

COMPLETE TOOLKIT

Toolkit en matière d'accès universel aux soins de SSR selon une approche basée sur les droits humains



CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS

COMPLETE TOOLKIT

Toolkit en matière d'accès universel aux soins de SSR selon une approche basée sur les droits humains



CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS

Remerciements

Ce toolkit est une publication du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)¹ et du Center for Reproductive Rights (CRR). Il a été conceptualisé par Rebecca Brown, directrice principale du plaidoyer mondial au CRR, et Emilie Filmer-Wilson, conseillère en droits humains au FNUAP. Le toolkit a été rédigé par Payal Shah, consultante au CRR, et Violeta Canaves, analyste des droits humains au FNUAP. Emily Walsh, membre du CRR, a également apporté son soutien à la recherche et à la rédaction. Le toolkit a été revu et édité par Rebecca Brown, Emilie Filmer-Wilson, le groupe de référence du FNUAP (Gabriela Alvarezminite, Gunilla Backman, Maria Bakaroudis, Catherine Breen Kamkong, Nafisatou Diop, Jennie Greanie, Anneka Knutsson, Geeta Lal, Tim Sladden, Jyoti Tewari, Francelle Toedtli, Irem Turner, et Ilya Zhukov) ; Christina Zampas, directrice associée du plaidoyer mondial au CRR ; et Alejandra Cardenas, directrice des stratégies juridiques mondiales au CRR. Ce toolkit a bénéficié de précieuses remarques fournies par les bureaux de pays du FNUAP au Malawi, au Rwanda et en Zambie, le bureau régional du FNUAP pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, l'ambassade de Suède au Rwanda, AfriYAN Rwanda, l'Initiative pour le développement de la santé (Rwanda), IntraHealth International (Rwanda), et les fonctionnaires des ministères de la Santé du Malawi et de la Zambie. The pilot testing was facilitated by UNFPA's Regional Office for Eastern and Southern Africa. Emma Chessen, coordinatrice de programme au CRR, a soutenu le processus de publication et de diffusion du toolkit.

Table des matières

Liste d'acronymes	iv
Manuel de l'utilisateur	v
Introduction	1
Module 1. Normes de droits humains en matière de santé maternelle	3
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	5
Études de cas : Développer des soins de qualité pour les jeunes mères autochtones en République du Congo	12
Faire en sorte que les prestataires de soins maternels soient tenus pour responsables des abus au Kenya	12
Module 2. Normes de droits humains relatives à l'information et aux services en matière de contraception	13
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	15
Études de cas : <i>Des salons de coiffure servant à promouvoir la planification familiale au Mali</i>	20
<i>Enquête nationale sur les droits en matière de santé reproductive aux Philippines</i>	20
Module 3. Normes de droits humains relatives à l'éducation complète à la sexualité	21
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	23
Étude de cas : <i>Offrir une éducation complète à la sexualité aux adolescents et aux jeunes non scolarisés en Iran</i>	28
Module 4. Normes de droits humains relatives aux soins complets liés à l'avortement	29
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	31
Études de cas : <i>Lever les obstacles à la prise en soins complets d'avortement au Népal</i>	37
<i>Abrogation de l'interdiction de l'avortement en Irlande</i>	38
Module 5. Normes de droits humains relatives au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles	39
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	41
Études de cas : <i>Mettre fin aux abus et à la discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH au Chili</i>	49
<i>Garantir des soins aux personnes incarcérées vivant avec le VIH en Namibie</i>	50
Module 6. Normes de droits humains relatives à la violence basée sur le genre	51
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	52
Étude de cas : <i>Protéger les élèves des écoles publiques contre la violence sexuelle en Équateur</i>	57
Module 7. Normes de droits humains sur les pratiques néfastes	59
Questions clés pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains	61
Étude de cas : <i>Éliminer les MGF grâce au plaidoyer des jeunes et à l'engagement des hommes au Sénégal</i>	67
Références	68

Liste d'acronymes

CEDAW	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CRR	Center for Reproductive Rights (Centre pour les droits reproductifs)
CSU	Couverture sanitaire universelle
ECS	Éducation complète à la sexualité
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
IST	Infections sexuellement transmissibles
MEPF	Mariage d'enfants, précoce et forcé
MGF	Mutilations génitales féminines
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OSIGEGCS	Orientations sexuelles, identités de genre, expressions de genre et caractéristiques sexuelles
PNUD	Programme de développement des Nations Unies
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Manuel de l'utilisateur

En quoi consiste ce toolkit ?

Ce toolkit fournit des conseils pratiques à ceux qui cherchent à intégrer une approche de la santé sexuelle et reproductive fondée sur les droits humains dans le contexte de la couverture sanitaire universelle (CSU).

À travers sept modules thématiques ; soit (1) la santé maternelle, (2) les informations et les services en matière de contraception, (3) l'éducation à la sexualité, (4) les soins liés à l'avortement, (5) le VIH et autres infections sexuellement transmissibles, (6) la violence basée sur le genre, et (7) les pratiques néfastes ; le toolkit reprend les questions clés que les utilisateurs peuvent se poser lorsqu'ils analysent la conformité du système de santé de leur pays aux droits humains. Il fournit également des ressources pertinentes, des études de cas et des exemples pratiques de ce qu'est une « bonne » mise en œuvre d'une approche de couverture sanitaire universelle (CSU) fondée sur les droits.

En traduisant les normes internationales relatives aux droits humains en matière de droits et de santé sexuels et reproductifs dans un format opérationnel, le toolkit fournit un cadre pratique aux personnes souhaitant examiner et améliorer la conformité de leur système de santé par rapport aux obligations internationales en matière de droits humains.

Qui peut l'utiliser ?

Les responsables gouvernementaux, les professionnels de la santé, la société civile, les défenseurs des droits humains, le personnel des Nations Unies et toute autre personne qui s'engage à garantir une approche à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR) fondée sur les droits dans le cadre de la CSU.

Comment l'utiliser ?

Ce toolkit est destiné à orienter les efforts visant à déterminer et à évaluer dans quelle mesure les obligations internationales en matière de droits humains concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs ont été soutenues et mises en œuvre dans le cadre des politiques et des programmes de CSU. Le toolkit peut être utilisé, entre autres, pour :

- surveiller que les établissements de santé respectent les droits humains ;
- définir les lacunes dans la mise en œuvre des droits et de la santé sexuels et reproductifs ;
- orienter les discussions sur les pratiques et les politiques afin de garantir des résultats fondés sur les droits ;
- encourager la collecte de données et la recherche tant à l'échelle nationale que locale ;
- fournir un cadre pratique pour soutenir la redevabilité fondée sur les droits humains ;
- repérer les problèmes qui méritent une attention particulière ;
- offrir aux équipes de santé un point d'entrée leur permettant de discuter des obligations en matière de droits humains ;
- faciliter les discussions sur les obligations en matière de droits et de santé sexuels et reproductifs avec les partenaires nationaux, notamment les gouvernements et la société civile.

La CSU est cruciale à la réalisation d'un ensemble de droits humains, en commençant par le droit au meilleur état de santé possible.

Key Questions “Traffic lights”

Each “key question” is followed by a column with “traffic lights”—standing for always, often, sometimes, rarely and never—intended to help users answer each question based on their country context.

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

INTRODUCTION

Afin de garantir que toutes les personnes, en particulier les femmes, les jeunes filles et les adolescentes, puissent bénéficier du droit à la santé sans discrimination, coercion, ni violence, work to achieve UHC needs to integrate sexual and reproductive health and rights (SRHR). Pour rester ancrés dans les droits humains, ces efforts doivent se concentrer sur l'égalité et la non-discrimination, la qualité des services, la responsabilité et l'autonomie corporelle.

La mise en œuvre de la SDSR et la prestation de CSU sont deux composantes essentielles des obligations des États en matière de droits humains. Providing UHC is a central to states' obligation to respect, protect, and fulfill the right to health, while the cadre international des droits humains exige des États qu'ils veillent à ce que les soins de santé sexuelle et reproductive soient disponibles, accessibles, acceptables, de bonne qualité et dépourvus de discrimination, de coercion et de violence, qu'ils s'attaquent aux causes profondes des violations des droits humains, telles que l'inégalité entre les sexes, et qu'ils garantissent la responsabilité de la mise en œuvre effective de la santé sexuelle et reproductive.

La réalisation d'une CSU incluant la SDSR est essentielle à la mise en œuvre de l'Agenda 2030 pour le développement durable. En 2019, les dirigeants du monde entier ont fait une déclaration politique dans laquelle ils ont réitéré leur engagement à mettre en œuvre une CSU d'ici à 2030, en renforçant les engagements pris dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD). Les ODD reconnaissent explicitement que la santé sexuelle et reproductive est essentielle à la santé, au développement et à l'égalité entre les sexes. La santé sexuelle et reproductive est mentionnée dans les ODDs 3 et 5. L'ODD 3 comprend un objectif visant à « assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, y compris pour la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive au sein des stratégies et des programmes nationaux ».

Dans le programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, les États se sont convenus que les droits humains constituaient la pierre angulaire de la réponse aux problèmes de développement et de population, notamment la nécessité d'éliminer la discrimination fondée sur le sexe et les pratiques traditionnelles préjudiciables ; de protéger la capacité des personnes à prendre des décisions libres et éclairées concernant leur santé sexuelle et reproductive ; de garantir l'accès à la planification familiale volontaire, à la contraception et à l'avortement sécurisé ; de même que de garantir une grossesse ainsi qu'un accouchement sans risque. Le programme d'action de la CIPD a également demandé aux États de veiller à ce que les soins de santé reproductive soient disponibles dans le cadre du système de soins de santé primaires pour 2015.

Bien que les États soient tenus de respecter le cadre de droit international relatif aux droits humains dans la mise en œuvre de la CSU, il existe peu d'indications sur la manière d'intégrer une approche de la santé sexuelle et reproductive fondée sur les droits dans les politiques et les programmes nationaux de CSU. Ce toolkit fournit un guide pratique pour soutenir les fonctionnaires gouvernementaux, les organisations de la société civile, les institutions de droits humains, les professionnels de santé, le personnel de l'ONU, ainsi que d'autres parties prenantes clés travaillant dans le domaine de la SDSR, à garantir une approche de la santé sexuelle et reproductive fondée sur les droits dans l'élaboration de politiques et de programmes de CSU.

S'appuyant sur les normes internationales en matière de droits humains, le toolkit vise à soutenir les activités de plaidoyer, les politiques et autres travaux pertinents sur la SDSR afin de garantir que toutes les personnes – en particulier les plus défavorisées – disposent des moyens, des informations et des services nécessaires pour prendre des décisions libres et éclairées en matière de sexualité et de reproduction. En ce sens, il vise à soutenir l'objectif plus large de la mise en place de soins de santé universels solides, durables et respectueux des droits, en particulier en ce qui concerne les SDSR.

Le toolkit propose sept modules thématiques, qui explorent les éléments clés fondés sur les droits humains dans sept domaines thématiques de la santé sexuelle et reproductive :²

- santé maternelle ;
- information et services en matière de contraception ;
- éducation complète à la sexualité ;
- soins complets liés à l'avortement ;
- VIH et infections sexuellement transmissibles ;
- violence basée sur le genre ;
- pratiques néfastes.

Chaque module thématique fournit un questionnaire, avec des questions clés qui s'appuient sur les normes et les principes internationaux en matière de droits humains, puis comprend des exemples pratiques et des ressources utiles. Les questionnaires sont destinés à soutenir l'analyse des politiques et des programmes actuels, alors que les ressources donnent des idées permettant de renforcer une approche fondée sur les droits.

Les défis soulevés par la pandémie de COVID-19 ont mis en évidence l'urgence de garantir la CSU et les SDSR, de même que de veiller à ce que les personnes et leurs droits soient au cœur de la reprise. Ce toolkit vise à fournir à la fois une inspiration et des conseils pour mettre en avant la centralité des droits et des choix dans les efforts en faveur de la CSU.

Normes de droits humains en matière de santé maternelle

Plus de 800 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, causes qui sont en grande partie le résultat de l'inégalité entre les sexes, de la discrimination, des inégalités en matière de santé et du non-respect des droits humains.³

Plus de 70 % des décès maternels dans le monde sont le résultat d'hémorragies graves, d'hypertension artérielle, d'infections, de complications liées à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et d'un travail prolongé ou de son arrêt. La plupart de ces cas d'urgence sont évitables s'ils sont détectés et gérés en temps opportun.⁴

La réduction du taux mondial de mortalité maternelle à 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 est un objectif clé des ODD en matière de SDSR et de CSU.

Le respect des droits humains va au-delà de la simple prévention des décès pendant la grossesse et l'accouchement. Le droit à une grossesse et à

un accouchement sûrs comprend le droit d'accéder à l'ensemble des services liés à la grossesse et à la période postnatale, sans être soumise à la discrimination, à la coercition ou à la violence.⁵

Les systèmes de santé doivent garantir que les services de santé sexuelle et reproductive sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.⁶ Les États doivent s'attaquer aux violations du droit au consentement éclairé, les abus de la doctrine de la nécessité médicale et au déni de l'autonomie des femmes dans la prise de décisions qui se produisent dans tous les contextes de soins de santé maternelle, y compris pendant les soins prénataux, le travail et l'accouchement.⁷ Ceux-ci comprennent la stérilisation forcée immédiatement après l'accouchement, des procédures surmédicalisées et non consenties pendant et immédiatement après l'accouchement, ainsi que des violations de la vie privée et de la confidentialité avant et pendant le séjour d'une femme dans un établissement de soins de santé.⁸

Tels abus violent les droits des femmes à l'intégrité physique ainsi qu'à l'autonomie, peuvent causer des dommages durables à leur santé et bien-être et ont de graves répercussions sur la santé publique et les droits humains, comme le reconnaît l'OMS.⁹ Elles affectent de manière disproportionnée les femmes, les adolescents et les personnes ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles différentes (OSIGEGCS), ainsi que les personnes appartenant à des groupes marginalisés ou ayant des identités intersectionnelles.

Afin d'aborder la santé maternelle sous l'angle des droits humains, il convient d'élaborer des lois, des politiques et des pratiques pour garantir la santé, le bien-être et l'absence de violence tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale ; y compris en créant un environnement favorable aux professionnels de la santé bien formés et bien encadrés. Une approche de la santé maternelle

fondée sur les droits humains aborde également les dynamiques du pouvoir qui perpétuent les inégalités, à travers d'interventions stratégiques comme la réaffectation des ressources, le renforcement des mécanismes de responsabilisation au sein des systèmes de santé ainsi que des mesures visant à démanteler les normes sociales et culturelles négatives.¹⁰ La prestation de soins de santé maternelle étant une « obligation fondamentale » en vertu du droit international des droits humains, les États doivent garantir la sécurité de la grossesse et de l'accouchement, même dans le contexte de difficultés économiques ou autres.¹¹

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire qui suit offre un outil permettant d'évaluer la conformité de votre système de santé avec les obligations en matière de droits humains concernant les soins de santé maternelle.

La garantie d'une grossesse et d'un accouchement sans risques comporte de nombreuses dimensions. Une approche des soins de santé maternelle fondée sur les droits humains exige une action intersectorielle, coordonnée par des politiques et des programmes complets s'y rapportant¹², des plans et des campagnes stratégiques¹³ garantissant l'accès à l'aide à la naissance¹⁴, aux soins prénataux¹⁵, aux soins obstétriques d'urgence¹⁶ et aux soins post'avortement de qualité.¹⁷ Les soins de santé maternelle doivent être fournis d'une manière qui est respectueuse et qui garantit l'autonomie des femmes dans la prise de décision.¹⁸

1. Des soins de santé maternelle de qualité dans des établissements de santé fonctionnels sont-ils disponibles en fonction des besoins, physiquement accessibles et abordables pour tous, y compris pour les personnes vivant dans des régions isolées ?¹⁹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

2. Les communautés ont-elles accès à ces services ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

S'engager auprès de l'autorité de réglementation des médicaments en vue de s'assurer que tous les médicaments essentiels permettant de traiter les complications liées à la grossesse (par exemple, le misoprostol pour traiter l'hémorragie post-partum ou l'avortement incomplet) sont légalement autorisés, enregistrés pour un usage obstétrique et disponibles dans la pratique.²⁰

Travailler avec les responsables locaux de la santé et les établissements de santé pour s'assurer que les soins de santé maternelle sont physiquement disponibles en fournissant des moyens de transport, en modifiant les bâtiments afin de garantir l'accès aux personnes handicapées et en dotant les centres de santé d'un personnel adéquat, même dans les régions isolées.

