée sur les droits de l'homme est centrée sur la santé et non pas sur les pathologies individuelles; elle vise en priorité à donner aux femmes les moyens de revendiquer leurs droits et ne se limite pas à la lutte contre la mortalité ou la morbidité maternelles.** Une reconnaissance expresse du droit à la santé, avec une compréhension approfondie de la santé sexuelle et génésique, dans la constitution et/ou la législation, ainsi que la mise en place de mécanismes de responsabilisation pour défendre les droits relatifs à la santé sont indispensables dans le cadre d'une approche fondée sur les droits.

13. **Il faut faire le nécessaire pour prendre en compte les déterminants sociaux de la santé des femmes qui ont des incidences sur la jouissance par les femmes de leurs droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels.** Dans tous les pays, les schémas de mortalité et de morbidité maternelles sont souvent influencés par les jeux de pouvoir dans la société et par la répartition des pouvoirs entre les hommes et les femmes. Ayant pour effets la pauvreté et l'inégalité des revenus, la discrimination sexiste en droit et en pratique et la marginalisation fondée sur l'appartenance ethnique, la race, la caste, l'origine nationale et d'autres motifs sont des déterminants sociaux qui ont des incidences sur l'exercice de nombreux droits.

14. **Les États doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour éliminer la discrimination sexiste, y compris la violence sexiste, le mariage forcé ou précoce, les interdits alimentaires, les mutilations et excisions génitales féminines et les autres pratiques préjudiciables⁹.** La mortalité et la morbidité maternelles sont le produit de la discrimination sexiste et du refus de laisser les femmes exercer leurs droits fondamentaux, dont le droit à la santé sexuelle et génésique.

15. **Pour donner effet aux droits de l'homme, il faut accorder «une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés»¹⁰.** Une attention particulière doit être accordée aux adolescents, aux minorités ethniques et raciales, aux femmes autochtones, aux femmes handicapées, aux travailleuses du sexe, aux femmes vivant avec

⁸ Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

⁹ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 5; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 14; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (E/C.12/2000/4), par. 21.

¹⁰ E/C.12/2000/4, par. 43.

le VIH, aux femmes déplacées et touchées par des conflits, aux femmes vivant dans des zones mal desservies et aux autres groupes de la population qui sont dénigrés et exclus¹¹.

16. **Pour appliquer une approche fondée sur les droits à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, il faut pouvoir s'appuyer sur un système de santé juste et efficace.** Les systèmes de santé sont davantage que des structures permettant d'assurer des interventions et de fournir des produits. Une société dans laquelle les femmes, qu'elles soient riches ou pauvres – et indépendamment de leur race, leur appartenance ethnique et leur caste et qu'elles souffrent ou non d'un handicap ou aient d'autres caractéristiques – peuvent compter sur le système de santé pour répondre de façon équitable à leurs besoins sexuels et génésiques est une société plus juste. Les demandes de biens, de services et d'informations relatifs à la santé sexuelle et génésique doivent donc être considérées par les usagers, les prestataires et les décideurs du système de santé comme des droits fondamentaux et non pas comme des marchandises attribuées à titre commercial ou par pure charité¹².

17. **Dans un système de droits de l'homme, les femmes sont des parties prenantes qui ont le droit de participer aux décisions ayant des incidences sur leur santé sexuelle et génésique.** Pour être efficace, cette participation doit permettre aux femmes de contester les formes d'exclusion politique et autre qui les empêchent de peser sur les décisions et les processus ayant des incidences sur leur vie, y compris sur leur santé sexuelle et génésique. À cette fin, les femmes doivent participer effectivement à l'identification des problèmes, à l'élaboration des politiques et à l'établissement des budgets, ainsi qu'à l'évaluation de la mise en œuvre des programmes et des politiques.

18. **Dans une approche fondée sur les droits, la responsabilisation ne doit pas intervenir rétrospectivement mais être considérée comme un élément fondamental à chaque étape du processus, depuis l'identification des défaillances en matière de responsabilités effectuée dans le cadre d'une analyse de la situation jusqu'à la mise en place des mécanismes de contrôle et des voies de recours appropriés dans le cadre d'un plan national, l'affectation des ressources nécessaires au fonctionnement de ces mécanismes et de ces voies de recours, l'obtention d'informations en retour du terrain, et l'application concrète.** Les programmes existants et la planification future doivent être constamment ajustés en tenant compte du bilan de l'expérience acquise par l'intermédiaire des structures de responsabilisation.

19. **La conception, l'organisation et la coordination des éléments du système de santé doivent être guidées par les principes fondamentaux des droits de l'homme, notamment la non-discrimination et l'égalité, la transparence, la participation et la responsabilisation¹³.**

20. **Garantir l'exercice par les femmes de leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique suppose le respect des normes relatives aux établissements sanitaires et aux biens et services de santé:**

a) Disponibilité à la fois des facteurs déterminants de la santé et des hôpitaux, cliniques et autres installations fournissant des soins de santé, de personnel médical et

¹¹ A/HRC/14/39, par 19 à 21.

¹² Lynn Freedman, «Achieving the MDGs: health systems as core social institutions», *Development*, vol. 48, n° 1, 2005, p. 19 à 24. Voir également A/HRC/7/11.

¹³ OMS, *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (2007). Les six composantes définies par l'OMS sont la prestation de services, le personnel de santé, l'information, les produits médicaux, les vaccins et les technologies, le financement et l'esprit d'initiative et la gouvernance.

professionnel qualifié recevant un salaire compétitif par rapport au niveau national, ainsi que des médicaments essentiels;

b) Accessibilité, avec quatre dimensions qui se recoupent: accessibilité physique, accessibilité économique (abordabilité), non-discrimination et accessibilité de l'information;

c) Acceptabilité, avec des services respectueux de l'éthique médicale et de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés;

d) Qualité, c'est-à-dire personnel médical qualifié, médicaments et matériels hospitaliers approuvés par les instances scientifiques et non périmés, approvisionnement en eau salubre et potable et moyens d'assainissement appropriés¹⁴; le respect des femmes dans le cadre de la prestation de soins de santé est une dimension fondamentale de la qualité et de l'acceptabilité.

21. Chaque État a pour obligation de prendre les mesures nécessaires «au maximum de ses ressources disponibles» pour réaliser progressivement les droits économiques, sociaux et culturels; si c'est la pénurie de ressources qui met un État dans l'impossibilité de réaliser immédiatement les droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique, cet État a la charge de démontrer qu'il a exploité toutes les ressources à sa disposition en vue de s'acquitter à titre prioritaire de cette obligation¹⁵. De nombreuses obligations se rapportant aux droits en matière de santé sexuelle et génésique ne sont pas tributaires des ressources disponibles, y compris les obligations concernant un plan national d'action et l'élimination des pratiques préjudiciables et de la discrimination¹⁶. Ces obligations, qui sont sujettes à une «réalisation progressive», nécessitent l'adoption de toutes les mesures nécessaires d'une manière délibérée, concrète et ciblée, en s'appuyant sur le maximum des ressources disponibles, y compris celles qui proviennent de la coopération internationale¹⁷. Tout porte à croire que les mesures régressives sont à éviter dans le domaine de la santé sexuelle et génésique¹⁸.

22. Les États devraient mettre en place une défense contre l'ingérence de tiers dans la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et génésique en adoptant des lois, des politiques, des règlements et des directives appropriés. Ils ont pour responsabilité de prendre les précautions qui s'imposent, ou de respecter certaines normes, afin que les acteurs non gouvernementaux, y compris les prestataires privés de services, les assurances, les entreprises pharmaceutiques et les fabricants de biens et d'équipements de santé, ainsi que la société et les membres de la famille respectent certaines normes¹⁹. Les États peuvent être tenus responsables pour des actes privés s'ils n'agissent pas avec la diligence voulue pour prévenir des violations des droits ou pour enquêter sur ces violations et les punir²⁰.

23. Lorsque le système de santé est décentralisé, le gouvernement national reste responsable de l'accomplissement de ses obligations en matière de droits de l'homme, y compris de celles qui sont liées à la santé sexuelle et génésique.

¹⁴ E/C.12/2004/4, par. 12 a) à d).

¹⁵ Ibid., par. 47.

¹⁶ Ibid., par. 43 et 44; CEDAW/C/49/D/17/2008, par. 7.6.

¹⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3, par. 13; voir également Convention relative aux droits de l'enfant, art. 24 4).

¹⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 32.

¹⁹ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 28, par. 13.

²⁰ Ibid. Voir également Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 19, par. 9 et CEDAW/C/49/D/17/2008, par. 7.5 et 8.

III. Planification et budgétisation

24. La planification de santé publique commence traditionnellement avec la reconnaissance de l'existence d'un problème de mortalité et de morbidité maternelles et se poursuit avec la présentation de propositions en vue de remédier à ce problème dans la structure sociale actuelle. La planification fondée sur les droits va plus loin en examinant également les hypothèses prédominantes sur lesquelles reposent les déterminants structureaux de la santé des femmes, et propose ensuite des stratégies pour prendre en compte ces facteurs et repousser la frontière des améliorations possibles de la santé maternelle. Dans une approche fondée sur les droits de l'homme, les processus de prise de décisions, les éléments considérés, les acteurs intervenant dans les processus et les résultats obtenus sont donc différents.

25. Une approche fondée sur les droits de l'homme nécessite une vision multisectorielle de la planification et de la budgétisation économiques et sociales avec au minimum une coordination entre divers ministères et départements publics et avec d'autres acteurs clés, tels que le secteur privé, les partenaires de développement et la société civile. En outre, les processus de planification et de budgétisation ne peuvent pas laisser toutes les décisions aux seuls experts techniques; une transparence complète et une réelle participation des personnes concernées sont nécessaires pour trouver les solutions de compromis efficaces, légitimes sur le plan démocratique et durables qui s'imposent.

A. Planification

26. **Garantir le droit à la santé suppose pour l'État, en tant qu'obligation fondamentale, l'adoption d'une stratégie et d'un plan d'action (plan national) en matière de santé publique.** Le plan national, dont la mise en œuvre est coordonnée avec celle des plans infranationaux, doit couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population, désigner clairement les acteurs responsables dans différents contextes et mettre en place des mécanismes de responsabilisation.

27. **Le plan national doit comprendre une stratégie relative à la santé en matière de sexualité et de procréation incluant la santé maternelle.** Il doit faire apparaître l'importance cruciale de la santé sexuelle et en matière de procréation, y compris la santé maternelle, et appliquer les pratiques de référence, y compris celles qui ont été définies par l'OMS²¹. Les liens entre la santé sexuelle et génésique et les politiques correspondantes, y compris dans le domaine de l'éducation et de la nutrition, doivent être mis en évidence.

28. **Le plan national et les politiques concomitantes doivent être fondés sur une analyse actualisée de la situation des femmes en matière de santé sexuelle et génésique et sous l'angle des droits correspondants, fondée sur des données ventilées comme il se doit et sur les tendances, ainsi que sur des données d'état civil.** Pour promouvoir les droits de l'homme, il faut comprendre quels groupes de population sont privés d'accès à ces services et déterminer les raisons de cette situation aux échelons tant national qu'infranational. À cette fin, il est indispensable de ventiler les données en fonction de critères tels que le sexe, l'âge, le lieu de résidence (urbain ou rural), l'appartenance ethnique, le statut matrimonial, la séropositivité éventuelle, le nombre d'enfants, ainsi qu'en fonction du niveau d'éducation, du quintile de revenu et du lieu géographique²².

²¹ OMS, *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*, Genève, 2004, p. 59.

²² OMS, *Tenir les promesses, mesurer les résultats* (voir note 5), p. 12.

29. **L'analyse de situation doit permettre d'identifier les responsables et d'évaluer les capacités institutionnelles ainsi que les besoins en ressources humaines et financières, entre autres, à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.** Elle aidera ainsi à mettre en évidence les défaillances en matière de responsabilisation dans le domaine de la santé sexuelle et génésique et à obtenir les financements et les effectifs voulus dans les établissements sanitaires, à mener des activités de sensibilisation et de formation, y compris aux droits de l'homme, et à déterminer s'il convient de mettre en place et de renforcer des mécanismes de responsabilisation.

30. **L'analyse de situation doit comprendre un examen, effectué avec une large participation, du cadre juridique et de la mise en œuvre et de l'éventuelle modification ou abrogation des lois, politiques, règlements et directives, selon qu'il convient.** En plus de reconnaître expressément dans la loi les droits en matière de santé sexuelle et génésique, l'égalité entre les hommes et les femmes et la santé en tant que droit fondamental, il faut des règlements garantissant l'accès des femmes aux services²³. Les lois et les politiques qui entravent l'accès aux services de santé sexuelle et génésique doivent être modifiées, y compris les lois criminalisant certaines prestations ne concernant que les femmes; les lois et les politiques qui permettent à un prestataire de services de santé d'invoquer une clause de conscience pour interdire aux femmes l'accès à un ensemble de services; et les lois qui imposent aux femmes et aux filles l'obtention d'une autorisation d'un tiers pour accéder à certains services.

31. **Au regard du droit international, un État est obligé d'adopter des mesures appropriées²⁴, c'est-à-dire fondées sur les faits.** Toutes les mesures doivent être fondées sur des orientations de santé publique faisant autorité, notamment des directives internationales, qui tiennent compte des éléments de preuve les plus probants disponibles et qui soient actualisées régulièrement au fur et à mesure que de nouvelles informations deviennent disponibles²⁵. Bien que l'État bénéficie d'une marge d'appréciation dans la réalisation des droits, le gouvernement doit pouvoir justifier au public ses choix et ses priorités en matière de politique et les principes sur lesquels ils reposent²⁶.

32. **Les interventions, services et médicaments essentiels doivent être définis conformément aux obligations fondamentales au regard du droit international et sur la base des meilleures informations disponibles²⁷.** L'État peut considérer comme «essentiels» dans sa juridiction d'autres interventions, services, biens et médicaments relevant des soins en matière de santé génésique dans la mesure où ils viennent compléter, plutôt que remplacer, ceux considérés comme prioritaires conformément aux meilleures informations de santé publique disponibles. Au fur et à mesure que les informations disponibles évoluent, le plan national devrait être mis à jour.