Inciter les responsables nationaux de la santé à adopter des politiques garantissant le libre accès aux soins de santé maternelle et à affecter des budgets suffisants pour mettre en œuvre cette garantie.

Veiller à ce que les établissements soient bien équipés en médicaments et en matériel et à ce que le personnel soit disponible et correctement formé pour fournir des soins maternels de qualité, respectueux et non discriminatoires.

Conduct participatory research with community members to identify social, geographic, economic or other barriers preventing them from accessing quality maternal health care.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, AMDD, et Université de Genève, [Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités : améliorer les soins obstétricaux et néonatals d'urgence](#)

HCDH, [Série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés : mortalité et morbidité maternelles](#)

HCDH, FNUAP, Fondation FXB, PMNCH et OMS, , p. 20 Guide de réflexion sur une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme : application dans les domaines de la sexualité, de la procréation, de la maternité et de la petite enfance – Responsables des politiques de santé

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 35.

3. Les informations sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que sur la santé maternelle sont-elles accessibles et compréhensibles pour tous (compte tenu de l'âge, de la langue, des capacités, etc.) ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

4. Une éducation complète à la sexualité est-elle accessible et disponible ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Élaborer et diffuser des documents d'information et d'éducation sur la santé ainsi que sur les droits maternels dans les langues locales les plus courantes, en braille et dans des formats adaptés aux adolescents.

Travailler avec les responsables de la santé à l'échelle nationale et infranationale pour élaborer et mettre en œuvre un programme d'éducation complète à la sexualité incluant la santé maternelle.

Développer des campagnes de communication culturellement appropriées en collaboration avec les communautés, les organisations confessionnelles et les organisations de la société civile afin de sensibiliser aux aspects stigmatisés de la santé maternelle (notamment l'avortement, la santé mentale et les formes de morbidité maternelle comme la fistule obstétrique et le prolapsus utérin) et de faire connaître les lieux où obtenir des traitements.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 34.
Consulter également le questionnaire sur l'éducation complète à la sexualité.

5. La qualité des services de santé maternelle est-elle maintenue, notamment en garantissant un personnel médical qualifié, des médicaments et des équipements hospitaliers scientifiquement approuvés et non périmés, ainsi que des soins respectueux ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Soutenir les services de santé locaux dans le développement de programmes de supervision et de suivi des soins de santé maternelle, notamment sur la manière de suivre des protocoles normalisés pour la gestion des stocks de médicaments et d'équipements, des dossiers des patientes et des soins aux patientes.

Veiller à ce que les prestataires de soins de santé soient correctement formés et à ce que leur niveau de compétence soit maintenu grâce à une supervision et un mentorat de soutien, afin de fournir des soins respectueux de qualité à toutes les patientes.

Veiller à l'enregistrement correct des décès de mères, de nouveau-nés et de mort-nés, à la formation des agents de santé sur la manière de procéder à l'examen des décès maternels, ainsi qu'à la mise en place de mécanismes de remarques pour améliorer la qualité des établissements de santé. Réaliser des enquêtes sur la satisfaction des patientes.

Travailler avec les responsables nationaux de la santé et les écoles de médecine pour élaborer et mettre en œuvre des directives nationales sur les soins de santé maternelle respectueux, et intégrer ces directives dans le programme de formation des écoles de médecine.

S'engager auprès des responsables nationaux de la santé et des organisations de la société civile en vue de veiller au respect des directives relatives à la prévention du manque de respect et des abus dans les soins de santé maternelle (notamment les réglementations interdisant d'enchaîner les personnes incarcérées pendant le travail ou de retenir les personnes en post-partum dans les hôpitaux en raison de leur incapacité à payer les frais médicaux). Veiller à ce que les mécanismes de recours pour les plaintes soient clairement établis et garantissent la confidentialité.

RESSOURCES CLÉS

HCDH, FNUAP, Fondation FXB, PMNCH et OMS, [Guide de réflexion sur une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme : application dans les domaines de la sexualité, de la procréation, de la maternité et de la petite enfance – Responsables des politiques de santé](#), p. 20.

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 35.

5. Les soins de santé maternelle sont-ils fournis d'une manière culturellement appropriée ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

6. La confidentialité et le respect de la vie privée sont-ils garantis dans le cadre des soins de santé maternelle ?²¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Faciliter les audits d'inclusion participatifs ou les révisions des politiques et des plans d'action en matière de santé maternelle et adolescente afin de recueillir des avis sur la manière dont ces instruments répondent aux besoins des femmes issues des populations autochtones, des femmes d'origine africaine, des femmes handicapées, des personnes présentant une OSIGEGCS réelle ou perçue comme diverse, et des adolescentes.

Soutenir les responsables nationaux et internationaux de la santé dans la mise sur pied d'établissements de santé qui comprennent des espaces privés destinés à la consultation, à l'examen et au traitement confidentiels ainsi que dans la mise en œuvre de politiques qui précisent que les consultations et les examens ne doivent inclure que la patiente, sauf si elle demande la présence de son conjoint ou d'une autre personne.

Travailler avec les responsables nationaux du droit et de la justice pour veiller à ce que les lois sur le signalement obligatoire (y compris en ce qui concerne les violences sexuelles et l'avortement) soient conformes aux normes de droits humains en matière de confidentialité et de vie privée.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, UNICEF et ONU Femmes, [Fiche informative : Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones](#)

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 34.

7. Les réglementations légales et professionnelles respectent-elles l'autonomie des utilisateurs de services et soutiennent-elles le consentement éclairé, notamment en fournissant des conseils ?²²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Établir des partenariats avec des juristes en matière de droits sexuels et reproductifs afin d'examiner les restrictions à la divulgation d'informations relatives à la santé aux personnes enceintes, notamment les dispositions interdisant d'informer les personnes enceintes de conditions susceptibles de poser un risque pour leur vie ou leur santé, ou les lois prévoyant des restrictions aux soins de maternité en fonction de l'état matrimonial. Faciliter les consultations sur ces conclusions avec les responsables du droit et de la justice.

S'engager auprès des organisations professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues en vue d'adopter des directives éthiques concernant le consentement éclairé dans le cadre des soins de santé maternelle, notamment pour prévenir les césariennes inutiles et la stérilisation forcée ou coercitive ou encore l'insertion de dispositifs intra-utérins après l'accouchement.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6](#), p. 20.

8. L'État a-t-il pris des mesures pour garantir que les biens et les services essentiels à la santé maternelle, comme définis dans la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS (comme le misoprostol et les soins complets liés à l'avortement), sont légalement disponibles et accessibles à tous ?²³

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Travailler avec les responsables nationaux du droit et de la justice ainsi que les autorités réglementaires pour revoir les lois et les politiques afin de modifier ou d'éliminer les obstacles juridiques à l'accès aux médicaments utéroniques (notamment le non-enregistrement du misoprostol en tant que médicament essentiel à usages obstétriques multiples).

Travailler avec les responsables nationaux du droit et de la justice ainsi que les associations juridiques de femmes en vue d'examiner les lois et les politiques relatives aux soins complets liés à l'avortement et d'élaborer des stratégies visant à modifier ou à éliminer les obstacles juridiques à l'accès aux soins, notamment la criminalisation de l'avortement.

Organiser des programmes de renforcement des capacités avec les législateurs, les responsables gouvernementaux (y compris les responsables de la santé publique et les prestataires de soins de santé) ainsi que le pouvoir judiciaire concernant les normes relatives aux droits humains et les obligations des États en matière de soins liés à l'avortement.

S'engager auprès des responsables nationaux et locaux de la santé en vue d'adopter des politiques et des programmes garantissant l'accès légal à des soins post-avortement humains et dignes, même là où l'avortement est illégal ou restreint, et de supprimer toute politique qui exige que les personnes soupçonnées d'avoir avorté soient dénoncées ou qui exige que les personnes attestent avoir avorté avant de pouvoir recevoir des soins.

Travailler avec les instituts de formation, les écoles de médecine et les associations professionnelles médicales en vue de renforcer la formation initiale et continue sur les soins complets liés à l'avortement afin de renforcer les capacités des prestataires de soins de santé à fournir ces soins.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6](#), p. 20.

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#)

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 35.

Consulter également le questionnaire sur les soins complets liés à l'avortement.

9. Les facteurs sous-jacents et autres déterminants d'une grossesse saine (y compris une nutrition adéquate, l'eau potable, l'éducation, l'assainissement et le transport) sont-ils garantis aux personnes enceintes et après l'accouchement ?²⁴

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

S'engager auprès des responsables gouvernementaux supervisant les programmes d'aide sociale en vue de s'assurer que les femmes enceintes et les femmes en post-partum aient un accès garanti aux prestations nutritionnelles, aux foyers d'accueil, aux moyens de transport, et à l'eau potable.

Travailler avec le ministère de l'Éducation en vue de guider les politiques pour s'assurer que les étudiantes enceintes ne sont pas expulsées des écoles et que des aménagements sont prévus pour leur permettre de poursuivre leurs études.

Travailler avec les ministères de la Santé, de l'Eau et de l'Assainissement en vue de s'assurer que tous les établissements de santé disposent d'un approvisionnement en eau sûr et accessible, d'un assainissement adéquat, d'installations pour le lavage des mains aux points de soins et aux toilettes, ainsi que de systèmes appropriés d'élimination des déchets.

RESSOURCES CLÉS

CRR, [From Risk to Rights: Realizing States' Obligations to Prevent and Address Maternal Mortality](#), p. 8.

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 35.

10. Des mesures ciblées sont-elles en place en vue d'aborder la santé maternelle au sein des groupes marginalisés qui ont des taux de mortalité maternelle disproportionnellement élevés et qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins de santé reproductive, notamment les adolescentes, les femmes pauvres, les femmes autochtones, les femmes issues de groupes raciaux ou ethniques discriminés, les femmes de zones rurales, les femmes migrantes et les femmes handicapées ?²⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Établir un partenariat avec les services de santé des districts en vue de recueillir des données ventilées sur la mortalité maternelle chez les personnes victimes de discrimination intersectionnelle pouvant entraver l'accès aux services de soins de santé maternelle, comme les adolescentes, les femmes issues de groupes ethniques et raciaux victimes de discrimination, les femmes déplacées et touchées par les conflits, ainsi que les femmes vivant dans des zones mal desservies.

S'engager auprès du ministère de la Santé et d'écoles de médecine en vue de développer et de mettre en œuvre des modules d'éducation à la santé afin d'aborder les liens entre les stéréotypes discriminatoires des prestataires de soins de santé (en fonction du sexe et d'autres facteurs) et les résultats négatifs en matière de santé maternelle. Ces modules devraient être intégrés dans la formation initiale et dans la formation continue.

Explorer les possibilités de lutter contre les préjugés à l'encontre de groupes marginalisés à travers les médias et des programmes spéciaux ciblés that aim to educate and expose health care workers to the views, perspectives and rights of these groups.

Soutenir les responsables nationaux et locaux de la santé dans l'introduction d'un système d'audits des décès maternels (un examen non judiciaire qui va au-delà des raisons médicales permettant de déterminer les motifs sociaux, économiques et culturels qui ont conduit ou contribué à un décès maternel).²⁶

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, UNICEF et ONU Femmes, [Fiche informative : Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones](#)

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 35.

11. Des procédures de responsabilisation confidentielles et impartiales pour offrir des voies de recours sont-elles en place et accessibles à tous en temps utile pour traiter les plaintes de violence, de manque de respect et d'abus dans le domaine des soins de santé maternelle ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Soutenir les responsables locaux de la santé ainsi que les organisations de la société civile dans la mise en place de mécanismes au sein de l'établissement ou du district qui permettent aux personnes de déposer des plaintes et d'obtenir réparation après avoir subi des violences, un manque de respect ou des abus. Fournir les informations et les ressources nécessaires (y compris une assistance juridique gratuite, le cas échéant) afin d'aider les personnes à demander réparation en cas de violation.

Travailler avec les écoles de magistratures nationales ainsi que les institutions nationales de droits humains pour développer et mettre en œuvre des programmes de renforcement des capacités sur la santé maternelle en tant que préoccupation de droits humains.

Fournir une assistance juridique gratuite, si nécessaire, aux femmes dont les droits sont violés. Soutenir les mécanismes de redevabilité sociale comme les fiches d'évaluation par les citoyens.

RESSOURCES CLÉS

HCDH, FNUAP, Fondation FXB, PMNCH et OMS, [Guide de réflexion sur une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme : Application dans les domaines de la sexualité, de la procréation, de la maternité et de la petite enfance – Institutions nationales des droits de l'homme](#)

HCDH, FNUAP, Fondation FXB, PMNCH et OMS, [Guide de réflexion sur une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme : Application dans les domaines de la sexualité, de la procréation, de la maternité et de la petite enfance – Système judiciaire](#)

CRR, [From Risk to Rights: Realizing States' Obligations to Prevent and Address Maternal Mortality](#), p. 28.

ÉTUDES DE CAS

Développer des soins de qualité pour les jeunes mères autochtones en République du Congo

En République du Congo, le FNUAP s'est associé à Médecins d'Afrique pour améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive des femmes autochtones Baka dans le département de la Sangha.

L'initiative « Nouvelle jeune maman » a piloté une série d'interventions d'avril à juin 2017²⁷, y compris :

- l'organisation d'ateliers pour les prestataires de soins de santé sur les besoins propres aux femmes autochtones ;
- de la formation de volontaires communautaires responsables d'assurer la liaison avec les femmes enceintes pour les informer de leurs droits aux services de santé maternelle et pour les encourager à se rendre dans les dispensaires ;
- de la formation des accoucheuses traditionnelles aux pratiques biomédicales pour leur permettre d'exercer dans les établissements médicaux ;
- et de la distribution de kits avec des vêtements et du savon aux femmes autochtones enceintes avant leurs visites prénatales (afin qu'elles puissent arriver lavées et vêtues de vêtements propres et qu'elles ne se sentent pas gênées lors de leur visite dans les dispensaires).²⁸

Grâce à ces interventions, le nombre de femmes recevant des soins prénataux et accouchant dans les dispensaires et les hôpitaux du district a considérablement augmenté. Au premier trimestre 2017, 10 femmes ont reçu des soins prénataux et 11 femmes ont accouché dans un établissement médical. Au troisième trimestre, 112 femmes ont reçu des soins prénataux et 38 ont accouché dans un établissement médical.²⁹

Faire en sorte que les prestataires de soins maternels soient tenus pour responsables des abus au Kenya

En 2013, Josephine Oundo Ongwen a accouché à l'hôpital du comté de Bungoma à Nairobi, au Kenya et elle a subi de graves violences physiques et verbales de la part du personnel hospitalier.

L'hôpital a obligé Joséphine à acheter les médicaments nécessaires pour déclencher le travail, qui auraient dû lui être fournis gratuitement. Les infirmières lui ont dit que si elle avait besoin de soins une fois le travail déclenché, « elle devrait se rendre elle-même de la salle de travail à la salle d'accouchement ». C'est ce qu'elle a fait, pour constater qu'il n'y avait pas de lit disponible.