33. **Des directives faisant autorité en matière de santé publique comprennent les interventions suivantes – auxquelles le plan national doit garantir un accès universel dans la pratique –, interventions indispensables pour améliorer la santé maternelle:** services de planification familiale; prévention et gestion des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH; gestion des grossesses non planifiées, y compris l'accès à

²³ OMS, Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique (voir note 21).

²⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3, par. 4.

²⁵ Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, Genève, 2011; OMS, Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health, Genève, 2010.

²⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3, par. 4; voir aussi E/C.12/2000/4, par. 53.

²⁷ OMS, Packages of Interventions (voir note 25).

des services d'avortement sûrs, là où la loi le permet, et à des soins après l'avortement; soins prénataux appropriés; détection des violences familiales; gestion de la rupture prématurée des membranes et du travail avant terme; accouchement provoqué pour éviter de prolonger la grossesse; prévention et gestion des hémorragies post-partum; césariennes et soins post-partum appropriés²⁸. Les pratiques de référence indiquent que des soins aux nouveau-nés doivent être assurés en même temps que les soins obstétricaux et les soins post-partum fournis aux femmes.

34. **Les données relatives à la santé publique faisant autorité indiquent que les médicaments suivants – auxquels le plan national doit garantir un accès universel dans la pratique – sont indispensables pour améliorer la santé maternelle:** les ocytociques, les antibiotiques, le misoprostol et la mifépristone, le sulfate de magnésium, les médicaments antirétroviraux et les trousseaux de détection, les médicaments contre le paludisme dans de nombreux pays, et l'ensemble des méthodes contraceptives, dont les préservatifs, les traitements hormonaux et les dispositifs intra-utérins²⁹.

35. **Le plan national devrait faire explicitement référence aux mesures supplémentaires qui doivent être prises pour permettre aux femmes de jouir effectivement de leur droit à la santé en matière de sexualité et de procréation, notamment mais pas exclusivement leur droit à avoir accès aux interventions et aux médicaments pertinents**³⁰. Ainsi, le plan national devrait comprendre des mesures visant à améliorer l'accès des adolescents à l'éducation sexuelle et à l'information et aux soins liés à la santé en matière de sexualité et de procréation, y compris la planification familiale³¹. Il devrait également comprendre des mesures visant à éliminer les lois et les politiques discriminatoires ainsi que les pratiques préjudiciables qui créent des obstacles directs et indirects à l'accès des femmes à ces services indispensables et à l'exercice effectif par celles-ci de leurs droits en matière de sexualité et de procréation.

36. **Avant d'être finalisés, les principaux éléments du plan national doivent être évalués afin de déterminer leur impact probable sur la santé maternelle dans différents groupes de population et quintiles de revenu.** Cette étude d'impact *ex ante* doit en particulier tenir compte de l'impact probable sur les groupes vulnérables et marginalisés de la population, y compris mais pas exclusivement les femmes handicapées, les minorités raciales et ethniques, les femmes touchées par des conflits et déplacées, les adolescents et d'autres groupes marginalisés, en fonction du contexte national.

37. **L'approche de la santé fondée sur les droits comporte une approche globale et intégrée des systèmes de santé.** Le plan national doit tenir compte du fait que la fourniture effective de soins obstétricaux d'urgence et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles nécessitent à la fois des services intégrés et des systèmes d'aiguillage performants, notamment des moyens de communication et de transport adaptés et une continuité des soins depuis le domicile jusqu'à l'hôpital et à chacune des étapes de l'interaction des femmes avec le système de santé³².

²⁸ Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Tour d'horizon mondial (voir note 25).

²⁹ PATH, OMS et FNUAP, «Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists», 2006.

³⁰ OMS, Packages of Interventions (voir note 25).

³¹ Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle – Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé, décembre 2009. Voir aussi le paragraphe 9 de la résolution 56/3 de la Commission de la condition de la femme.

³² E/C.12/2000/4, par. 44; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 12.

38. **Une prise en compte expressément des exigences en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité au regard du droit international aidera à faire en sorte que le processus de planification couvre comme il se doit chacune des composantes du système de santé:** prestations de services, personnel de santé, information, produits médicaux, vaccins et technologies, financement, leadership et gouvernance.

39. **Le plan national doit comprendre des dispositions précises sur les mesures de renforcement des capacités du personnel de santé et les besoins en la matière, notamment l'effectif et la répartition du personnel de santé, tout en garantissant le respect de leurs droits, y compris dans le travail.** Dans les cas où les conditions de travail du personnel de santé sont problématiques, le plan national devrait prévoir des mesures visant à améliorer ces conditions.

40. **Le plan national doit prévoir des mesures volontaires visant à réaliser l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique, en termes de financement, de population couverte et d'extension des services.**

41. **Le plan national devrait comporter des mesures visant à remédier aux inégalités existant dans l'exercice concret des droits en matière de santé sexuelle et génésique et dues à des motifs de discrimination prohibés, ainsi qu'aux inégalités de revenu, de niveau d'éducation et de lieu géographique de résidence³³.**

42. **Pour remédier à la discrimination de fait dans l'accès aux services de santé sexuelle et génésique, il peut être nécessaire de prendre des mesures spéciales visant à garantir une répartition équitable des dépenses, des établissements sanitaires et des biens et des services de santé, y compris lorsque les chiffres absolus de la population ou les considérations de rentabilité ne justifieraient pas ordinairement de telles mesures.** Ces mesures spéciales ne sont pas considérées comme opérant une discrimination au regard du droit des droits de l'homme³⁴.

43. **L'élaboration et la mise en œuvre du plan national devraient se dérouler en concertation avec les groupes de la population concernés.** Les critères et les données utilisés pour établir les priorités doivent être transparents et soumis à un contrôle public. Il faudrait prendre des mesures pour remédier aux inégalités de pouvoir découlant du niveau d'alphabétisation, de la maîtrise de la langue, du statut social, ou d'autres facteurs, qui peuvent entraîner l'exclusion des femmes et des filles les plus touchées par les décisions prises, pour qu'elles puissent participer pleinement aux processus de prise de décisions.

B. Budgétisation

44. **L'identification des besoins budgétaires suppose la participation de divers ministères et départements.** Ainsi, le problème des grossesses chez les adolescentes doit être étudié en coordination avec le Ministère de l'éducation et nécessite l'affectation de crédits suffisants à la fois au secteur de la santé et à celui de l'enseignement.

45. **L'État doit consacrer le maximum des ressources dont il dispose à la santé sexuelle et génésique.** L'établissement durable d'une enveloppe budgétaire permettant d'assurer le maximum des ressources disponibles est indispensable dans une approche fondée sur les droits; lorsqu'il existe des déséquilibres structurels entre les dépenses et les

³³ E/C.12/2000/4, par. 19.

³⁴ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 4; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 1^{er}; Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 5.

recettes, il faut renforcer et rationaliser le recouvrement des recettes avant de procéder à des coupes dans le budget de secteurs de santé critiques, tels que la santé sexuelle et génésique.

46. **On doit faire en sorte dans le budget que le financement ne soit pas supporté de façon exagérée par les pauvres.** Il ne faut pas qu'à cause des frais à la charge des patients l'accessibilité des soins soit entravée, que les prestataires de services soient des établissements publics ou privés³⁵.

47. **Considérer la santé maternelle comme un problème de droits de l'homme dans le cadre de la formulation des budgets permet de mieux garantir les ressources affectées aux programmes correspondants à l'échelon tant national qu'infranational:**

a) Si le budget global disponible augmente, les ressources consacrées à la santé maternelle devraient augmenter dans les mêmes proportions lorsque des besoins importants subsistent dans ce domaine. En particulier dans les pays en situation difficile, le principe de la réalisation progressive consacré dans le droit des droits de l'homme signifie que les crédits affectés aux programmes de santé maternelle devraient être augmentés à moins que les pouvoirs publics aient un motif valable de ne pas le faire;

b) En droit international, agir «au maximum de ses ressources disponibles» passe par l'utilisation des ressources provenant de l'assistance et de la coopération internationales³⁶; toutefois, ces ressources accrues provenant de sources extérieures ne doivent pas remplacer le financement par les pouvoirs publics des programmes en matière de santé sexuelle et génésique à moins que cela soit justifié du point de vue des finances publiques et fondé sur une étude d'impact;

c) Si le budget global de l'État diminue, les ressources consacrées aux programmes de santé sexuelle et génésique ne devraient pas diminuer à moins que le gouvernement puisse démontrer qu'il a pris toutes les mesures raisonnables pour éviter de telles réductions;

d) Dans la mesure où une réduction des budgets consacrés aux programmes visant les femmes à faible revenu et marginalisées peut constituer une régression au sens du droit international, les gouvernements ont une obligation spéciale de démontrer la nécessité de telles coupes budgétaires.

48. **Les autorités tant nationales qu'infranationales doivent mettre en place des processus participatifs, tels que des auditions publiques, pour la formulation des budgets.** Les citoyens, les organisations de la société civile, les universitaires et les prestataires de services de santé devraient être en mesure de contribuer pleinement aux débats relatifs à la budgétisation, notamment en faisant connaître les besoins, et être informés des critères servant à la prise de décisions.

49. **Les ressources budgétaires réservées à la santé sexuelle et génésique ne devraient pas être réaffectées, transférées ou sous-utilisées pendant l'exercice budgétaire.** Dans les systèmes de santé décentralisés, les budgets devraient être affectés et les fonds répartis entre les régions et les districts dans les délais voulus et de façon équitable.

50. **Pour faire en sorte que les budgets soient mis en œuvre efficacement et utilisés au mieux, il faudrait des plans de travail annuels indiquant clairement la répartition des responsabilités à tous les niveaux de gouvernement.**

³⁵ E/C.12/2000/4, par. 12; OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle* (Genève, 2010).

³⁶ E/C.12/2007/1, par. 5.

51. **Les principes de transparence et de responsabilité dans le cadre des droits de l'homme supposent que les budgets affectés et utilisés pour la santé sexuelle et génésique soient ventilés en fonction de classifications fonctionnelles et programmatiques et en fonction des informations communiquées à l'échelon régional.** Les dépenses consacrées à la santé sexuelle et génésique devraient être clairement identifiables dans le budget général et présentées dans un format facilement accessible au grand public.

52. **Les budgets devraient comprendre des dispositions visant à garantir une responsabilisation effective comprenant notamment un contrôle, l'accès des pauvres à la justice et des mécanismes de responsabilisation à la fois judiciaires et non judiciaires facilitant l'adoption diligente de mesures de réparation.**

IV. Mise en œuvre concrète

53. Malgré l'existence de politiques et plans nationaux sophistiqués, une incapacité à respecter, protéger et réaliser les droits des femmes en matière de santé maternelle est souvent observée ou mise en évidence au moment de la mise en œuvre. Pour savoir ce qui fait obstacle à une mise en œuvre efficace, il faut procéder régulièrement à des diagnostics au niveau local, de la base vers le sommet, de manière à réunir et transmettre des informations concernant ce qui se passe, pour qui, et où; les raisons de ces défaillances (quels facteurs empêchent les femmes, ou certaines femmes, de vivre leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité et d'exercer davantage leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique?); les individus ou les institutions responsables de ces facteurs et chargés de résoudre le problème; et les mesures qui devraient être prises (que doivent faire les différents responsables pour remédier à chacune des défaillances?).

54. La responsabilisation en matière de droits de l'homme nécessite un suivi des problèmes repérés et des mesures correctives devant être prises par les responsables identifiés. Il faut donc mettre en place des mécanismes adaptés aux niveaux des établissements, des districts, des régions et du pays et dans les secteurs et branches du gouvernement, afin de passer en revue les conclusions et de prendre les mesures qui s'imposent pour remédier aux problèmes identifiés.

55. Les deux exemples présentés ci-dessous sont purement illustratifs. L'application effective d'une approche fondée sur les droits nécessite une bonne compréhension du contexte dans lequel s'inscrivent les problèmes et les enjeux particuliers, notamment en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des biens, services et installations, et des causes sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité maternelles.

A. Exemple de problème identifié: accès tardif des femmes aux soins obstétriques d'urgence ou non-recours à ces services

56. **La première étape est d'analyser les raisons de l'accès tardif ou du non-recours des femmes aux soins obstétriques d'urgence. Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme, il appartient à l'État de mettre à disposition des structures, biens et services accessibles, acceptables et de qualité pour remédier à ces retards qui peuvent parfois entraîner la mort.** Le fait que les femmes tardent à demander des soins ou renoncent entièrement à bénéficier du système de santé ne doit pas être vu comme tenant à une idiosyncrasie, à un choix personnel ou à des préférences culturelles immuables, mais comme une défaillance des droits de l'homme. Cette situation s'explique par la répartition inéquitable et parfois discriminatoire des structures, biens et services de santé qui rend les soins obstétriques d'urgence à la fois insuffisants et physiquement inaccessibles, par la

méconnaissance des signes d'urgence dans la famille et dans la société, et par le fait que les femmes n'ont pas l'autonomie nécessaire pour prendre des décisions concernant leur propre bien-être. Le fait que les femmes se présentent tardivement peut également être attribué au coût des soins qu'elles doivent assumer, à l'absence de moyens de transport ou de communication et aux problèmes d'infrastructure. La prise en compte insuffisante dans les établissements de santé des particularités culturelles et de l'acceptabilité correspondante des soins, notamment en fournissant des services dans les langues locales et en prévoyant des méthodes d'accouchement traditionnelles, entraîne également une réticence à chercher des soins. Si les lois relatives à l'avortement sont exagérément restrictives, la réaction des prestataires de soins, de la police et des autres acteurs peut décourager les femmes de s'adresser aux services de santé. Enfin, lorsque la population a l'impression que la qualité des soins de santé est insuffisante – même si ce n'est pas directement lié à la santé sexuelle et génésique – et notamment qu'il y a un manque de respect dans le cadre de la prise en charge des patients dans les établissements de santé, cela a également une incidence sur la décision de s'adresser à ces services et porte atteinte au statut du système de santé, institution sociale fondamentale.