Josephine a accouché sans assistance médicale sur le sol de l'hôpital.³⁰ La trouvant inconsciente sur le sol, les infirmières l'ont agressée physiquement et verbalement pour avoir sali le sol et les murs. Lorsqu'elle a repris conscience, elles l'ont obligée à marcher sans aide jusqu'à la salle d'accouchement pour y être examinée.³¹

Josephine a subi un grave traumatisme émotionnel à la suite de ces mauvais traitements.³² Une autre patiente a été témoin de son calvaire et l'a documenté, ce qui a conduit à une large couverture médiatique de son cas.³³

Le tribunal qui a entendu l'affaire de Josephine a estimé que le personnel de l'hôpital avait violé son droit à la dignité et lui avait fait subir un traitement cruel, inhumain et dégradant.³⁴ Sa décision, rendue en 2018, a précisé que la loi kényane garantit à toute personne le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, y compris en matière de santé reproductive ; garantit la gratuité des soins de santé maternelle dans les établissements publics ; et établit que ces services doivent être accessibles et sûrs.³⁵

L'affaire de Josephine met en évidence la nécessité de fournir des services de maternité partout dans le monde d'une manière respectueuse qui honore la dignité de chaque femme.³⁶ Depuis 2018, le gouvernement kényan a fait de la CSU l'un des principaux piliers de son programme des quatre grandes priorités.³⁷ L'accès à des services de santé maternelle gratuits est une composante essentielle de la CSU grâce au programme Linda Mama du ministère de la Santé, déployée par le Fonds national d'assurance maladie en 2017³⁸ pour parvenir à un accès universel aux services de santé maternelle et infantile et de contribuer à la progression du pays vers une CSU.³⁹

Normes de droits humains sur l'information et aux services en matière de contraception

L'ampleur des besoins non satisfaits en matière de contraceptifs est considérable. Dans les régions en développement, 214 millions de femmes et de filles en âge de procréer souhaitent éviter une grossesse mais n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne, selon les estimations de 2017.⁴⁰

En vertu du droit relatif aux droits humains, toute personne a le droit de déterminer le nombre et l'espacement des naissances, et d'accéder aux informations et aux moyens nécessaires à cette fin, y compris l'éducation à la sexualité et les services de planification familiale.⁴¹

Les besoins non satisfaits en matière de contraceptifs peuvent entraîner des violations des droits à la vie privée, à la santé, à la vie, à l'éducation, à la non-discrimination et à l'égalité.⁴² Le droit relatif aux droits humains reconnaît que les besoins non satisfaits en matière de contraceptifs sont liés à de nombreux préjudices, y compris les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses,⁴³ la mortalité et la morbidité maternelles en raison de grossesses non planifiées ou rapprochées à haut risque,⁴⁴ le risque

accru d'infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH ; et la stérilité causée par les IST.⁴⁵ Pour les victimes de viols et d'autres formes d'abus sexuels, l'absence de contraception d'urgence légale et accessible est liée à des souffrances physiques et mentales qui peuvent être assimilées à des mauvais traitements.⁴⁶

Les obstacles à l'information et aux services en matière de contraception peuvent être particulièrement importants pour les personnes appartenant à des groupes marginalisés ou vulnérables, tels que les personnes handicapées, les adolescents, les groupes ethniques et raciaux victimes de discrimination, les personnes vivant avec le VIH/sida et les personnes vivant dans des foyers à faibles revenus ou dans des contextes humanitaires. Les personnes appartenant à ces groupes sont aussi touchées de manière disproportionnée par des politiques et des pratiques contraceptives coercitives ou forcées⁴⁷, comme la stérilisation involontaire⁴⁸, ainsi que les préjudices du fait de procédures contraceptives et de stérilisation de mauvaise qualité. Ces pratiques violent de nombreux

droits humains et peuvent atteindre un degré de torture ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants.⁴⁹

Les stéréotypes sexistes et autres concernant les personnes qui « devraient » et « ne devraient pas » se reproduire peuvent influencer l'accès aux informations et aux services en matière de contraception et avoir une incidence sur le risque de coercition. Par exemple, les politiques et les programmes liés à la contraception peuvent exclure les femmes célibataires et les adolescentes, sur la base d'une présomption selon laquelle elles ne devraient pas être sexuellement actives, ou les femmes handicapées, souvent stéréotypées comme étant asexuées. Les enfants intersexués peuvent être stérilisés tôt dans leur vie en raison d'idées fausses concernant leur fertilité et leur sexualité.

Le droit relatif aux droits humains et le programme d'action de la CIPD reconnaissent l'obligation des États de veiller à ce que toute la gamme⁵⁰ de contraceptifs de bonne qualité, modernes et efficaces soit disponible et accessible à tous.⁵¹ Le droit relatif aux droits humains établit spécifiquement que la contraception d'urgence, qui peut prévenir

une grossesse à la suite d'un rapport sexuel non protégé, doit être disponible sans ordonnance⁵² et gratuitement pour les victimes de violences, y compris les adolescentes⁵³, et que des mesures spéciales doivent être prises pour garantir sa disponibilité dans les zones de conflit et post-conflit.⁵⁴

Les États sont tenus de veiller à ce que l'utilisation de contraceptifs soit volontaire, pleinement réfléchie et exempte de coercition et de discrimination. Ils doivent accorder une attention particulière aux groupes qui ont historiquement été soumis à des pratiques de planification familiale coercitives, comme les Roms, les personnes handicapées et les femmes vivant avec le VIH.⁵⁵

Les États doivent également garantir le droit de rechercher, de recevoir et de diffuser des informations relatives à la contraception. Il s'agit notamment d'assurer l'accès à des informations et à des services impartiaux, complets et fondés sur des données probantes en matière de planification familiale et de contraception, sans discrimination et notamment pour les adolescents et les jeunes.⁵⁶

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire qui suit constitue un outil permettant d'évaluer la conformité de votre système de santé aux obligations relatives aux droits humains concernant les informations et les services en matière de contraception.

Une approche complète et fondée sur les droits humains, de la programmation de l'information et des services en matière de contraception comprend le développement des capacités des agents de santé, la sensibilisation, des données adéquates, des interventions ciblées pour les groupes marginalisés, la prise en compte de l'inégalité entre les hommes et les femmes et des mécanismes de responsabilité solides. Afin de soutenir l'évaluation et la conception de programmes dont l'approche des informations et des services en matière de contraception est fondée sur les droits humains, le FNUAP et What Works Association ont développé un [outil très utile](#).⁵⁷

- 1. Les installations, les biens, les informations et les services en matière de contraception sont-ils disponibles en fonction des besoins, y compris dans les régions isolées ?⁵⁸**

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Aider les responsables de la santé et les organisations de la société civile à faire en sorte que la gamme complète de méthodes contraceptives soit facilement accessible dans les cliniques publiques et privées (par exemple, en soutenant l'approvisionnement et la formation des agents de santé, le partage des tâches, le cas échéant, ainsi que la modification des installations afin de garantir l'accessibilité pour tous).

Engage with the Ministry of Health to soutenir l'intégration des informations et des services en matière de contraception dans les soins de santé primaires ainsi que les soins de santé sexuelle et reproductive, y compris les soins post-partum et post-avortement.

S'engager auprès de l'autorité de réglementation des médicaments en vue de s'assurer que tous les médicaments essentiels (comme reconnus dans la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels) pour la contraception, y compris la contraception d'urgence, sont légalement autorisés et disponibles dans la pratique.⁵⁹

Examiner les politiques en matière de logistique et d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité des biens et d'effectuer un suivi régulier de la distribution et des stocks de contraceptifs, en prêtant attention aux ruptures de stock et à la combinaison de méthodes à tous les échelons de la prestation de services.

Revoir les plans d'assurance publique ainsi que les processus budgétaires afin de garantir l'accessibilité financière aux services en matière de contraception, y compris leur inclusion dans les régimes publics d'assurance maladie et leur subventionnement⁶⁰.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 32.

OMS, [Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception](#)

FNUAP et OMS, [Garantir les droits de l'homme dans le cadre de la prestation de services ayant trait aux méthodes contraceptives : Guide de mise en œuvre](#), p. 15.

2. Les installations, les biens et les services liés à la contraception sont-ils fournis d'une manière respectueuse de l'éthique médicale et culturellement acceptable pour tous, notamment en respectant la culture des personnes, des minorités, des peuples ainsi que des communautés (y compris les communautés marginalisées), et en tenant compte des exigences liées au sexe et au cycle de vie ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

En partenariat avec les communautés affectées, fournir une formation aux prestataires de soins de santé afin d'améliorer l'accessibilité des services à toutes les personnes et à toutes les cultures, notamment en sensibilisant aux besoins et aux cultures des groupes marginalisés et en s'attaquant aux stéréotypes ainsi qu'aux normes discriminatoires dominantes pouvant nuire aux soins.

Veiller à ce que la société civile et les autres parties prenantes jouent un rôle central dans l'élaboration et le suivi des lois, des politiques et des programmes relatifs aux informations et aux services en matière de contraception.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 32.

OMS, [Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception](#)

FNUAP et OMS, [Garantir les droits de l'homme dans le cadre de la prestation de services ayant trait aux méthodes contraceptives : Guide de mise en œuvre](#), p. 21.

FNUAP, [Social and Cultural Determinants on Sexual and Reproductive Health: Studies from Asia and Latin America](#)

3. Toutes les personnes ont-elles accès à des informations complètes, impartiales et scientifiquement exactes⁶¹ sur la santé sexuelle et reproductive, qui couvrent la gamme complète de contraceptifs (y compris par le biais d'une éducation sexuelle complète et de campagnes de santé publique), fournies d'une manière compréhensible pour tous (compte tenu de l'âge, de la langue, des capacités, etc.) ?⁶²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Élaborer et diffuser des documents d'information et d'éducation sur les informations et les services en matière de contraception ainsi que les droits connexes dans les langues locales les plus courantes, en braille et dans des formats adaptés aux adolescents.

Travailler avec les responsables de l'éducation en vue d'élaborer un programme national d'éducation complète à la sexualité qui reflète la contribution des jeunes et inclut des informations et des services en matière de contraception.

Développer des campagnes de communication visant à déstigmatiser l'utilisation des contraceptifs et à dissiper les idées fausses ainsi que les informations erronées concernant la contraception au sein des prestataires et du public, qui créent des obstacles à l'accès aux services⁶³.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 31.

OMS, [Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception](#)

FNUAP et OMS, [Garantir les droits de l'homme dans le cadre de la prestation de services ayant trait aux méthodes contraceptives : Guide de mise en œuvre](#), p. 28,37.

- 4. Les prestataires de soins de santé sont-ils suffisamment nombreux et formés pour fournir des informations et des conseils sur toute la gamme de méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs d'urgence ?**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

- 5. L'État veille-t-il à ce que l'accès à la contraception ne soit pas entravé pour des raisons de conscience de la part des prestataires de soins de santé ou des pharmaciens ?⁶⁴**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

Fournir aux prestataires de soins de santé une formation continue basée sur les compétences afin de garantir leur capacité à fournir des conseils et des services concernant la gamme complète de contraceptifs, y compris les progrès récents et la contraception d'urgence. Soutenir le développement et l'exécution de processus d'assurance qualité dans les établissements de soins de santé afin de déterminer les obstacles à l'accès, notamment le refus de pratiquer l'avortement pour des raisons de conscience.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception](#)

FNUAP et OMS, [Garantir les droits de l'homme dans le cadre de la prestation de services ayant trait aux méthodes contraceptives : Guide de mise en œuvre](#), p. 32.

FNUAP et CRR, [The Right to Contraceptive Information and Services](#), p. 21.

Consulter également le questionnaire sur les soins complets liés à l'avortement.

- 6. Les politiques, les programmes et les pratiques de l'État en matière de produits et de services contraceptifs sont-ils fondés sur des données probantes, scientifiquement et médicalement appropriés, et conformes aux récentes avancées et innovations technologiques ?⁶⁵**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les responsables nationaux et locaux de la santé dans l'examen des politiques et des programmes relatifs à la contraception afin de garantir la qualité des informations présentées ainsi que l'inclusion des progrès et des innovations technologiques récents.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception](#)

FNUAP et OMS, [Garantir les droits de l'homme dans le cadre de la prestation de services ayant trait aux méthodes contraceptives : Guide de mise en œuvre](#), p. 32.

- 7. Des réglementations juridiques et professionnelles ont-elles été adoptées pour garantir la confidentialité et le respect de la vie privée des personnes qui recherchent des informations et des services en matière de contraception ?⁶⁶**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les services de santé nationaux et locaux dans la conception d'établissements de santé qui comprennent des espaces privés destinés à la consultation, à l'examen et au traitement confidentiels ainsi que dans la mise en œuvre de politiques qui précisent que les consultations et les examens ne doivent inclure que la patiente, sauf si elle demande la présence de son conjoint ou d'une autre personne.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP et CRR, [The Right to Contraceptive Information and Services](#), p. 17.

8. Les réglementations légales et professionnelles respectent-elles l'autonomie et soutiennent-elles le consentement éclairé, notamment en : fournissant des conseils ; supprimant toutes les exigences en matière d'autorisation par des tiers (comme le consentement des parents, du conjoint ou du partenaire) ;⁶⁷ éliminant les conditions non-médicales d'accès à la contraception (telles que la restriction de l'accès à la contraception sur la base de l'âge, de la situation matrimoniale ou d'un nombre minimum d'enfants) ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

S'associer à des acteurs de la société civile pour mettre en place des programmes de renforcement des capacités et de sensibilisation à l'intention des responsables de la santé, des juges et des législateurs, et ce, afin de les sensibiliser aux normes de droits humains concernant le consentement d'un tiers pour l'information et les services en matière de contraception, y compris pour les adolescents.

Inciter les responsables nationaux et locaux de la santé à développer des protocoles solides pour le consentement éclairé, y compris des outils pour garantir un accompagnement complet et des formulaires de consentement dans plusieurs langues et formats (par exemple, en braille et en format audio).

Soutenir les responsables du droit et de la santé dans la suppression des conditions non médicales d'accès aux contraceptifs et pour veiller à ce que les lois et les politiques relatives à l'information et aux services en matière de contraception et aux autres soins de santé adoptent une définition claire du consentement significatif, libre, complet et éclairé.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, Institut danois pour les droits de l'homme et HCNU, [Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions](#).

9. L'État a-t-il pris des mesures efficaces pour prévenir ou supprimer les lois, les pratiques et les politiques qui encouragent la contraception involontaire, coercitive ou forcée ?⁶⁸

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Procéder à un examen des lois, des politiques et des programmes visant à renforcer l'engagement à déterminer si et où ces mesures peuvent directement ou indirectement perpétuer la coercition, notamment par le biais de stratégies d'incitation à la stérilisation, de politiques de quotas pour les prestataires qui pratiquent la stérilisation et d'exigences en matière de chirurgie ou de stérilisation pour la reconnaissance légale de l'identité de genre, ou encore pour l'accès à des services de santé comme le traitement du VIH, les soins obstétriques, la chirurgie d'affirmation du genre ou l'avortement.⁶⁹

En partenariat avec les communautés concernées, définir des garanties procédurales protégeant les droits des personnes qui risquent fortement d'être soumises à des interventions médicales sans consentement éclairé et plaider en faveur de ces garanties.

Inciter les associations professionnelles médicales à examiner, développer, mettre en œuvre et contrôler les normes éthiques et professionnelles en vue de l'interdiction de la discrimination et de l'application de stéréotypes pour tous les motifs liés à la stérilisation, conformément aux lois sur les droits humains ainsi qu'aux normes éthiques.

Travailler avec les responsables nationaux et locaux de la santé pour revoir les programmes et les politiques liés à la contraception afin de s'assurer que l'accès à une stérilisation de qualité, accessible, acceptable et volontaire reste disponible parallèlement à toute la gamme de méthodes contraceptives à court et à long terme.

RESSOURCES CLÉS

HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNICEF et OMS, [Eliminating Forced, Coerced and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement](#).

10. Des mesures spéciales sont-elles prises pour garantir que les informations et les services en matière de contraception sont fournis dans le respect des droits fondamentaux des groupes marginalisés, notamment les adolescents, les personnes handicapées, les travailleuses du sexe et les personnes vivant dans des régions isolées ou dans des contextes humanitaires ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les organisations de la société civile dans la défense et le suivi de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception de qualité et faciliter les discussions entre les prestataires de services et les utilisateurs (en particulier ceux des groupes marginalisés) ainsi que les prestataires de services.