57. **La deuxième étape consiste à déterminer qui est responsable de chacun des facteurs intervenant dans l'accès tardif ou le non-recours aux soins.** Ainsi, lorsqu'il est déterminé que l'absence d'approvisionnement régulier en médicaments ou en fournitures compromet la qualité des soins et sape la confiance du public dans le système de santé, on peut attribuer le problème à différentes causes, notamment la mauvaise tenue des registres à l'échelon de l'établissement, de la région ou du pays, ne permettant pas l'affectation des ressources nécessaires à l'achat de produits répondant aux besoins réels; l'absence d'installations locales pour entreposer des médicaments aux échelons du district et/ou de la région; des procédures publiques d'achats inadéquates ne permettant pas de distribuer équitablement et en temps voulu des médicaments de qualité; la corruption à quelque niveau que ce soit; des pratiques de fixation des prix illicites ou abusives des fournisseurs privés; ou une combinaison de tous ces problèmes. Ces problèmes ne sont pas seulement techniques; ils ont des incidences sur l'exercice effectif par les femmes de leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique.

58. **La troisième étape consiste à suggérer aux différents responsables les mesures à prendre et la hiérarchie des priorités s'agissant de chacun des facteurs problématiques.** Ainsi, si les procédures publiques d'achats de médicaments laissent à désirer, le ministère de la santé pourra revoir les procédures d'attribution des marchés et de contrôle de la qualité et les politiques de sélection des médicaments, et notamment des contraceptifs, si elles sont jugées inefficaces ou fondées sur des principes idéologiques. En outre, il pourra modifier les budgets en concertation, avec d'autres ministères, afin de répondre aux besoins réels et de remédier aux inégalités préexistantes ou à l'exclusion de certains groupes de la population. Il peut aussi être nécessaire de renforcer le contrôle institutionnel aux niveaux des établissements, des districts, des régions et du pays pour promouvoir une quantification valable des besoins et réduire la corruption; il peut enfin être nécessaire de mobiliser des financements auprès de donateurs pour pouvoir intégrer les technologies de l'information dans le système de santé, ou encore de combiner plusieurs de ces mesures.

B. Exemple de problème identifié: taux de mortalité et de morbidité maternelles anormalement élevés chez les adolescentes

59. **Dans un premier temps, il convient de déterminer non seulement pourquoi les taux de mortalité et de morbidité maternelles des adolescentes sont élevés mais aussi pourquoi elles tombent enceintes. Une approche fondée sur les droits de l'homme**

suppose de définir le problème et de tenter de le résoudre en s'attaquant aux causes à la fois immédiates et profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, afin d'arriver à résoudre des problèmes concrets au niveau local. Les grossesses des adolescentes peuvent être attribuées à de nombreux facteurs, dont une éducation sexuelle incomplète, des normes sociales concernant les femmes contribuant aux grossesses précoces, le mariage précoce, des situations fréquentes de violence sexuelle et de relations sexuelles tarifées, l'absence de services de santé tenant compte des besoins des jeunes, l'absence de moyens de contraception peu coûteux et accessibles, ou un ensemble de ces facteurs. Les taux de morbidité et de mortalité anormalement élevés peuvent être attribués notamment à l'accès tardif aux services de santé ou au fait que les adolescentes ne demandent pas de soins pour l'une ou l'autre des raisons citées ci-dessus. On peut aussi penser que, plus souvent, les adolescentes ont tendance à provoquer elles-mêmes leur avortement et à craindre des sanctions pénales, sont mal informées des signes de grossesse, souffrent du manque réel ou perçu de considération vis-à-vis des jeunes dans les services de santé, ou sont confrontées à plusieurs de ces problèmes en même temps.

60. **La deuxième étape consiste à identifier les responsables de chacun de ces facteurs, qui peuvent transcender le secteur de la santé.** Ainsi, si les normes sociales relatives aux femmes contribuent aux grossesses précoces, cela peut être dû à une méconnaissance au sein de la famille des droits des filles à l'éducation et à l'égalité et des risques d'une grossesse pour la santé de jeunes adolescentes; à l'absence d'initiatives éclairées de la part des aînés, des enseignants locaux et des responsables politiques au sujet des rôles dévolus par la société aux hommes et aux femmes; au fait qu'aucun enseignement concernant les droits des femmes et l'égalité des sexes n'est dispensé dans les écoles du pays, et qu'il est organisé dans les écoles des tests de grossesse forcés ou suivi d'autres pratiques renforçant les normes sociales défavorables aux femmes; à la présence dans la législation nationale de dispositions opérant une discrimination directe à l'égard des femmes et des filles ou ayant des répercussions particulièrement défavorables sur les femmes; à l'existence de difficultés économiques contribuant aux mariages précoces et aux grossesses précoces; ou à un ensemble de ces divers facteurs.

61. **La troisième étape consiste à suggérer aux différents responsables les mesures à prendre et la hiérarchie des priorités pour s'attaquer à chacun des facteurs à la source du problème.** Par exemple, une législation nationale qui instaure directement une discrimination à l'égard des femmes et des filles ou a des répercussions particulièrement défavorables pour celles-ci, notamment en ce qui concerne l'âge du mariage, l'éducation, les titres fonciers et l'héritage ou l'emploi, en plus de la santé, devrait être modifiée. Les lois, politiques et règlements ayant des incidences directes dans le domaine de la santé, notamment les dispositions qui criminalisent de façon trop sévère des prestations s'adressant aux femmes, la nécessité d'obtenir l'autorisation d'un tiers ou l'absence de réglementation pour l'utilisation de la clause de conscience, devraient être modifiés, et les obligations des prestataires de services et les droits des usagers modifiés en conséquence devraient être diffusés. Le gouvernement national devrait notamment entreprendre des campagnes médiatiques et des actions de sensibilisation du public en visant particulièrement les adolescents, les adultes et les groupes défavorisés ainsi que les principales parties prenantes, tels que les responsables locaux et les enseignants, afin de diffuser des messages pour l'égalité des sexes et l'adaptation correspondante de la législation, pouvant nécessiter un financement par des donateurs extérieurs et une coopération avec la société civile.

62. Plus l'identification des problèmes et de leurs causes sera précise, plus il sera facile de demander effectivement des comptes aux responsables; cela ne peut se faire valablement qu'au niveau local.

63. **Le processus de délibération joue un rôle central dans la compréhension des aspects complexes de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et des responsabilités, ainsi que dans l'élaboration de solutions efficaces et durables que le public pourra considérer comme légitimes.** Des diagnostics seront établis au niveau local par une variété d'acteurs, en fonction du contexte et sans mettre systématiquement à contribution toutes les parties prenantes. Néanmoins, la pleine participation des communautés touchées est indispensable, en particulier les femmes appartenant à des groupes marginalisés et vulnérables et les personnels de santé, pour l'identification des problèmes, des causes et des responsables et la détermination des mesures correctives et solutions prioritaires.

64. **Pour évaluer les facteurs pouvant constituer des obstacles dans la pratique, il faut réfléchir à l'organisation et à la coordination des actions à l'intérieur des systèmes et entre les systèmes, notamment pour aligner:**

- a) Les lois et politiques (par exemple, veiller à ce que le Ministère de la santé publie et diffuse des règlements adaptés concernant l'avortement lorsque la loi l'autorise);
- b) Les politiques et les budgets (par exemple, adapter l'affectation des budgets aux besoins des quintiles de revenu les plus bas et/ou des groupes marginalisés);
- c) Les budgets et les programmes (par exemple, veiller à ce que le coût des soins de santé ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins de santé sexuelle et génésique indispensables);
- d) Les politiques et les programmes (par exemple, veiller à ce que les prestataires de services à tous les niveaux s'acquittent effectivement des fonctions qui ont été définies dans les politiques nationales et régionales);
- e) La formation et les programmes (par exemple, veiller à ce que suffisamment d'agents de santé de catégorie intermédiaire soient recrutés et formés afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé sexuelle et génésique).