Veiller à ce que des données récentes, fiables et désagrégées sur la contraception soient accessibles aux défenseurs locaux, et aider ces derniers à utiliser ces données pour favoriser la redevabilité.

Travailler avec les organisations judiciaires nationales et les institutions nationales de droits humains pour élaborer et mettre en œuvre des programmes de renforcement des capacités sur l'information et les services en matière de contraception en tant que préoccupation relative aux droits humains.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 31.
FNUAP et CRR, [The Right to Contraceptive Information and Services](#), p. 10.

11. L'État a-t-il prévu des garanties administratives ou judiciaires dans les cas où une personne se verrait refuser de manière inadmissible l'accès à une méthode contraceptive particulière (y compris les contraceptifs d'urgence) ou serait victime de violations du consentement éclairé ou d'autres abus concernant l'accès aux contraceptifs et leur utilisation ?⁷⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Créer des campagnes de sensibilisation et des programmes d'aide juridique afin de fournir aux personnes touchées par la stérilisation forcée, coercitive ou involontaire des informations sur les possibilités de recours administratif et judiciaire.

Soutenir la mise en place de mécanismes de suivi pour la prévention et la documentation des stérilisations forcées, coercitives et autrement involontaires ainsi que pour l'adoption de mesures correctives.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 33.
HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNICEF et OMS, [Eliminating Forced, Coerced and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement](#)

ÉTUDES DE CAS

Des salons de coiffure servant à promouvoir la planification familiale au Mali⁷¹

Dans les zones rurales du Mali, les filles et les femmes craignent souvent d'être stigmatisées lorsqu'elles se rendent dans des établissements de santé pour des services liés à la planification familiale ou à la violence basée sur le genre. La distance jusqu'aux établissements de santé et le coût du transport constituent des défis supplémentaires.

Pour détruire de tels obstacles, le FNUAP soutient des approches innovantes qui donnent aux femmes les moyens d'accéder aux services locaux de santé sexuelle et reproductive. L'une de ces approches consiste à former les esthéticiennes des salons de coiffure pour les femmes et les jeunes filles, à fournir des conseils en matière de planification familiale ainsi que des informations sur la violence basée sur le genre et à orienter les femmes, si nécessaire, vers des services cliniques ou des contraceptifs à long terme. Les coiffeuses formées reçoivent des contraceptifs de courte durée ainsi que du matériel de sensibilisation et font l'objet d'une supervision régulière.

Expérimenté dans 10 salons en 2020, le projet a depuis été étendu avec succès à 700 salons. En 2020 et au cours des trois premiers mois de 2021, il a fourni des méthodes contraceptives à 96 181 femmes.⁷²

Enquête nationale sur les droits en matière de santé reproductive aux Philippines

En 2012, les Philippines ont adopté une loi révolutionnaire, soit la loi sur la parentalité responsable et la santé reproductive (RPRH), qui reconnaît les droits sexuels et reproductifs des Philippins. Donnant la priorité aux femmes et celles qui vivent dans la pauvreté ou dans des situations de crise, la loi garantit un accès universel et gratuit à la contraception ainsi qu'une éducation élargie à la santé sexuelle et reproductive, notamment pour les adolescentes. Elle reconnaît également le droit des femmes aux soins post-avortement.

Dans les années qui ont suivi la promulgation de la loi, les progrès dans sa mise en œuvre ont été extrêmement lents dans un pays où le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés de la région Asie-Pacifique et où les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont importants.⁷³ Les organisations de femmes et les défenseurs de la santé reproductive ont demandé à la Commission des droits de l'homme d'agir, entraînant la création d'une enquête nationale sur la santé et les droits reproductifs avec le soutien du FNUAP.⁷⁴ Menée en 2016, l'enquête a compris des consultations régionales, des missions d'enquête et des auditions publiques, et a consulté 1 263 personnes.

Les conclusions ont mis en évidence l'inégalité de la prestation des services de santé reproductive entre les régions et les couches sociales, principalement en raison de la fragmentation des services de santé résultant de la décentralisation et de l'autonomie des unités des gouvernements locaux. L'enquête a aussi révélé que la plupart des personnes n'étaient pas au courant de leurs droits et de ce à quoi ils avaient droit en vertu de la loi RPRH. D'autant plus :

- La loi n'était pas soutenue uniformément par les gouvernements locaux. Par exemple, la ville de Manille a interdit le financement public des contraceptifs et la ville de Sorsogon - dont le maire a parrainé une émission de radio qui diffusait des informations erronées sur les contraceptifs, affirmant qu'ils étaient cancérogènes - a refusé d'appliquer la loi.
- Les femmes pauvres étaient souvent traitées de manière irrespectueuse dans les établissements de santé, ce qui les poussait à éviter de recourir aux services de santé.
- Les prestataires de soins de santé pratiquaient souvent la discrimination à l'égard des personnes ayant une OSIGEGCS diverse et des personnes vivant avec le VIH, et refusaient souvent de fournir à ces personnes des conseils et des services.
- Les jeunes, parce qu'ils devaient obtenir le consentement de leurs parents pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, n'avaient pas accès aux méthodes modernes de planification familiale et ne subissaient pas de test de dépistage du VIH. Ils disposaient également de peu d'informations sur la manière de prévenir les grossesses, ce qui a entraîné une augmentation des grossesses chez les adolescentes.

À la suite de l'enquête nationale, le ministère de la Santé commença à modifier les politiques et les pratiques qui entravaient l'accès aux services de santé reproductive pour les femmes, les adolescentes et les personnes ayant une OSIGEGCS diverse. La société civile et les Nations unies se sont appuyées sur les conclusions de l'enquête pour s'engager dans des mécanismes internationaux de défense des droits humains, notamment la CEDAW et l'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme, qui ont formulé des recommandations à l'intention du gouvernement philippin en vue de renforcer la mise en œuvre de la loi RPRH et de garantir l'accès des femmes à des méthodes efficaces de planification familiale. En 2017, le président des Philippines a signé un décret ordonnant à diverses agences gouvernementales d'intensifier leurs efforts en vue d'atteindre un besoin non satisfait nul en matière de planification familiale moderne, conformément à la loi RPRH.⁷⁵

Normes de droits humains relatives

à l'éducation complète à la sexualité

Le droit à une éducation complète à la sexualité (ECS) est fondé sur les droits humains universels, notamment les droits à l'éducation, à l'information et à la santé.⁷⁶ Le droit relatif aux droits humains exige des États qu'ils prennent des mesures pour garantir la capacité de toutes les personnes à rechercher, recevoir et transmettre des informations sur la santé sexuelle et reproductive.⁷⁷

L'ECS est définie comme un processus d'enseignement et d'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les personnes, en particulier les enfants et les jeunes, de connaissances, de compétences, d'attitudes et de valeurs qui leur donnent les moyens :

- de réaliser leur santé, leur bien-être et leur dignité ;
- de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ;
- de prendre des décisions éclairées en matière de sexualité et de reproduction, et de réfléchir à la manière dont leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres ;
- de se protéger et de protéger leurs partenaires contre les grossesses précoces et non désirées,

- les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, le VIH et d'autres IST, et la stérilité ;
- d'identifier et de demander des comptes pour la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes ;
- de comprendre et de protéger leurs droits tout au long de leur vie⁷⁸

Une approche de l'ECS fondée sur les droits humains vise particulièrement à éduquer et à encourager toutes les personnes, y compris les jeunes dans toute leur diversité, à reconnaître leurs propres droits, à reconnaître et à respecter les droits des autres, et à défendre ceux dont les droits sont violés.⁷⁹ Un programme d'ECS fondé sur les droits humains permet de prendre conscience de la manière dont les stéréotypes sexistes et autres préjudiciables peuvent perpétuer les inégalités, et de la manière dont ces inégalités peuvent affecter la santé et le bien-être général des enfants et des jeunes, notamment en entravant les efforts de prévention des IST, des grossesses précoces et non désirées ainsi que de la violence basée sur le genre.⁸⁰

Pour être efficace, l'ECS doit être scientifiquement exacte, progressive, adaptée à l'âge et au

développement, fondée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes, culturellement pertinente et adaptée au contexte, intégrant les compétences nécessaires à la vie courante et transformatrice. Il est prouvé que l'ECS favorise une série de résultats positifs en matière de santé sexuelle et reproductive, et peut aider les personnes à atteindre leurs objectifs en matière d'éducation et de développement. Elle ne conduit pas à une activité sexuelle précoce ou accrue.⁸¹ Il est particulièrement important d'offrir une éducation à la sexualité pendant l'adolescence, car elle aide les adolescents à acquérir des compétences utiles dans la vie courante et à atteindre le bien-être.

Les organes de surveillance de l'application des traités ont demandé aux États de permettre l'accès à l'ECS dans les écoles et en dehors⁸², en ligne et en personne, indépendamment de l'âge et sans le consentement d'un parent ou d'un tuteur.⁸³ Les États ont l'obligation de veiller à ce que les informations fournies soient scientifiquement exactes et objectives, adaptées à l'âge, inclusives et

exemptes de préjugés et de discrimination.⁸⁴ Cela inclut l'obligation de s'abstenir de censurer ou de retenir des informations ou encore de diffuser des informations biaisées ou incorrectes sur le plan factuel.⁸⁵

Les ODD demandent que l'ECS soit reconnue comme une composante obligatoire des programmes scolaires nationaux et notent que les dispositions des systèmes juridiques pluriels ne doivent pas compromettre cette garantie. Les indicateurs de l'ODD 5.6.2 précisent que les programmes d'ECS doivent inclure huit sujets clés : les relations ; les valeurs, les droits, la culture et la sexualité ; la compréhension du genre ; la violence et la sécurité ; les compétences pour la santé et le bien-être ; le corps humain et le développement ; la sexualité et le comportement sexuel ; ainsi que la santé sexuelle et reproductive telle que décrite dans les normes internationales.

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire qui suit constitue un outil permettant d'évaluer la conformité de votre système de santé aux obligations en matière de droits humains concernant l'ECS.

Les États ont l'obligation d'élaborer des lois, des politiques et des pratiques pour garantir l'accès à des informations et à une éducation complètes à la sexualité, lesquelles doivent être scientifiquement exactes et compatibles avec les capacités évolutives des enfants et des adolescents.⁸⁶ Une approche fondée sur les droits humains exige la participation et l'inclusion significatives des adolescents et des jeunes, y compris ceux appartenant à des groupes marginalisés, dans l'élaboration de lois, de politiques, de programmes et d'autres interventions concernant l'ECS.

1. L'ECS fait-elle partie du programme scolaire obligatoire ou standard et est-elle accessible à tous les adolescents, y compris ceux ayant des besoins d'apprentissage divers, d'une manière adaptée à leur âge⁸⁷ ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Examiner les programmes scolaires dans divers contextes et régions afin d'analyser si et comment l'ECS est prodiguée. Si ces programmes sont obligatoires, vérifier s'il sont présentés dans un format accessible aux élèves ayant des besoins différents (dans les langues locales, en braille, etc.)⁸⁸ et adapté à l'âge.⁸⁹

Lorsque l'ECS n'est pas obligatoire ou ne fait pas partie du programme scolaire standard, jouer un rôle de premier plan en plaidant pour son inclusion, notamment en familiarisant les responsables nationaux et locaux de la santé et de l'éducation avec les arguments fondés sur des données probantes en faveur d'une approche globale axée sur le genre et fondée sur les droits.

Établir des partenariats avec les jeunes et encourager le leadership ainsi que la participation des jeunes. Faciliter le dialogue entre les réseaux et les défenseurs de la jeunesse, les communautés ainsi que les responsables de la santé et de l'éducation afin de comprendre les préoccupations concernant l'inclusion de l'ECS dans le programme scolaire et d'y répondre.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Femmes et OMS, [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](#), p. 81, 89.

FNUAP, [Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres](#), p. 19.

UNESCO, [Outil de revue et analyse de l'éducation à la sexualité \(SERAT\)](#)

2. Les programmes d'ECS sont-ils disponibles et accessibles dans le cadre d'initiatives extrascolaires (par exemple, par le biais d'organisations communautaires), afin de parvenir à cibler les personnes exclues du système scolaire ?⁹⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

En coopération avec des partenaires clés, notamment les jeunes et les parents, procéder à un examen des politiques d'éducation à la sexualité et d'autres thèmes pertinents (comme l'intégration de la notion de genre dans l'éducation) à l'échelle nationale et infranationale, et recueillir des données sur l'impact de ces programmes.

Déterminer si et comment les programmes d'ECS en dehors des écoles atteignent les groupes marginalisés, comme les jeunes de la communauté LGBTIQ, les jeunes vivant avec le VIH, les jeunes handicapés, les jeunes qui consomment des drogues et les jeunes qui ont des relations sexuelles pour de l'argent. S'appuyer sur cette évaluation pour définir des priorités en matière d'action.

Travailler avec la société civile et les représentants des gouvernements locaux pour recenser les possibilités de lier la programmation de l'ECS aux programmes existants, notamment les initiatives sur l'égalité des sexes ou la prévention de la violence, les programmes qui sensibilisent les garçons et les jeunes hommes à l'égalité des sexes ou aux questions de santé sexuelle et reproductive, ainsi que les campagnes visant à mettre fin au mariage des enfants, à prévenir la transmission du VIH, à promouvoir l'éducation des filles, à promouvoir l'éducation à la puberté ou les rites de passage traditionnels, ou à renforcer les lois contre la violence basée sur le genre.

S'associer aux responsables nationaux et locaux de la santé pour concevoir des campagnes et des programmes d'éducation du public afin de sensibiliser aux questions de santé sexuelle et reproductive, comme les risques de grossesse précoce et la prévention des IST, par le biais des médias et d'autres forums alternatifs⁹¹.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, UNESCO, OMS, UNICEF et ONUSIDA, [Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire : une approche factuelle des programmes non officiels proposés en dehors des environnements scolaires](#), p. 11.

3. L'État s'assure-t-il que l'ECS est enseigné par des enseignants formés et des éducateurs pairs dans un environnement d'apprentissage sûr, dans lequel les individus peuvent participer sans être victimes de discrimination, de harcèlement et de violence ?⁹²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

S'associer aux responsables de l'éducation nationale et aux coalitions de jeunes pour élaborer des documents et pour inclure des instructions sur l'ECS dans les programmes de formation des enseignants, de sorte à garantir que les instructeurs soient correctement formés en vue de fournir des informations complètes dans un environnement d'apprentissage sûr⁹³ et d'assurer le respect de la confidentialité ainsi que de la vie privée.

Travailler avec les défenseurs locaux de la jeunesse en vue de définir les obstacles qui entravent l'accès à l'ECS et de développer des initiatives de plaidoyer pour contrer cette opposition.

Travailler avec la société civile et d'autres experts pour élaborer des programmes d'ECS qui tiennent compte des traumatismes et qui enseignent la sexualité de manière à ne pas retraumatiser les participants en éveillant des sentiments ou des souvenirs associés à une expérience traumatisante (ce que l'on appelle le déclenchement).

Soutenir les initiatives visant à développer des espaces sûrs pour les programmes extrascolaires d'ECS, y compris les lieux physiques et les plateformes en ligne.

Demander à l'État de prendre des mesures spéciales en vue de toucher les adolescents faisant face à des obstacles multiples ou croisés en matière de SDSR⁹⁴, notamment les adolescentes, les jeunes handicapés, les jeunes vivant avec le VIH ou le sida, les jeunes en détention ou dans des contextes humanitaires, les jeunes qui vendent des services sexuels et les adolescents d'OSIGEGCS diverses.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, UNESCO, OMS, UNICEF et ONUSIDA, [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](#)

RAND, [Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets..](#)

CARDEA, [Guide to Trauma-Informed Sex Education.](#)

FNUAP, UNESCO, OMS, UNICEF et ONUSIDA, [Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire : une approche factuelle des programmes non officiels proposés en dehors des environnements scolaires](#), p. 18.

UNESCO, [Lutte contre la violence de genre en milieu scolaire : orientations mondiales.](#)

4. L'État a-t-il élaboré un programme d'ECS de qualité, scientifiquement exacte, impartiale, non discriminatoire, basée sur les droits, et qui intègre et tient compte de la diversité sexuelle et de genre ?⁹⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les responsables nationaux de l'éducation et de la santé à développer les matériaux d'ECS et s'assurer qu'ils sont à jour, scientifiquement exact, inclusif et exempt de stéréotypes sexistes, d'autres stéréotypes ou de normes sociales préjudiciables⁹⁶, notamment en facilitant l'examen de ce matériel par des experts ainsi que la contribution des jeunes et autres acteurs clés en vue de leur amélioration.

Convoquer et soutenir une coalition diversifiée de jeunes, notamment issus de groupes marginalisés, afin de procéder à des examens annuels des programmes d'ECS en vue de définir les lacunes ou les domaines à renforcer ; y compris les révisions visant à lutter contre les stéréotypes nuisibles et discriminatoires⁹⁷ ; de remédier aux dynamiques de pouvoir inégal et aux normes patriarcales ou hétéronormatives⁹⁸ ; et d'intégrer une perspective de genre qui respecte la diversité.⁹⁹

Développer les capacités des jeunes en matière de plaidoyer en impliquant les jeunes leaders en tant que parties prenantes dans les actions politiques et en incluant des leçons sur le plaidoyer et les droits, en particulier le plaidoyer autour de l'éducation à la sexualité ainsi que des droits humains et de la diversité, dans le cadre des programmes d'ECS.

Faciliter les partenariats entre les gouvernements locaux et les organisations de la société civile qui ont de l'expérience en développement et en mise en œuvre de programmes transformateurs sur le plan du genre afin d'amorcer des programmes d'ECS. Veiller à ce que ces efforts atteignent les jeunes qui ne sont pas scolarisés et donnent la priorité aux filles vulnérables, notamment celles qui sont mariées.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Femmes et OMS, [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](#), p. 84.

FNUAP ESARO, [Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People](#).

FNUAP, [Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres](#).

Consulter également les questionnaires sur les informations et les services en matière de contraception, le VIH et autres IST, la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes.

5. Le programme d'ECS sensibilise-t-il à la violence basée sur le genre et aux pratiques néfastes, dans le but de fournir aux participants des outils pouvant prévenir, reconnaître et signaler la violence basée sur le genre ainsi que les pratiques néfastes ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Aider les coordinateurs des programmes d'ECS à établir des liens avec les initiatives d'autres secteurs dont les objectifs se recoupent (par exemple, les programmes et les campagnes nationaux visant à mettre fin au mariage des enfants, à prévenir la transmission du VIH, à promouvoir l'éducation des filles et à renforcer les lois anti-viol).

Veiller à ce que les programmes d'ECS abordent le lien entre la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes ainsi que les droits humains, et fournissent des outils permettant de reconnaître ces pratiques, de comprendre comment demander de l'aide et de plaider pour leur élimination.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres](#).

Consulter aussi les questionnaires sur la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes.

- 6. L'État a-t-il pris des mesures pour abroger les lois, les politiques et les règlements restreignant l'accès à l'ECS ainsi qu'aux informations sur la santé sexuelle et reproductive, y compris les lois exigeant une autorisation parentale pour la participation à de tels programmes ou les dispositions contradictoires dans les systèmes juridiques pluriels¹⁰⁰ ?**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

En collaborant avec des experts juridiques nationaux et des mécanismes nationaux de défense des droits de l'enfant, procéder à un examen des lois, des politiques et des réglementations afin de déterminer les dispositions susceptibles d'entraver l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive (par exemple, les exigences en matière de consentement parental pour l'ECS ; les exigences en matière de consentement parental pour les soins de santé sexuelle et reproductive ; les lois rendant obligatoire le signalement de l'activité sexuelle des enfants ; et les lois criminalisant les adolescents pour une activité sexuelle consensuelle, le mariage avant l'âge minimum légal ou la consommation de drogues).

RESSOURCES CLÉS

UNFPA APRO, [Rights Versus Protection. Marriage, Sexual Consent and Medical Treatment](#)

FNUAP ESARO, [Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights](#)

FNUAP ESARO, [Technical Brief on Criminalization of Consensual Sexual Acts among Adolescents](#)

CRR, [Capacity and Consent: Empowering Adolescents to Exercise their Reproductive Rights](#)

Consulter également les questionnaires sur les informations et services en matière de contraception, le VIH et autres IST et les pratiques néfastes.

- 7. L'État a-t-il mis en place des garanties administratives ou judiciaires pour assurer un recours et une réparation en cas de violation des droits humains liés à l'ECS et aux informations sur la santé sexuelle et reproductive (par exemple, l'exigence inappropriée du consentement parental, l'information encourageant les stéréotypes hétéronormatifs et les informations ou les programmes scolaires non fondés sur des preuves qui adoptent une approche d'abstinence uniquement¹⁰¹) ?**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

Renforcer les capacités des fonctionnaires du système judiciaire et des institutions de défense des droits humains concernant les justifications factuelles de l'ECS ainsi que les normes internationales et régionales pertinentes en matière de droits humains.

Sensibiliser le public, notamment les jeunes et les adolescents, à leurs droits à l'ECS et à l'information sur la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'à la manière d'accéder à ces services à l'intérieur et à l'extérieur de l'école.

ÉTUDE DE CAS

Offrir une éducation complète à la sexualité aux adolescents et aux jeunes non scolarisés en Iran

In Iran, evidence has shown that out-of-school adolescents are more likely to become infected with HIV than their peers. In order to reach and protect adolescent girls and boys at risk of HIV with comprehensive sexuality education, le Centre iranien de contrôle des maladies transmissibles a adapté deux modules : « Santé sexuelle et reproductive » et « Relations » du guide Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité du FNUAP.¹⁰²

Les modules ont été élaborés de manière participative par des experts nationaux et internationaux, avec la participation d'adolescents, de jeunes, ainsi que du personnel des centres de bien-être pour adolescents. Ce processus a permis de renforcer les capacités des experts nationaux et du personnel du Centre de contrôle des maladies transmissibles en matière d'éducation à la santé reproductive.¹⁰³

Trois ateliers préliminaires ont eu lieu pour préparer les programmes de formation, notamment la formation de formateurs pour le personnel des centres de bien-être

pour adolescents sur la façon d'animer des discussions de groupe¹⁰⁴, une introduction au programme de prévention globale au personnel du ministère de la Santé et de l'Éducation médicale, et une session participative afin d'assurer que les modules de formation destinés aux adolescents et aux jeunes reflètent leurs besoins.¹⁰⁵ Des trousse pédagogiques ont ensuite été conçues dans le cadre de dix discussions de groupe auxquelles ont participé des adolescents et des adolescentes exposés au VIH.¹⁰⁶ Leurs parents, ainsi que le personnel des centres de bien-être pour adolescents, ont été inclus dans les discussions afin de définir les besoins des groupes cibles plus larges et d'y répondre.¹⁰⁷

Les trousse pédagogiques comprenaient un programme pour les adolescents et les jeunes, ainsi qu'un guide de formation pour les prestataires de services, la puberté et la communication entre parents et adolescents.¹⁰⁸ Chaque trousse a été conçue séparément pour les garçons et les filles afin de garantir la prise en compte du genre.¹⁰⁹

Normes de droits humains relatives

aux soins complets liés à l'avortement

L'accès à des services d'avortement légaux et sûrs est essentiel à la réalisation du droit à la santé, comme le reconnaît l'OMS. Les soins complets en matière d'avortement comprennent l'information, les biens, les services et les installations nécessaires à un avortement sûr – qui peut être pratiqué à l'aide de médicaments ou d'une intervention chirurgicale – et la fourniture de soins post-avortement. L'avortement médicamenteux joue un rôle primordial dans l'élargissement de l'accès aux soins, en particulier en début de grossesse, car il peut être pris en charge de façon ambulatoire, peut être administré par un éventail de prestataires et permet aux personnes de jouer un rôle plus important dans la gestion de leurs soins d'avortement.¹¹⁰

De 2010 à 2014, on estime qu'environ 45 % de tous les avortements pratiqués dans le monde étaient dangereux.¹¹¹ Le droit relatif aux droits humains reconnaît depuis longtemps le lien entre les lois restrictives sur l'avortement, les taux élevés d'avortements à risque et la mortalité maternelle.¹¹² Les organes de défense des droits humains ont constaté que les lois restrictives sur l'avortement violent toute

une série de droits humains, notamment les droits à la santé, à la vie, à la vie privée, à la protection contre la discrimination et les stéréotypes sexistes ainsi qu'à la protection contre les mauvais traitements.¹¹³ La criminalisation de l'avortement, le refus ou le retard d'un avortement sûr et de soins post-avortement, ainsi que la poursuite forcée de la grossesse sont reconnus comme des formes de discrimination et de violence basée sur le genre.¹¹⁴

Les obstacles juridiques, réglementaires et pratiques, tant dans les pays où le droit à l'avortement est plus restrictif que dans ceux où il est plus libéral, peuvent effectivement empêcher les femmes d'accéder à des services d'avortement sûrs. Les lois restrictives sur l'avortement, les lois pénales qui punissent les femmes ou les prestataires qui aident les femmes à se faire avorter, les périodes d'attente obligatoires et les exigences biaisées en matière de consultation, les refus de pratiquer des avortements légaux pour des raisons de conscience et l'absence de financement public ne sont que quelques-uns des obstacles auxquels les femmes font face dans le monde.¹¹⁵

La capacité de décider si, quand et comment interrompre une grossesse est influencée non seulement par les obstacles à l'information et aux services de santé, mais aussi par les dynamiques de pouvoir inégalles, les stéréotypes et les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes. Les organes de défense des droits humains ont souligné à plusieurs reprises comment les femmes et les filles peuvent être privées d'autonomie reproductive en raison de lois et de pratiques qui s'appuient sur des normes sociales et culturelles patriarcales ainsi que des stéréotypes selon lesquels la valeur des femmes réside dans leur capacité à être des mères qui doivent faire preuve de sacrifice¹¹⁶, « comme des instruments de reproduction »[1] et qui manquent la capacité mentale de prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leur propres corps.¹¹⁷ Ces stéréotypes et ces pratiques discriminatoires à l'égard des femmes intensifient les obstacles du système de santé à des soins complets liés à l'avortement, including a lack of regulations allowing non-physicians to provide care, refusal to perform abortion based on conscience, a lack of availability of commodities and supplies, and a lack of confidentiality and respectful care.

Il est établi que les restrictions légales à l'avortement ne réduisent pas le nombre d'avortements, mais qu'elles contribuent à augmenter les taux d'avortements à

risque.¹¹⁸ En outre, les lois pénales sur l'avortement peuvent conduire au harcèlement et même à la poursuite de personnes cherchant à se faire soigner pour des urgences obstétriques parce qu'on les soupçonne d'avoir subi un avortement.

Le droit relatif aux droits humains exige des États qu'ils dépénalisent l'accès à l'information en toutes circonstances et qu'ils garantissent des services minimalement disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité pour préserver la vie ou la santé de la personne enceinte, en cas de viol ou d'inceste, et en cas de diagnostic foetal incompatible avec la vie.¹¹⁹ La législation sur les droits humains exige également que les États s'attaquent aux obstacles juridiques aux soins complets liés à l'avortement, comme l'explique en détail le questionnaire qui suit. Les États ont l'obligation particulière de veiller à ce que les personnes faisant face à des formes multiples et croisées de discrimination ; notamment les adolescentes, les femmes handicapées et les femmes de zones rurales ; bénéficient d'un accès total et égal aux services de santé sexuelle et reproductive.¹²⁰ Il est important de noter que les États doivent empêcher la stigmatisation des personnes qui demandent, pratiquent ou facilitent un avortement.¹²¹

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire qui suit est un outil permettant d'évaluer la conformité de votre système de santé aux obligations en matière de droits humains concernant les soins complets liés à l'avortement. Tout au long des efforts visant à soutenir des soins complets liés à l'avortement fondés sur les droits, il est essentiel de garantir la participation des femmes et des filles, y compris celles appartenant à des groupes marginalisés qui font face à une discrimination intersectionnelle.

1. Les installations, les biens, les informations et les services liés à l'avortement sont-ils disponibles dans le pays, physiquement accessibles et abordables, y compris, au minimum, dans les cas où la grossesse menace la vie ou la santé de la personne enceinte et dans les cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale incompatible avec la vie, comme définis dans les normes des organes de surveillance de l'application des traités de l'ONU ?¹²²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les responsables de la santé à tous les niveaux pour que les services d'avortement soient facilement accessibles dans les cliniques publiques et privées (par exemple, en soutenant l'embauche et la formation d'agents de santé, le partage des tâches le cas échéant, les services de télésanté et la modification des installations afin de garantir l'accessibilité pour tous).

Collaborer avec l'autorité de réglementation des médicaments en vue de s'assurer que tous les médicaments essentiels pour l'avortement (comme reconnus dans la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels) (y compris le misoprostol, la mifepristone ainsi que le régime combiné de misoprostol et de mifepristone) sont légalement autorisés, enregistrés pour l'avortement et disponibles dans la pratique.¹²³

Revoir les régimes d'assurance publique ainsi que les processus budgétaires afin de garantir l'accessibilité financière des services, y compris l'inclusion de l'avortement sécurisé et des soins post-avortement dans les régimes publics d'assurance maladie et leur subventionnement.¹²⁴

Soutenir les responsables nationaux de la santé dans la reconnaissance de l'avortement comme étant un service de santé essentiel (y compris son rôle dans la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles) ainsi que dans la mise en œuvre de mesures visant à garantir un accès continu à l'avortement conformément aux normes internationales en matière de droits humains, même en période d'urgence ou de crise.

Réaliser des programmes visant à clarifier les valeurs et à transformer les attitudes avec les acteurs du secteur de la santé, notamment les prestataires de soins et les responsables de la santé, afin de lutter contre la stigmatisation et les idées fausses entourant l'avortement.

Renforcer les capacités des responsables nationaux de la santé en ce qui concerne la sécurité et la mise en œuvre pratique des interventions d'autogestion de l'avortement, conformément aux normes de l'OMS et aux données probantes de la santé publique.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement](#).

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#).

OMS, [Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception](#).

OMS, [Medical Management of Abortion](#).

OMS, [WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: SRHR](#), p. 67

2. Lorsque les États autorisent les prestataires de soins de santé à exercer leur objection de conscience, veillent-ils à ce que l'accès à l'avortement et aux soins post-avortement ne soit pas entravé ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Collaborer avec les responsables nationaux de la santé en vue de sensibiliser aux normes de droits humains relatives au refus de soins pour des raisons de conscience et de contrôler le respect de ces normes afin de garantir que ces refus n'entravent pas l'accès à l'avortement dans les établissements qui pourraient autrement fournir ce service, que les refus ne sont jamais autorisés dans des situations de danger de mort ou d'urgence et que les patientes sont toujours orientées vers les services adéquats.

Soutenir les responsables locaux de la santé dans la mise en œuvre de mécanismes de retour d'information des patientes, notamment en ce qui concerne les raisons des retards ou des refus de soins complets en matière d'avortement, question de savoir si les patientes ont été orientées, si les soins ont été finalement reçus et si la qualité des soins a été maintenue.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#).
CRR, [Law and Policy Guide: Conscientious Objection](#).

3. Les personnes recherchant des services sont-elles en mesure de prendre des décisions informées, autonomes et confidentielles¹²⁵ concernant l'avortement, sans que le consentement du conjoint, des parents ou d'un tiers soit requis ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les réseaux et les groupes de jeunes dans la production de preuves de l'impact des lois sur l'accès à l'avortement (par exemple, les lois sur le consentement parental ou la déclaration obligatoire de l'activité sexuelle en dessous de l'âge minimum légal de consentement aux rapports sexuels), et communiquer les conclusions aux responsables gouvernementaux concernés. Faciliter la participation des jeunes à l'élaboration des programmes, des lois et des politiques liés à l'avortement.