65. **Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits, il faut prêter attention à la fois aux interventions à mener immédiatement dans le domaine de la santé et aux transformations sociales qui doivent intervenir à plus long terme pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles.** Surmonter les obstacles identifiés à l'ensemble des interventions, prestations et médicaments essentiels dans le cadre du renforcement du système de santé doit être une priorité. Toutefois, il faut en même temps mener des efforts pour remédier à toutes les formes plus générales de discrimination à l'égard des femmes et/ou de groupes particuliers de femmes qui ont un effet sur la mortalité et la morbidité maternelles.

66. **Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits, il est indispensable que tant les droits des usagers du système de santé que ceux des personnels de santé soient respectés pleinement.** Toute forme de mauvais traitement, de négligence ou d'irrespect des usagers du système de santé représente une atteinte à leurs droits. Il faut que les institutions soient organisées et gérées de façon à encourager le respect des droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique, notamment en préservant l'intimité et la confidentialité. Il faut que les décideurs, les responsables de la planification, les administrateurs du système de santé et les prestataires de services reçoivent systématiquement une formation visant à garantir que l'accès des femmes aux soins soit considéré comme un droit et que tous les responsables comprennent quelles sont leurs obligations de comportement correspondantes. En outre, dans le système de santé, les agents de santé ont des devoirs mais aussi des droits. Il faut veiller à ce que les conditions de travail et le traitement des personnels de santé soient adéquats, y compris leur salaire et les prestations auxquelles ils ont droit, qu'il soit prévu des procédures disciplinaires et que

leur voix puisse se faire entendre, afin que leurs droits soient respectés et que le système de santé puisse réduire plus efficacement la mortalité et la morbidité maternelles.

V. Responsabilité

67. Comme souligné tout au long du présent rapport, la responsabilité joue un rôle central à chaque étape d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Outre la transparence, la pleine participation des populations et des groupes de la société civile concernés est indispensable. Pour que le système de responsabilisation soit efficace, il faut aussi que les individus, les familles et les groupes, notamment les femmes faisant partie de groupes vulnérables ou marginalisés de la population, aient connaissance de leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique et soient en mesure de faire valoir ces droits.

68. Dans les paragraphes ci-dessus, l'accent a été placé sur l'importance d'évaluer les défaillances en matière de responsabilisation à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé en menant des analyses de situation, et sur la nécessité de remédier à ces défaillances grâce à la planification et à la budgétisation ainsi qu'à des diagnostics et des actions de suivi menés régulièrement de la base vers le sommet afin de garantir une mise en œuvre concrète. La surveillance, le contrôle et la supervision, ainsi que les mesures correctives sont des éléments qui jouent un rôle critique dans le cycle de la responsabilisation, de même que la nécessité de définir la responsabilité des donateurs³⁷.

A. Surveillance

69. **Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme, la surveillance nécessite l'emploi d'indicateurs, qui ne sont pas tous quantitatifs ou liés au secteur de la santé**³⁸. Une telle approche nécessite de suivre et d'évaluer systématiquement:

a) L'évolution dans le temps des facteurs structurels, ce qui suppose notamment, mais pas exclusivement, de vérifier si les lois adoptées reconnaissent explicitement les droits en matière de santé sexuelle et génésique; d'adopter un plan national; et de modifier les lois entraînant une discrimination à l'égard des femmes ainsi que les institutions, notamment en créant une institution nationale pour les droits de l'homme;

b) Les mesures devant être prises sur le plan politique et budgétaire à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé. Dans le domaine des politiques, les efforts à mener portent notamment sur le calcul des coûts, la dotation en ressources et la mise en œuvre des mesures dans le cadre du plan national. Les ressources et les dépenses pour la santé sexuelle et génésique doivent également être surveillées, de même que la capacité à adapter les dépenses aux objectifs et engagements pris dans le domaine des droits de l'homme, tels que l'élimination des obstacles financiers à l'accès aux soins;

c) Les résultats concrets obtenus dans le domaine de la santé sexuelle et génésique des femmes et de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles en particulier. Il s'agit notamment des produits, des résultats et des incidences dans les catégories relevant du système de santé, depuis la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (à la fois par l'intermédiaire d'indicateurs objectifs, tels que le taux de mortalité clinique, et d'indicateurs subjectifs, tels que le degré de satisfaction des

³⁷ OMS, *Tenir les promesses, mesurer les résultats* (voir note 5), p. 8.

³⁸ Voir HRI/MC/2008/3.

femmes) des établissements de santé et biens et services de santé jusqu'aux effets ultimes, tels que les taux de fécondité, de natalité et de mortalité maternelle chez les adolescentes³⁹.

70. **Pour que la surveillance soit efficace, il faut disposer de systèmes performants d'information sanitaire et d'état civil et de données ventilées.** Il est indispensable de ventiler les données selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence (urbain ou rural), l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation, le quintile de revenu et la région géographique, dans la mesure du possible, pour garantir la non-discrimination et l'équité et offrir la protection qui leur est due aux groupes vulnérables et marginalisés⁴⁰.

71. **Les indicateurs quantitatifs doivent aider à tirer des conclusions concernant le respect des obligations internationales relatives aux droits en matière de santé sexuelle et génésique**⁴¹. En plus d'être établis à partir de données ventilées, comme indiqué ci-dessus, les indicateurs quantitatifs devraient être a) constamment ou fréquemment mesurables afin que les actions prises par une administration puissent être mesurées en temps voulu; b) objectifs, afin qu'il soit possible de comparer différentes époques et pays et/ou sous-régions; c) pertinents par rapport aux programmes afin qu'il soit possible d'établir des priorités et de repérer les lacunes en matière de responsabilisation; et, idéalement, d) soumis à des audits locaux afin de promouvoir la responsabilisation des populations desservies. Tous les indicateurs de santé maternelle utilisés actuellement aux échelons national et international ne répondent pas à ces critères. Toutefois, les gouvernements et les partenaires de développement devraient encourager la responsabilisation en veillant à ce que le plus grand nombre possible de critères soient respectés, notamment l'objectivité des données (y compris pour l'évaluation de la présence de personnels qualifiés au moment de l'accouchement).

72. **La surveillance devrait faciliter le renforcement du système de santé, y compris du système d'information sanitaire.** Fournir des soins obstétricaux d'urgence est une obligation fondamentale au regard du droit international, et cette intervention essentielle dans le domaine de la santé maternelle dépend étroitement de l'existence d'un système de santé opérationnel et bien coordonné. Une collecte plus large de données sur la disponibilité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence, qui dépend des données obtenues par enquête sur les établissements de santé, aiderait à renforcer les systèmes d'information sanitaire⁴². Les systèmes d'information sanitaire devraient également remédier au parti pris présent dans les données démographiques et sanitaires actuelles, qui peut avoir des incidences sur la situation de groupes vulnérables et marginalisés, notamment en excluant les populations flottantes et les populations de migrants ainsi que les femmes n'ayant pas donné naissance à un enfant vivant.