Collaborer avec la société civile en vue de mettre en place des programmes de renforcement des capacités et de sensibilisation à l'intention des responsables de la santé, des juges et des législateurs, afin de les sensibiliser aux normes de droits humains relatives au consentement d'un tiers à l'avortement, y compris les recommandations des organes de droits humains concernant la présomption de capacité de consentement pour les adolescentes qui recherchent des services de santé sexuelle et reproductive.

Soutenir les responsables nationaux de la santé dans l'élaboration de programmes de formation pour les travailleurs de la santé afin de les sensibiliser aux méfaits des exigences en matière de consentement d'un tiers et de dissiper les stéréotypes ainsi que les normes sociales pouvant aboutir à des demandes de consentement d'un tiers, même lorsque la loi ne l'exige pas. (par exemple, les stéréotypes selon lesquels les femmes ne peuvent pas prendre des décisions sur leur santé de manière indépendante ou que les décisions sur la grossesse appartiennent au partenaire ou à la famille d'une femme).

Soutenir les services de santé nationaux et locaux dans la création d'espaces privés destinés à la consultation, à l'examen et au traitement confidentiels ainsi que dans la mise en œuvre de politiques qui précisent que les examens ne doivent inclure que la patiente, sauf si elle demande la présence de son conjoint ou d'une autre personne.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#).
Ipas, [Young Women and Abortion: Avoiding Legal and Policy Barriers](#).

- 4. L'État a-t-il assuré la disponibilité d'informations complètes, impartiales et scientifiquement exactes sur l'avortement, notamment son statut juridique et la manière d'accéder à des services sûrs , d'une manière compréhensible pour tous (en tenant compte de l'âge, de la langue, des capacités, etc.) ?^{126127 128}**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

Élaborer des campagnes de communication pour lutter contre la stigmatisation de l'avortement, et dissiper les idées fausses et les informations erronées concernant l'avortement et son statut légal parmi les prestataires et le public, créant ainsi des obstacles à l'accès aux services.¹²⁹

Établir des partenariats avec des journalistes et les former sur les questions liées aux soins complets en matière d'avortement, former des champions qui peuvent soutenir la diffusion d'informations fondées sur des preuves et sensibiliser aux questions d'accès.

Soutenir les responsables de la santé et les organisations de la société civile dans l'élaboration de documents sur les droits des femmes enceintes en matière d'avortement, dans différents formats (par exemple, en braille, en format audio et dans les langues locales).

Faciliter la collaboration entre les responsables de la santé et les organisations de la société civile afin d'établir des modèles d'accompagnement locaux pour soutenir les personnes cherchant à avorter, établir et maintenir des lignes d'assistance téléphonique pour répondre aux questions concernant l'avortement en toute confidentialité et orienter les personnes vers des prestataires qualifiés.

RESSOURCES CLÉS

IPPF, Comment éduquer au sujet de l'avortement : Un guide pour les pairs éducateurs, enseignants et formateurs.

- 5. L'État a-t-il pris des mesures pour garantir des soins post-avortement de qualité et respectueux, quel que soit le statut juridique de l'avortement, notamment ensupprimant toute politique ou pratique exigeant des professionnels de la santé qu'ils dénoncent les personnes soupçonnées d'avoir subi un avortement ou exigeant des personnes cherchant à obtenir des soins post-avortement qu'elles avouent avoir subi un avortement illégal ?**

ALWAYS**OFTEN****SOMETIMES****RARELY****NEVER**

Exemples de mise en œuvre

Collaborer avec des responsables nationaux et locaux de la santé pour adopter des politiques et des programmes garantissant l'accès légal à des soins post-avortement humains et dignes, même lorsque l'avortement est limité, et à supprimer toute politique exigeant que les personnes soupçonnées d'avoir avorté soient signalées ou que les personnes attestent avoir subi un avortement avant de pouvoir recevoir des soins. S'assurer que les groupes de défense des droits des femmes, y compris les groupes issus de communautés marginalisées, participent à ces processus. S'assurer que les groupes de défense des droits des femmes, y compris les groupes issus de communautés marginalisées, participent à ces processus.

Établir des partenariats avec les réseaux professionnels de prestataires de soins de santé, y compris les associations professionnelles médicales, afin de renforcer leur capacité à défendre les normes de droits humains relatives aux soins complets en cas d'avortement, et de s'assurer que les règles éthiques concernant les soins post-avortement sont conformes aux normes de droits humains.

Établir des partenariats avec les établissements de santé locaux afin de fournir une formation sur les compétences nécessaires pour fournir des soins post-avortement, confirmer la légalité de la fourniture de ces soins et utiliser des outils comme la clarification des valeurs pour déstigmatiser l'avortement.

Renforcer les capacités des responsables de l'application des lois et du système judiciaire afin d'éviter les arrestations et les poursuites inutiles de personnes pour des crimes liés à l'avortement.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#).

CRR et Ipas, [Improving Access to Abortion in Crisis Settings: A Legal Risk Management Tool for Organizations and Providers](#)

6. L'État a-t-il abrogé les lois, les politiques ou les règlements qui criminalisent l'avortement (en toutes circonstances)¹³⁰, y compris en éliminant la criminalisation des prestataires de soins de santé qui fournissent des services d'avortement en toute sécurité avec le consentement volontaire et éclairé des femmes enceintes ?¹³¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Organiser des programmes de renforcement des capacités avec les législateurs, les représentants du gouvernement et les autorités judiciaires concernant les normes de droits humains sur la criminalisation de l'avortement et l'impact de la criminalisation sur la santé et les droits.

Soutenir les organisations de la société civile dans l'élaboration et la présentation de preuves aux autorités publiques concernant l'impact des lois pénales sur l'accès à l'avortement et les droits humains (par exemple, les lois qui criminalisent l'avortement entièrement ou en dehors d'exceptions limitées, les lois qui criminalisent les avortements autogérés et les lois qui criminalisent certaines populations, comme les travailleurs du sexe).

Soutenir les institutions nationales de droits humains dans la conduite d'enquêtes sur l'impact de la criminalisation de l'avortement sur les droits, en mettant l'accent sur les populations marginalisées.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#)

CRR et Ipas, [Avortement médicamenteux et avortement auto-administré : Questions fréquemment posées sur la santé et les droits de l'homme](#)

CRR, [Abortion Law and Policy Guide: Criminality](#)

7. Les lois de l'État sont-elles alignées sur les normes internationales en matière de droits humains, garantissant, au minimum, que l'avortement est légal lorsque :

- la vie de la personne enceinte est en danger ;
- la santé de la personne enceinte est en danger ;
- et que le fait de mener une grossesse à terme causerait à personne enceinte une douleur ou une souffrance substantielle, par exemple en cas de viol, d'inceste, ou de malformations graves ou fatales du fœtus.¹³²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Travailler avec les responsables nationaux de la santé pour mettre au point des outils offrant aux prestataires de soins de santé des conseils, tirés de la législation concernant les droits humains, sur la portée et la nature des exceptions (par exemple, en précisant que les exceptions relatives à la santé doivent être interprétées conformément à la définition de la santé de l'OMS).

Collaborer avec des responsables nationaux et locaux de la santé pour veiller à ce que les normes et les directives cliniques ainsi que les documents connexes soient alignés sur les normes relatives aux droits humains.

Organiser des réunions d'experts avec les responsables nationaux de la santé et de la justice afin de clarifier les lois locales dans le contexte du droit international des droits humains et d'assurer la cohérence des lois, des politiques et des réglementations sur l'avortement.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – Considérations d'ordre juridique et politique](#)

CRR et Ipas, [Improving Access to Abortion in Crisis Settings: A Legal Risk Management Tool for Organizations and Providers](#)

8. L'État a-t-il supprimé les exigences non fondées sur des preuves pour l'accès à l'avortement, notamment les périodes d'attente obligatoires, le consentement à la contraception post-partum, les exigences d'approbation de l'avortement par plusieurs prestataires et les exigences de consultation biaisée ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Organiser des réunions d'experts avec les responsables nationaux de la santé pour démystifier les idées fausses sur la nécessité de ces exigences et sensibiliser à l'impact de ces conditions préalables sur l'accès aux soins, en particulier pour les groupes marginalisés.

9. L'État a-t-il pris des mesures pour lutter contre les stéréotypes discriminatoires liés au genre et autres, ainsi que la stigmatisation liée à l'avortement¹³³, qui peuvent entraver l'accès aux services et la prise de décision ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les représentants du gouvernement, y compris les responsables du droit et de la justice, pour qu'ils s'attaquent aux stéréotypes sexistes injustifiés dans les lois, les politiques et les affaires traitées par les tribunaux inférieurs.

Collaborer avec des écoles de médecine afin de fournir une formation aux étudiants en médecine et aux travailleurs de la santé basés dans les établissements sur la manière de reconnaître et d'éliminer les stéréotypes discriminatoires.

Collaborer avec des associations de défense des droits des femmes et les champions juridiques de l'égalité des sexes pour intégrer les SDSR dans des mouvements juridiques plus larges en faveur des droits des femmes et de l'égalité des sexes.

En collaboration avec les associations de défense des droits des femmes et les organisations de la société civile au sens large, mener des campagnes de sensibilisation du public visant à lutter contre les stéréotypes discriminatoires qui font obstacle à une prise en charge complète de l'avortement et à les éliminer.

Renforcer la capacité des acteurs du secteur judiciaire à reconnaître les stéréotypes discriminatoires dans le contexte de l'avortement et les sensibiliser à l'obligation de l'État d'y remédier.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [État de la population mondiale 2020](#), p. 118.

HCDH, [Background Paper on the Role of the Judiciary in Addressing the Harmful Gender Stereotypes related to Sexual and Reproductive Health and Rights: A review of Case Law](#)

Ipas, [Youth Act for Safe Abortion: A Training Guide for Future Health Professionals](#)

10. Des mesures spéciales sont-elles prises pour garantir que des soins complets en matière d'avortement sont fournis aux groupes marginalisés, notamment les adolescentes, les personnes handicapées, les personnes vivant dans des régions isolées et les personnes se trouvant dans des situations humanitaires, dans toute la mesure permise par la loi ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les organisations de la société civile dans leur action de plaidoyer et de suivi de la fourniture de soins complets de qualité en matière d'avortement, et faciliter les discussions entre les utilisatrices (en particulier ceux des groupes marginalisés), les prestataires de services et les représentants du gouvernement.

RESSOURCES CLÉS

[Ipas, Abortion Care for Young Women: A Training Toolkit](#)

11. L'État a-t-il mis en place des garanties administratives ou judiciaires dans les cas où une personne se verrait refuser indûment des soins complets en matière d'avortement ou serait confrontée à des retards ou à des abus au moment de chercher à obtenir des soins, notamment aux niveaux de l'établissement, du district, de la communauté et des tribunaux ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Mener des campagnes de sensibilisation et créer des programmes d'aide juridique pour fournir aux personnes victimes de violation de leurs droits en matière de soins complets d'avortement des informations sur les possibilités de recours administratifs et judiciaires.

Soutenir la création de mécanismes d'appel confidentiels et rapides dans les établissements pour les personnes dont les droits en matière de soins complets d'avortement sont niés. Publier des documents pour faire connaître les lieux où les recours peuvent être exercés. Collaborer avec les mouvements de la société civile pour guider le développement de ces mécanismes.

Travailler avec les écoles de magistratures nationales et les institutions nationales de droits humains pour développer et mettre en œuvre des programmes de renforcement des capacités pour les juges et les responsables de droits humains sur les soins complets en matière d'avortement en tant que préoccupation des droits humains (y compris les normes internationales et régionales des droits humains, les perspectives comparatives et les normes de santé publique de l'OMS).

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, Institut danois des droits de l'homme et HCDH, [Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions](#)

ÉTUDES DE CAS

Lever les obstacles à la prise en soins complets d'avortement au Népal

La loi sur l'avortement adoptée par le Népal en 2002 autorise l'avortement pour la plupart des motifs, tandis que sa Constitution provisoire de 2007 a fait de la santé reproductive un droit fondamental. Pourtant, au début des années 2000, de nombreux obstacles à l'avortement empêchaient de nombreuses femmes d'y accéder.¹³⁴ Il s'agit notamment de coûts prohibitifs, « un avortement dans un établissement de santé publique coûtant plus que le salaire mensuel moyen », et d'un manque d'informations disponibles, 80 % des femmes rurales ignorant que l'avortement est légal.¹³⁵

Lakshmi Dhikta a été contrainte de poursuivre une grossesse non désirée parce qu'elle n'avait pas les moyens de se faire avorter légalement dans un hôpital public.¹³⁶ En 2007, en collaboration avec des militants locaux, elle a intenté une action en justice en invoquant le fait que le gouvernement n'a pas appliqué la loi sur l'avortement du pays, ce qui a entraîné les obstacles auxquels elle a été confrontée.¹³⁷

Dans sa décision, rendue en 2009, la Cour suprême du Népal a exigé du gouvernement qu'il élabore une loi complète sur l'avortement permettant à toutes les femmes et les jeunes filles d'accéder sans entrave à des services d'avortement sûrs et abordables.¹³⁸ La Cour a noté qu'une loi complète sur l'avortement devrait :

- inclure la création d'un fonds national destiné à couvrir les frais d'avortement pour les femmes pauvres et de zones rurales ;
- renforcer la protection du droit à la vie privée des femmes ;
- diffuser des informations sur le droit complet à l'avortement pour informer le grand public ;

- faciliter l'accès de tous aux services d'avortement ; et
- allouer des ressources abordables et de bonne qualité pour répondre à la demande de services d'avortement.¹³⁹

La Cour a estimé que l'indisponibilité de l'avortement violait les droits à la vie, à la santé, à l'égalité, à vivre dans la dignité et la liberté, à la liberté individuelle, à la vie privée et à l'autodétermination. En outre, elle a affirmé que « [I]l droit à la santé reproductive est considéré comme faisant partie intégrante des droits humains de la femme, et le droit à l'avortement y occupe une place importante ».¹⁴⁰

En réponse, le gouvernement népalais a pris un certain nombre de mesures. En 2016, il a mis en place des services d'avortement gratuits dans tous les établissements de santé publics, tout en étendant les services d'avortement médicaux sûrs dans les établissements de santé communautaires.¹⁴¹ En 2018, la loi sur la maternité sans risque et les droits en matière de santé reproductive a reconnu le droit des femmes à l'avortement comme un droit reproductif et le règlement sur la maternité sans risque et les droits en matière de santé reproductive a été adopté en 2020.¹⁴² La loi porte sur la maternité sans risque, la planification familiale, la morbidité liée à la santé reproductive et l'avortement sans risque. Elle interdit la discrimination dans la prestation de services de santé reproductive et exige que les services soient adaptés aux adolescentes et aux personnes handicapées. Elle rend également tous les services de santé reproductive gratuits dans les établissements de santé publics et exige que tous les paliers de gouvernement ; soit fédéral, provincial et local ; allouent un budget spécifique aux services de santé reproductive.¹⁴³

Abrogation de l'interdiction de l'avortement en Irlande

Jusqu'en 2018, l'Irlande avait l'une des lois les plus restrictives au monde en matière d'avortement. Au 19e siècle, l'avortement était entièrement criminalisé et soumis à de lourdes sanctions pénales. L'interdiction législative a été renforcée en 1983, lorsqu'une nouvelle disposition constitutionnelle – le 8e amendement, institué à la suite d'un référendum public – a consacré un droit à la vie pré-natale et assimilé le « droit à la vie de l'enfant à naître » au droit à la vie d'une femme enceinte. Comme la constitution irlandaise ne peut être modifiée que par des référendums publics, cette disposition a empêché toute réforme future de la loi irlandaise sur l'avortement par des moyens législatifs ordinaires. La modification de la loi exigerait un nouveau vote de l'électorat.

L'impact de l'interdiction de l'avortement en Irlande a eu des conséquences incalculables sur la vie, la santé et le bien-être de générations de femmes et de jeunes filles en Irlande. Chaque année, des milliers de personnes sortaient de l'Irlande pour se faire soigner dans les pays voisins. Pourtant, pendant les décennies qui ont suivi l'adoption du 8e amendement, le paysage social et politique irlandais a été dominé par une stigmatisation sociale extrême de l'avortement. Dans cet environnement hostile, la perspective d'une réforme législative visant à assouplir l'interdiction était inconcevable.