73. **La surveillance doit également porter sur les acteurs non étatiques, notamment les entreprises pharmaceutiques, les fabricants de fournitures et de matériels, les compagnies d'assurance et les prestataires de services privés.**

³⁹ La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a recommandé de se référer à 11 indicateurs pour renforcer la responsabilisation en matière de mortalité et de morbidité maternelles. OMS, *Tenir les promesses, mesurer les résultats* (voir note 5), p. 13.

⁴⁰ Ibid., p. 12 et 13.

⁴¹ Alicia Ely Yamin et Kathryn L. Falb. «Counting what we know; knowing what to count: Sexual and reproductive rights, maternal health, and the Millennium Development Goals», *Nordic Journal of Human Rights* (disponible au secrétariat).

⁴² OMS, FNUAP, UNICEF et Averting Maternal Death and Disability Programme, *Monitoring Emergency Obstetric Care* (2009); voir aussi OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Genève, 2005).

B. Différentes formes de contrôle et de supervision

74. La réalisation du principe de responsabilité dans le domaine des droits de l'homme nécessite de nombreuses formes de contrôle et de supervision, notamment:

a) La responsabilité administrative concernant la santé sexuelle et génésique nécessite des règles et des normes internes dans les établissements de santé et au ministère de la santé, qui établissent des règles de conduite et obligent les subordonnés à rendre compte à leur supérieur hiérarchique, avec un contrôle par une personne ou un comité en évitant les conflits d'intérêt;

b) La responsabilité sociale dicte que la société civile et le public participent à tous les niveaux à la prise des décisions relatives à la santé sexuelle et génésique tout au long du cycle des projets. La supervision par la population locale du personnel et des finances des établissements de santé et de la qualité des soins fournis, notamment à travers des fiches de notation, par des mécanismes d'administration locale ou par l'accompagnement des femmes par leur famille ou des membres de leur communauté, peut contribuer à la responsabilité sociale et devrait être envisagée au cas par cas;

c) La responsabilisation dans le domaine des politiques suppose que les autorités nationales et infranationales soient en mesure de justifier auprès des législateurs les critères utilisés et les décisions prises dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Pour que le contrôle parlementaire soit efficace, le pouvoir exécutif devrait communiquer en toute transparence les budgets et les documents de planification, ainsi que les résultats obtenus, et prévoir suffisamment de temps et fournir les informations nécessaires pour que les parlementaires et les autorités locales puissent procéder à un débat utile;

d) La responsabilité juridique nationale comprend le devoir de l'État de garantir l'exercice effectif des droits de l'homme, notamment le devoir d'assurer des recours juridiques effectifs aux victimes⁴³. Les voies de recours peuvent être judiciaires ou non judiciaires, notamment lorsqu'elles passent par une institution nationale des droits de l'homme⁴⁴;

e) La responsabilité internationale suppose l'intégration systématique d'informations sur les efforts menés pour prévenir et réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans les rapports qui sont présentés aux mécanismes internationaux de défense des droits de l'homme, notamment les organes régionaux pour les droits de l'homme, les organes de suivi des traités et l'Examen périodique universel mené par le Conseil des droits de l'homme, avec la mise en œuvre des recommandations qui en découlent.

75. Une approche fondée sur les droits de l'homme implique des mesures pour encourager la responsabilisation de nombreux acteurs à différents niveaux, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, notamment mais pas exclusivement:

a) **Responsabilisation des professionnels.** Bien que les agents de santé de première ligne ne doivent pas être traités comme des boucs émissaires en cas de défaillance des institutions, des normes efficaces devraient être mises en place pour garantir la qualité des soins, et les associations professionnelles, les conseils de l'ordre des médecins et/ou les organes qui délivrent des autorisations devraient prendre des sanctions en cas de négligence, de mauvais traitements, ou de faute professionnelle avérés, que les responsables soient titularisés ou non;

⁴³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3, par. 5.

⁴⁴ À titre d'exemple, consulter le document intitulé «Realizing sexual and reproductive health rights in Kenya: a myth or reality?», publié en 2012 par la Commission nationale pour les droits de l'homme du Kenya, disponible à l'adresse suivante: www.knchr.org/reproductivehealth.aspx.

b) **Responsabilisation des institutions.** Au niveau des établissements, la responsabilisation nécessite une supervision continue et, lorsque des défaillances sont repérées, un suivi régulier. Des procédures de plainte devraient être offertes aux usagers du système de santé dans tous les établissements, notamment pour faire appel des décisions des responsables des institutions ou des comités d'éthique refusant l'accès à toute forme de soins de santé sexuelle et génésique. En outre, il faudrait mettre en place des procédures de médiation interne afin d'examiner les plaintes déposées par les agents de santé dans chaque établissement et donner aux intéressés la possibilité de faire appel;

c) **Responsabilisation du système de santé.** En plus de procéder à un contrôle continu du système et à des diagnostics réguliers des obstacles rencontrés, tous les cas de décès maternels devraient faire systématiquement l'objet d'une enquête afin que des enseignements puissent être tirés à tous les niveaux du système de santé, tant en termes de comportements et de pratiques individuels que de politiques nationales, et tout au long de la séquence des soins depuis le domicile jusqu'à l'hôpital. Cette enquête sur les cas de mortalité maternelle devrait être menée dans un esprit de responsabilité partagée et non pour rechercher un coupable, et servir à renforcer les actions de prévention de futurs décès liés à la maternité;

d) **Responsabilisation des acteurs privés.** Les entreprises privées et les autres acteurs non étatiques ont pour responsabilité de respecter les droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique, ce qui signifie qu'ils doivent faire preuve de diligence raisonnable ou prendre les précautions nécessaires pour éviter de compromettre la réalisation de ces droits⁴⁵. De son côté, l'État devrait mettre en place les lois, politiques, règlements et directives nécessaires et les faire appliquer en cas d'atteinte aux droits;

e) **Responsabilisation des donateurs.** Les donateurs ont des obligations d'assistance et de coopération internationales s'agissant des droits en matière de santé sexuelle et génésique; ces obligations sont financières et non financières, ainsi que décrit plus bas.

C. Recours

76. **Il est indispensable d'offrir des voies de recours pour donner effet aux droits.** Ces recours peuvent prendre la forme d'une restitution, d'une réparation, de la satisfaction d'une demande ou d'une garantie de non-répétition⁴⁶. Les recours peuvent être administratifs mais il est souvent utile de se prévaloir d'un recours judiciaire contre des procédures administratives⁴⁷. Une institution nationale pour les droits de l'homme peut également offrir un recours. En toute circonstance, les moyens de recours doivent être accessibles, d'un coût abordable, rapides et efficaces, ce qui nécessite un financement, des capacités et des mandats adaptés.

77. **Les recours judiciaires peuvent jouer un rôle central dans la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et génésique,** notamment:

- a) Garantir la mise en œuvre des lois et politiques en vigueur;
- b) Modifier les lois, politiques et budgets qui ne protègent pas efficacement les droits en matière de santé sexuelle et génésique;
- c) Remédier aux obstacles de nature discriminatoire pour l'accès aux soins de santé sexuelle et génésique;

⁴⁵ Voir A/HRC/17/31.

⁴⁶ E/C.12/2000/4, par. 59.

⁴⁷ E/C.12/1998/24, par. 9.

d) Offrir des recours en cas d'atteinte aux droits en matière de santé sexuelle et génésique dans la pratique.

78. **Les institutions nationales pour les droits de l'homme devraient également promouvoir la responsabilisation en ce qui concerne les droits à la santé sexuelle et génésique**, notamment en ouvrant des enquêtes sur les violations des droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique; en surveillant la mise en œuvre de la législation, les résultats obtenus par certaines institutions, les jugements rendus par les tribunaux et les recommandations formulées par les organes internationaux pour les droits de l'homme; et en organisant des auditions publiques et des campagnes d'éducation portant sur la mortalité et la morbidité maternelles et sur les droits de l'homme.

79. **Pour que les moyens de recours soient efficaces, l'État doit régulièrement sensibiliser les avocats, les juges et le public au fait qu'il peut être porté plainte en cas d'atteintes aux droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique, et fournir aux mécanismes de responsabilisation des financements suffisants.**

80. **Pour que les moyens de recours soient efficaces, il faut que les parlementaires appuient le principe d'une responsabilisation accrue en cas de violation des droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique**, notamment en s'attaquant aux obstacles physiques et économiques, entre autres, qui entravent l'accès aux moyens de recours, en particulier l'accès des groupes vulnérables ou marginalisés; veiller à ce que réparation soit assurée rapidement; faire mieux connaître les voies de recours existantes; élargir les motifs d'action en justice admis pour obtenir réparation; et remédier à l'insuffisance du financement, aux lacunes des mandats, au manque d'indépendance ou à l'insuffisance des compétences des institutions nationales pour les droits de l'homme.

VI. Assistance et coopération internationales

81. Tous les partenaires de développement devraient contribuer à la création d'un ordre social et international dans lequel les droits fondamentaux, y compris les droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique, peuvent être réalisés⁴⁸. Les obligations en matière de droits de l'homme relatives à la promotion de la santé mondiale, y compris la santé en matière de sexualité et de procréation, nécessitent des approches communes et des systèmes de responsabilité collective ainsi qu'un programme mondial pour le développement centré sur les notions de durabilité sociale et environnementale, d'égalité et de respect, et de réalisation des droits de l'homme. Les problèmes sous-jacents en ce qui concerne la mortalité et la morbidité maternelles, tels que l'égalité des sexes et le fonctionnement durable d'un système de santé efficace et équitable, sont des enjeux auxquels tous les pays sont confrontés quel que soit leur niveau de revenu.

82. Au nom de leurs obligations en matière d'assistance et de coopération internationales, les États en situation de fournir une assistance doivent le faire. Les États qui n'ont pas les moyens nécessaires pour remplir leurs obligations en matière de droits de l'homme doivent s'efforcer d'endiguer la perte de ressources à la fois financières et humaines et demander à bénéficier de la coopération internationale⁴⁹.

⁴⁸ Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 28. Voir aussi la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005) et le Programme d'action d'Accra (2008) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (disponible à l'adresse suivante: www.oecd.org/dataoecd/30/63/43911948.pdf), par. 13 c).

⁴⁹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2.

83. Des progrès ont été réalisés dans la prise de conscience des responsabilités des partenaires de développement non étatiques de faire en sorte que leurs activités ne conduisent pas à des violations des droits de l'homme⁵⁰.

84. L'obligation de fournir une assistance et une coopération internationales vient s'ajouter aux obligations des gouvernements nationaux mais ne les remplace pas.

85. **Tous les partenaires de développement doivent veiller à ce que leurs politiques de développement soient fondées sur les droits, ce qui signifie notamment qu'ils doivent s'abstenir de porter atteinte aux droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique.** Ainsi, les restrictions de l'aide notamment en relation avec l'information relative aux services essentiels de santé génésique, ou les régimes de propriété intellectuelle créant des obstacles à l'accès aux médicaments essentiels, compromettent la capacité des gouvernements de réaliser les droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique⁵¹.

86. **La coopération internationale devrait viser à renforcer la capacité des systèmes nationaux de santé de promouvoir les droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique.** Les partenaires de développement devraient s'abstenir de créer une administration parallèle à celle du Ministère de la santé et/ou d'utiliser des systèmes différents de ceux mis en place par le gouvernement.

87. **Les États donateurs devraient protéger les droits des femmes à la santé sexuelle et génésique en réglementant efficacement l'activité des acteurs privés sur lesquels ils exercent un contrôle⁵².** Ces acteurs privés sont notamment des entreprises pharmaceutiques, des fabricants de fournitures et de matériels, ainsi que d'autres entreprises dont les activités ont une incidence sur la prestation de services de santé sexuelle et génésique à l'étranger.

88. **La cohérence des politiques est indispensable dans le cadre du partenariat mondial pour le développement.** Ainsi, les États donateurs ne devraient pas investir dans le renforcement des systèmes de santé tout en cherchant à attirer, ou en autorisant les acteurs privés actifs dans leur juridiction à attirer, des ressources humaines par l'intermédiaire de politiques migratoires⁵³. Les États donateurs, individuellement et collectivement, devraient également évaluer les politiques commerciales, économiques, budgétaires et relatives à la dette afin de s'assurer qu'elles ne compromettent pas la promotion des droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique.

89. **Les partenaires de développement devraient veiller à ce que l'assistance économique soit prévisible, harmonisée et transparente⁵⁴.** Il faudrait conclure avec les gouvernements nationaux des accords pour un appui budgétaire consolidé ainsi que pour la communication d'informations sur les dépenses couvertes par des financements extérieurs⁵⁵. Le système de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'OCDE devrait être amélioré pour enregistrer rapidement toutes les

⁵⁰ Voir A/HRC/17/31.

⁵¹ E/C.12/1997/8, par. 4; E/C.12/2000/4, par. 41.

⁵² E/C.12/2000/4, par. 39; A/60/348, par. 62.

⁵³ Ibid., par. 61. Voir aussi le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, 2010. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/fr/index.html.

⁵⁴ OCDE, Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et Programme d'action d'Accra (voir note 48). Voir aussi le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, adopté lors du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, 2011. Disponible à l'adresse suivante: http://www.aideeffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_FR.pdf.

⁵⁵ OMS, *Tenir les promesses, mesurer les résultats* (voir note 5), p. 2.

dépenses dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation des partenaires de développement⁵⁶ et ces dépenses devraient être rendues publiques et diffusées sous un format accessible.

90. **La conception, la mise en œuvre et l'évaluation de tous les aspects de l'assistance et de la coopération internationales devraient se faire avec la participation de la société civile et des destinataires des programmes.** Les partenaires de développement devraient rendre publiques leurs évaluations des programmes et présenter régulièrement des informations, sous un format accessible aux organisations de la société civile, aux parlements nationaux et aux autres organes de supervision des pays et du système des Nations Unies.

⁵⁶ Ibid., recommandation 9.