À partir de 2010, une série d'événements extérieurs, de faits tragiques et de cas individuels ont commencé à mobiliser une nouvelle génération de militants et à faire prendre conscience de la nécessité d'un changement. Cette mobilisation s'est rapidement intensifiée, tandis qu'un certain nombre de femmes qui s'étaient vu refuser l'accès à l'avortement en Irlande ont déposé des plaintes individuelles auprès de mécanismes régionaux et internationaux de défense des droits humains, contribuant aux efforts de réforme.

En 2016 et 2017, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a rendu des décisions révolutionnaires contre l'Irlande dans les affaires Mellet c. Irlande et

Whelan c. Irlande, confirmant que les obligations de l'Irlande en vertu des traités internationaux exigeaient la suppression de l'interdiction de l'avortement. Ces causes concernaient des femmes qui s'étaient rendues hors d'Irlande pour obtenir des soins d'avortement après avoir reçu un diagnostic de malformation fœtale mortelle. Le Comité a estimé que les deux femmes avaient été soumises à des traitements cruels, inhumains et dégradants en raison de l'interdiction légale de l'avortement. Par ailleurs, il a chargé l'État de permettre la réforme de ses lois sur l'avortement, y compris ses constitutions, afin de légaliser l'accès à l'avortement au pays.

Ces décisions ont attiré durablement l'attention du public et ont galvanisé la volonté politique en faveur de la réforme. En plus de présenter des excuses aux deux femmes en 2016 et 2017 respectivement, l'Irlande a mis en œuvre une série de mesures correctives pour offrir des réparations.

En 2018, à la suite de décennies d'efforts et d'une série d'interventions hautement stratégiques de la part de nombreuses parties prenantes, et après une campagne intensive de référendum public de trois mois menée par la coalition de la société civile « Together for Yes », un changement juridique transformateur a eu lieu lorsque les deux tiers de l'électorat irlandais ont voté pour l'abrogation du 8e amendement le 25 mai 2018. Plus tard dans l'année, le parlement irlandais a promulgué une nouvelle législation légalisant l'avortement sur demande en début de grossesse et par la suite lorsqu'il y a un risque pour la vie ou la santé de la femme enceinte, ou dans des situations de malformation fœtale mortelle.

Pour la première fois dans l'histoire, les soins liés à l'avortement sont désormais disponibles et accessibles pour de nombreuses femmes et jeunes filles en Irlande. Ils sont dispensés gratuitement dans les centres de soins primaires, les hôpitaux et cliniques de santé sexuelle et reproductive. Cependant, bien que de nombreuses femmes puissent désormais accéder aux soins liés à l'avortement en Irlande, certains aspects de la mise en œuvre restent un défi et les parties prenantes plaident désormais pour la suppression de tous les obstacles juridiques et politiques restants ainsi que la dépénalisation totale de l'avortement en Irlande.

Normes de droits humains relatives au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles

Dans le monde, plus de 37,6 millions de personnes vivent avec le VIH et, chaque année, 1,5 million supplémentaires sont infectées par le VIH.¹⁴⁴ Par ailleurs, plus de 1 million d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont contractées chaque jour.¹⁴⁵ En l'absence de traitement, ces infections peuvent entraîner des morbidités comme l'infertilité, les maladies inflammatoires pelviennes, le cancer du col de l'utérus et des problèmes en matière de grossesse et de néonatalogie.¹⁴⁶

La gestion des cas de VIH et d'IST ; assurée par les services de santé sexuelle, de santé reproductive et de soins de santé primaires au sens large ; comprend la détection et le traitement des IST, le suivi, l'évaluation des risques et la consultation axée sur le changement de comportement, y compris la fourniture de préservatifs, de lubrifiants ainsi que le dépistage volontaire du VIH. Également dans le but d'assurer une bonne santé sexuelle et le bien-être, la législation sur les droits humains reconnaît que des informations, des biens et des services précis pour la prévention et le traitement du VIH et d'autres IST font partie de l'ensemble complet des SDSR et que les services de santé sexuelle doivent être disponibles, accessibles,

acceptables, de haute qualité et fournis sans coercition ni discrimination.¹⁴⁷

C'est dans le contexte du VIH que l'importance d'aborder les IST par le biais d'une approche fondée sur les droits humains a été le plus clairement exprimée. Tous les individus ont le droit de jouir de la meilleure santé possible, ce qui inclut la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH.¹⁴⁸ Les personnes ont le droit d'accéder à l'information et à l'éducation sur le VIH ;¹⁴⁹ aux interventions préventives (y compris les préservatifs masculins et féminins, les lubrifiants, la gestion des autres IST et l'ECS) ;¹⁵⁰ à des services de consultation et de dépistage du VIH volontaires et confidentiels ;¹⁵¹ aux soins de santé non discriminatoires¹⁵² et à une thérapie antirétrovirale accessible et abordable.¹⁵³

Les organes de défense de droits humains ont spécifiquement reconnu l'obligation des États de s'attaquer aux obstacles à une réponse efficace au VIH, notamment en luttant contre la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité, la violence basée sur le genre, le déni des SDSR, l'utilisation abusive du droit pénal et des approches punitives ainsi que les procédures obligatoires, comme le dépistage du VIH

et la stérilisation ou l'avortement pour les femmes vivant avec le VIH.¹⁵⁴ La réduction des inégalités est essentielle pour mettre fin à l'épidémie de VIH.¹⁵⁵ Key populations – groups that are particularly vulnerable to HIV, including gay men and other men who have sex with men, transgender people, people who inject drugs, and incarcerated people – often lack adequate access to services for prevention and treatment.

Lorsque les individus et les communautés sont en mesure d'exercer leurs droits – à l'éducation, à la libre association, à l'information et, surtout, à la non-discrimination – l'impact négatif du VIH et des autres IST est réduit. Grâce à l'information et à l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'au respect de l'autonomie corporelle, les individus sont mieux à même de minimiser les facteurs de risque du VIH et des autres IST. Les personnes sont plus susceptibles de se faire dépister dans des environnements ouverts et solidaires, qui

les protègent de la discrimination, les traitent avec dignité, leur donnent accès au traitement, aux soins et au soutien, et lorsque les lois pénales relatives à la transmission du VIH et aux populations clés¹⁵⁶ sont abrogées pour réduire la discrimination et l'exclusion, y compris dans les établissements de soins. Dans de tels environnements, les personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque de le contracter peuvent être mieux à même de réduire l'impact du VIH en cherchant et en recevant un traitement ainsi que du soutien psychosocial, et en prenant des mesures pour prévenir l'infection par le VIH ou la transmission à d'autres personnes.¹⁵⁷

Les ODD visent à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030 et à ne laisser personne de côté, ce qui nécessite de s'attaquer aux obstacles liés aux droits humains qui rendent les gens vulnérables au VIH et entravent leur accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.¹⁵⁸

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire ci-dessous constitue un outil permettant d'évaluer la conformité de votre système de santé aux obligations en matière de droits humains concernant les IST, y compris le VIH. En vertu du droit relatif aux droits humains, la participation des personnes vivant avec le VIH et d'autres IST, des populations clés et d'autres populations à risque in the development of policies and programmes that affect them est essentielle pour garantir que toutes les interventions sont fondées sur les réalités vécues et respectent les droits.

1. L'État a-t-il élaboré et mis en œuvre des stratégies ou des plans nationaux pour aborder la santé sexuelle et le bien-être de la population qui intègre des plans ou stratégies axées sur la prévention, le traitement et la gestion du VIH et des autres IST ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Faciliter les discussions multisectorielles ; incluant les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et d'autres populations à risque ; visant à développer ou à renforcer les stratégies ainsi que les plans nationaux et sous-nationaux concernant la santé et le bien-être sexuels, le VIH et les autres IST, notamment en assurant l'accès aux programmes de dépistage, de prévention et de traitement (y compris les programmes visant à réduire la transmission sexuelle et verticale de parent à enfant)¹⁵⁹ et en s'attaquant à la stigmatisation ainsi qu'à la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés.¹⁶⁰

Soutenir l'examen de l'allocation par l'État des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces stratégies ou plans, y compris les ressources budgétaires, humaines et administratives. Mettre en place des structures de gouvernance et de surveillance incluant une représentation de la communauté pour développer, mettre en œuvre et contrôler la fourniture de services de santé sexuelle, notamment pour le VIH et les autres IST.

RESSOURCES CLÉS

ONUSIDA, [Liste de contrôle et de référence pour l'élaboration et la révision d'un plan stratégique national de lutte contre le VIH](#)

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 21.

HCDH et ONUSIDA, [Le VIH et les droits de l'homme – Guide pratique à l'intention des institutions nationales des droits de l'homme](#)

2. Des biens, des services, des informations et des installations de qualité pour la prévention et le traitement du VIH et des autres IST sont-ils disponibles pour tous en fonction des besoins ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Établir des partenariats avec les prestataires gouvernementaux et non gouvernementaux, notamment les praticiens privés, pour garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle, en particulier les services adaptés, centrés sur les personnes et dirigés par la communauté pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations marginalisées exposées au risque de VIH (par exemple, les personnes handicapées). Intégrer ou relier les services de santé sexuelle et de lutte contre le VIH aux soins contraceptifs, aux services de dépistage prénatal et du cancer, et aux soins de santé primaires au sens large.

S'assurer que la prévention combinée du VIH, fondée sur des données scientifiques, soit centralisée dans la prestation des services de lutte contre le VIH et comprenne les interventions suivantes, fondées sur des preuves : préservatifs masculins et féminins et lubrifiants, traitement en tant que prévention, prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition, circoncision médicale volontaire, réduction des risques (y compris les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés), l'ECS à l'école et en dehors, le dépistage et le traitement des IST et la sûreté du sang.¹⁶¹

Travailler avec les responsables locaux de la santé, les populations clés, les jeunes et les organisations de la société civile pour assurer un programme de planification complète du préservatif, notamment la promotion des préservatifs masculins et féminins et des lubrifiants. S'assurer que les préservatifs soient accessibles sans discrimination¹⁶², notamment aux adolescents, et qu'ils soient promus dans le cadre des programmes de planification familiale. Soutenir l'approvisionnement en prophylaxie pré-exposition et post-exposition au VIH, et former les prestataires de soins de santé à leur utilisation, en particulier pour les populations clés, les femmes et les filles dans les environnements à forte prévalence du VIH ainsi que les survivants de violences sexuelle et sexiste. Établir un partenariat avec les responsables locaux de la santé pour accroître l'accessibilité de la prévention et de la prise en charge des IST, par exemple en garantissant aux adolescents l'accès à des conseils et à des services gratuits, confidentiels, non discriminatoires et qui leur sont adaptés.¹⁶³

Garantir le dépistage et le traitement universels du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B dans tous les établissements pré-nataux. Orienter et suivre les femmes enceintes chez qui le VIH a été diagnostiqué. Développer des services de gestion des cas d'IST à fournir par l'intermédiaire des établissements de soins obstétriques et néonataux d'urgence. Tester et suivre les nourrissons qui peuvent être infectés pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Inclure des services pour les nourrissons les plus exposés au risque d'acquisition du VIH, ainsi qu'un traitement pour ceux qui sont séroconvertis.¹⁶⁴

Garantir l'accès universel, en particulier pour les adolescents pauvres et marginalisés de diverses OSIGEGCS, aux vaccins contre le papillomavirus humain, lequel peut entraîner le cancer du col de l'utérus, de la bouche et de l'anus. Encourager les partenariats gouvernementaux avec les organisations de la société civile dirigées par des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des jeunes et d'autres populations marginalisées et soutenir ces organisations. Soutenir la fourniture par la société civile de services dirigés par la communauté (y compris les services mobiles de proximité, le développement communautaire, l'éducation par les pairs et le soutien) afin de réduire les risques d'acquisition ou de transmission du VIH et des IST, et d'encourager le recours aux services de santé sexuelle. Soutenir ces services en incluant des navigateurs pairs de la population clé pour encourager l'utilisation des services de santé sexuelle.

RESSOURCES CLÉS

ONUSIDA, [Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida](#)

OMS, [HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations](#)

OMS, [Actions for Improved Clinical and Prevention Services and Choices: Preventing HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Women and Girls. Using Contraceptive Services in Contexts with High HIV Incidence](#)

UNITAID, ONUSIDA et OMS, [Building Capacity for the Roll-Out of PrEP and HIV Testing Innovations in Asia and Pacific](#)

GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth et IPPF, [Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living with HIV: A Guidance Note](#)

ONUSIDA et HCDH, , p. 37. Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006

FNUAP, [Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission](#)

OMS, [Guidelines for the Prevention and Control of Cervical Cancer](#)

UNICEF, [UNICEF 2021 World AIDS Day Report: Stolen Childhood, Lost Adolescence](#)

Consulter aussi les questionnaires sur les informations et les services en matière de contraception et l'éducation complète à la sexualité.

3. Toutes les personnes ont-elles accès à des informations complètes, impartiales et scientifiquement exactes¹⁶⁵ concernant la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH et des IST, d'une manière compréhensible pour tous (compte tenu de l'âge, de la langue, des capacités, etc.) ?¹⁶⁶

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Travailler avec les communautés affectées pour concevoir des campagnes d'éducation publique scientifiquement exactes sur le VIH et les autres IST dans les langues locales afin de sensibiliser (y compris sur les méthodes de transmission d' IST et de prévention), de réduire la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et de promouvoir les droits de ces dernières.¹⁶⁷

Établir un partenariat avec les responsables de l'éducation pour développer des programmes inclusifs d'ECS dans le cadre du programme scolaire obligatoire, en mettant l'accent sur le VIH et les autres IST.¹⁶⁸

Développer et financer des programmes extrascolaires d'ECS, notamment pour les jeunes populations clés.

Réaliser des évaluations des programmes d'éducation sexuelle afin de s'assurer que ces programmes sensibilisent aux pratiques sexuelles sûres (y compris la prévention combinée du VIH) ; soulignent l'importance de se faire soigner pour les IST afin de prévenir les dommages à plus long terme sur la santé ; fournissent des outils pour comprendre, prévenir et signaler la violence basée sur le genre ; et remettent en question les stéréotypes discriminatoires liés au genre.

Mener des campagnes de communication visant à modifier les comportements dans les médias sociaux et de masse pour sensibiliser aux IST et promouvoir des comportements sexuels sans risque.

RESSOURCES CLÉS

UNESCO, FNUAP, ONUSIDA, UNICEF, OMS et ONU Femmes, [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](#)
FNUAP, UNESCO, OMS, UNICEF et ONUSIDA, [une approche factuelle des programmes non officiels proposés en dehors des environnements scolaires](#), p. 11.
Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire : Consulter aussi les questionnaires sur les informations et les services en matière de contraception et l'éducation complète à la sexualité.

4. L'État a-t-il élaboré des mesures adaptées pour lutter contre le VIH parmi les populations clés et les autres groupes à haut risque, notamment par le biais de réponses communautaires ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

S'engager à mettre en œuvre le principe d'une participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida¹⁶⁹ et à collaborer avec les responsables nationaux de la santé et les réseaux de la société civile regroupant des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et d'autres communautés à haut risque afin d'élaborer des lignes directrices et des stratégies nationales pour lutter contre le VIH et les autres IST dans des groupes cibles à haut risque¹⁷⁰, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les personnes transsexuelles, les jeunes femmes¹⁷¹, les personnes handicapées, les habitants des zones rurales, les migrants et les personnes déplacées, les populations autochtones et les autres groupes ethniques marginalisés¹⁷² ainsi que les personnes âgées.¹⁷³

Aider les responsables nationaux de la santé à adapter la prestation de services liés au VIH pour répondre aux besoins des populations clés et des autres populations à haut risque et pour remédier aux inégalités en matière de soins de santé ; notamment parmi les personnes sans statut légal, les populations criminalisées, les personnes vivant dans des contextes humanitaires et les adolescents.

Renforcer la disponibilité et l'utilisation des données stratégiques sur le VIH, en particulier les données sur les jeunes populations clés.

Mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation épidémiologiques, comportementaux, programmatiques, communautaires et participatifs qui génèrent, recueillent et utilisent les données ventilées nécessaires pour atteindre, soutenir et responsabiliser les populations clés et les autres populations affectées par le VIH.¹⁷⁴

Soutenir le suivi et l'évaluation par la société civile de l'impact des exigences relatives au consentement des parents et des tuteurs et de la déclaration obligatoire des délits sexuels commis par des enfants sur l'accès aux soins du VIH.

RESSOURCES CLÉS

Global HIV Prevention Coalition, [Mise en œuvre de la Feuille de route pour la prévention du VIH à l'horizon 2020](#), p. 1010.

FNUAP, ONUSIDA, OMS et HCDH, [Translating Community Research into Global Policy Reform for National Action](#)

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 24.

5. L'État s'est-il attaqué aux facteurs sociaux, culturels et structurels susceptibles d'exacerber la transmission du VIH et d'autres IST, notamment la pauvreté, la criminalisation des populations clés, la stigmatisation et la discrimination, la violence et les stéréotypes basés sur le genre, l'absence ou l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le mariage précoce et forcé d'enfants ?¹⁷⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Collaborer avec les responsables nationaux sur les questions de genre pour recenser les facteurs sociaux et culturels qui aggravent le risque de contracter le VIH et d'autres IST et organiser des consultations pour définir les réponses politiques possibles.

Fournir une formation sur la clarification des valeurs et le changement d'attitude aux prestataires de soins de santé et aux leaders communautaires afin de les sensibiliser et de réduire la stigmatisation ainsi que la discrimination autour du VIH, des autres IST et de la sexualité (y compris les diverses OSIGEGCS, le travail sexuel et le comportement sexuel des adolescents et des jeunes).

Fournir des services de santé sexuelle professionnels, de qualité et centrés sur la personne à toutes les personnes sexuellement actives, afin de gérer le risque de contracter le VIH et d'autres IST (y compris un soutien aux personnes exposées à la violence du partenaire intime ou de la famille, au mariage précoce et forcé des enfants ou à d'autres violences basées sur le genre).

Soutenir la formation de coalitions multisectorielles ; comprenant des personnes vivant avec le VIH ainsi que des membres des populations clés et d'autres populations affectées par le VIH ; afin d'intégrer les programmes gouvernementaux sur le VIH et les autres IST, la violence basée sur le genre et les SDSR.

RESSOURCES CLÉS

OMS, FNUAP, HCDH et ONUSIDA, Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH

FNUAP, ONUSIDA, OMS et HCDH, [Translating Community Research into Global Policy Reform for National Action](#), p. 10

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 56.

FNUAP, [Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage](#)

Consulter également les questionnaires sur les pratiques néfastes, la violence basée sur le sexe et l'éducation complète à la sexualité.

6. L'État a-t-il supprimé les obstacles juridiques qui entravent sa réponse au VIH, notamment l'obligation d'obtenir le consentement des parents ou d'un tuteur pour accéder à de l'information et de l'éducation sur les IST (y compris le VIH),¹⁷⁶

- les lois qui criminalisent la transmission et l'exposition non intentionnelles au VIH¹⁷⁷, et
- la criminalisation des populations clés exposées à un risque élevé de VIH (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres) ?¹⁷⁸

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Établir un partenariat avec la société civile afin de fournir des programmes de renforcement des capacités et de sensibilisation aux responsables de la santé, aux juges et aux législateurs afin de les sensibiliser aux normes des droits humains relatives à la santé sexuelle et reproductive des adolescents, à l'ECS et à la criminalisation de la transmission du VIH.

Soutenir les responsables du droit et de la santé dans l'examen et la réforme des lois et des politiques relatives au VIH afin d'éliminer les obstacles juridiques qui sapent la réponse au VIH et l'accès à la justice (notamment la criminalisation de la transmission du VIH et des populations clés).

Faciliter l'engagement de la société civile (y compris les mouvements de femmes, de jeunes, de travailleurs du sexe, les mouvements LGBTIQ et d'autres organisations dirigées par des populations clés) dans les examens d'organes créés en vertu d'instruments internationaux et les examens périodiques universels.

Contribuer à l'établissement de rapports sur le VIH devant les organes créés en vertu d'instruments internationaux et aider les États à mettre en œuvre les recommandations de ces organes.

Contribuer à la mise en œuvre par les États de la Déclaration politique sur le VIH et le sida 2021 et de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 de l'ONUSIDA.¹⁷⁹

RESSOURCES CLÉS

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 26-31

UNFPA, SDG 5.6.2: [Country level data on laws that restrict access to HIV testing and care](#), p. 30-32.

PNUD et ONUSIDA, [Legal and Policy Trends Impacting People Living with HIV and Key Populations in Asia and the Pacific 2014–2019](#)

7. L'État a-t-il adopté des mesures de protection législatives ou réglementaires pour éliminer la discrimination liée au VIH, garantir la confidentialité des tests et des traitements et assurer le droit des personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection à donner leur consentement éclairé et volontaire à des biens et services de santé, y compris le dépistage du VIH ?¹⁸⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Collaborer avec des législateurs pour les sensibiliser à la nécessité d'éliminer les mesures involontaires ou punitives dans les programmes de dépistage, de prévention et de traitement du VIH, comme le dépistage involontaire du VIH chez les femmes et les filles enceintes.¹⁸¹

Travailler avec les responsables de la santé pour élaborer des protocoles pour le traitement respectueux des patients séropositifs, notamment sur la manière de garantir le consentement éclairé et la confidentialité, ainsi que l'accès des patients à leur dossier médical.

RESSOURCES CLÉS

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 26-31.

8. L'État garantit-il que les personnes vivant avec le VIH ont le même droit à la santé sexuelle et reproductive que les personnes séronégatives, y compris la liberté de décider si et quand se reproduire¹⁸² et la liberté d'avoir une vie sexuelle sûre et satisfaisante

?¹⁸³

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Travailler avec les responsables locaux de la santé pour élaborer des protocoles au niveau des établissements afin de garantir que les personnes vivant avec le VIH ont accès à des soins de santé sexuelle et reproductive respectueux et de qualité, y compris des informations et des services de contraception, des services d'avortement sans risque, des soins périnataux, une assistance qualifiée pendant l'accouchement, des soins obstétriques d'urgence ainsi que des médicaments et des technologies essentiels à la santé sexuelle et reproductive.¹⁸⁴

Soutenir les responsables de la santé et les législateurs nationaux pour éliminer les politiques et les programmes qui encouragent ou tolèrent la stérilisation ou l'avortement involontaire pour les personnes vivant avec le VIH.¹⁸⁵

Élaborer des campagnes d'information pour lutter contre les idées fausses et les stéréotypes discriminatoires selon lesquels les femmes vivant avec le VIH ne devraient pas se reproduire, ce qui conduit souvent à la stérilisation et à l'avortement involontaires.

Établir un partenariat avec les associations professionnelles médicales nationales afin de renforcer et d'aligner les orientations éthiques sur le traitement des patients atteints du VIH avec les normes relatives aux droits humains dans le but d'éliminer la discrimination et de renforcer le respect de l'autonomie ainsi que de l'intégrité corporelles.

RESSOURCES CLÉS

ONUSIDA, [Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH](#)

OMS, UNFPA, HCDH et ONUSIDA, [Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH.](#)

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 59

Consulter également les questionnaires sur les soins complets en matière d'avortement, la santé maternelle et les informations et services en matière de contraception.

9. L'État a-t-il adopté des garanties administratives ou judiciaires pour assurer un recours et une réparation en cas de violation des droits humains liés au VIH et aux autres IST, notamment lorsqu'une personne vivant avec le VIH ou un membre d'une population clé s'est vu refuser des soins de santé essentiels en raison de son statut VIH ou a reçu un traitement abusif ou discriminatoire dans les établissements de soins de santé ?

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir la responsabilisation pour les violations des droits humains liées au VIH en augmentant l'accès significatif à la justice pour les personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci, en particulier les populations clés, en augmentant la collaboration entre les principales parties prenantes, en soutenant les programmes d'alphabétisation juridique, en augmentant l'accès au soutien et à la représentation juridiques et en soutenant le suivi communautaire.¹⁸⁶

Développer des outils de programmation qui favorisent la sensibilisation aux droits parmi les populations clés et autres groupes vulnérables au VIH, le personnel des Nations Unies, les prestataires de services et les communautés.

Soutenir les initiatives visant à promouvoir des services juridiques gratuits pour les personnes confrontées à la discrimination, aux abus ou au refus de soins de santé essentiels liés au VIH.

Soutenir les responsables locaux de la santé dans le renforcement des mécanismes de responsabilité au sein des établissements de santé afin de répondre aux plaintes pour discrimination, abus et refus de soins de santé essentiels.

Renforcer les capacités des juges, des agents chargés de l'application de la loi, des médiateurs, des unités de traitement des plaintes en matière de santé et des institutions nationales de défense de droits humains, afin de lutter contre les violations des droits humains liées au VIH.

Soutenir les institutions nationales de droits humains dans la conduite d'auditions ou d'enquêtes sur la réponse au VIH pour les populations clés et autres groupes à haut risque du point de vue des droits humains.

RESSOURCES CLÉS

ONUSIDA et HCDH, [Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Version consolidée 2006](#), p. 48-60

FNUAP, [Guide in Support of National Human Rights Institutions: Country Assessments and National Inquiries on Human Rights in the Context of Sexual and Reproductive Health and Well-Being](#)

ÉTUDES DE CAS

Mettre fin aux abus et à la discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH au Chili

Au Chili, les femmes vivant avec le VIH sont victimes d'abus et de discrimination généralisés, notamment de stérilisation forcée, dans les établissements de santé.¹⁸⁷

En 2002, F.S., une Chilienne de 27 ans vivant avec le VIH a été stérilisée chirurgicalement à son insu par son médecin, qui était au courant de sa séropositivité, alors qu'elle accouchait par césarienne.¹⁸⁸ À la suite de la stérilisation forcée, F.S. a subi des préjudices physiques et psychologiques importants en raison de son incapacité à avoir d'autres enfants.¹⁸⁹ Après l'intervention, F.S. a déposé une plainte d'ordre pénal contre le médecin, mais un tribunal chilien a rejeté l'affaire en se fondant sur une fausse déclaration selon laquelle elle avait consenti verbalement à la stérilisation, ajoutant ainsi aux préjudices qu'elle avait déjà subis.

Le Chili fait partie des traités internationaux relatifs aux droits humains qui protègent le droit au consentement complet et éclairé à la contraception et à la stérilisation¹⁹⁰, et la législation nationale chilienne exige le consentement écrit du patient avant de procéder à la stérilisation. Dans la pratique, cependant, les femmes vivant avec le VIH sont fréquemment stérilisées sans que leur médecin ait obtenu un consentement écrit ou verbal.

Un rapport réalisé par des organisations de défense des droits humains a analysé les abus systématiques dont sont victimes les femmes vivant avec le VIH dans les établissements de santé chiliens et a formulé plusieurs recommandations quant aux mesures que devrait prendre le gouvernement chilien pour prévenir de futures violations, notamment :

- Attribuer un espace et un temps suffisants dans les établissements de santé pour que les femmes vivant avec le VIH reçoivent des informations et des conseils complets et médicalement exacts sur la

planification familiale, la grossesse, la maternité et le VIH ;

- Intégrer l'ECS dans les programmes scolaires pour garantir l'accès à une éducation sexuelle fondée sur des preuves afin de fournir aux adolescents les informations dont ils ont besoin pour se protéger de la transmission du VIH ; et
- Diffuser des informations sur les lois relatives au consentement éclairé et aux droits des personnes vivant avec le VIH ou le sida afin de s'assurer que toutes les facultés de soins de santé, tant publiques que privées, appliquent les lois et politiques en vigueur.¹⁹¹

La société civile, les communautés de donateurs et les organismes de défense des droits humains peuvent accroître la demande de responsabilisation des gouvernements en facilitant la collecte de données sur la discrimination intersectionnelle (telle que la discrimination liée au genre et au VIH) ou la violence à l'égard des femmes et la discrimination liée au VIH, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé ; et en contrôlant les programmes de santé reproductive, de planification familiale et de lutte contre le VIH ou le sida pour s'assurer qu'ils sont efficaces, de bonne qualité et qu'ils respectent les droits des femmes.¹⁹²

Après des années de négociations, le gouvernement chilien et F.S. sont parvenus à un accord en 2021. Le Chili a accepté de fournir des réparations à F.S. pour les préjudices qu'elle a subis en raison de sa stérilisation forcée.¹⁹³ Le gouvernement s'est engagé à prendre des mesures pour garantir le consentement libre et éclairé pour les procédures de stérilisation, y compris des protections uniques pour les personnes vivant avec le VIH. L'accord établit un mécanisme de contrôle de la conformité pour garantir que le Chili respecte ses engagements. En cas de non-conformité, l'affaire sera renvoyée devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme.¹⁹⁴

Garantir des soins aux personnes incarcérées vivant avec le VIH en Namibie

En Namibie, comme dans le monde entier, la prévalence du VIH dans la population carcérale est plus élevée que dans la population générale, et est actuellement estimée à 11,5 %. Les personnes incarcérées se voient souvent refuser l'accès à la thérapie anti-rétrovirale et sont confrontées à des repas peu fréquents et à un manque de nutrition adéquate.

Le Bureau de l'Ombudsman a joué un rôle essentiel pour garantir l'accès au traitement antirétroviral et à une alimentation adéquate pour les personnes vivant avec le VIH dans les lieux de détention. Face à cette situation, son personnel a visité un certain nombre de cellules de détention de la police et d'établissements correctionnels de 2012 à 2019 afin de vérifier les plaintes des détenus. Le Bureau a ensuite organisé une réunion avec les parties prenantes concernant les conditions dans les cellules de détention de la police en février 2019. Au cours de la rencontre, la police a accepté de tenir un registre des détenus vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral, y compris les dates des examens médicaux de suivi et de la réception des médicaments, et de mettre ces registres à la disposition des enquêteurs du Bureau de l'Ombudsman pour inspection.

La police s'est également engagée à veiller à ce que les détenus reçoivent des repas réguliers d'une valeur nutritionnelle adéquate. La question de l'alimentation inadéquate dans les prisons a été abordée avec le service correctionnel de Namibie, qui a consulté un diététicien et élaboré un nouveau menu qui répond à toutes les conditions médicales. Ce menu a été mis en œuvre dans toutes les prisons en février 2020.¹⁹⁵

La violence basée sur le genre désigne tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur des différences entre les sexes biologiques attribuées par la société (c'est-à-dire les différences de

genre). Il s'agit d'actes qui infligent des blessures ou des souffrances physiques, sexuelles ou mentales, de menaces de telles souffrances, de coercition et d'autres privations de liberté.¹⁹⁶

La violence basée sur le genre est une violation de droits humains et une forme de discrimination qui peut être commise à l'encontre de toute personne en raison de son sexe réel ou perçu, de ses caractéristiques liées au sexe ou de ses rôles sexospécifiques socialement construits. Elle vise principalement les femmes, les filles et les personnes ayant différents OSIGEGCS réelle ou perçue.¹⁹⁷ Les hommes et les garçons cisgenres et qui s'identifient au sexe assigné à la naissance peuvent également être victimes de violences sexistes, notamment de violences sexuelles découlant d'attentes et de rôles socialement déterminés.¹⁹⁸

L'approche de la violence basée sur le genre dans une perspective de droits humains apporte un changement conceptuel important, car elle reconnaît que cette violence ne se produit pas par hasard ou en raison d'une vulnérabilité innée. Au contraire, la violence basée sur le genre est le résultat d'une discrimination structurelle, profondément enracinée, et de stéréotypes sociaux et sexistes, que les États ont l'obligation légale de combattre.

La violence basée sur le genre à l'égard des femmes et des filles, qui inclut celles attirées par le même sexe, transgenres ou qui ne s'identifient pas au sexe assigné à la naissance, est persistante et omniprésente : l'OMS estime qu'au cours de sa vie, une femme sur trois subit des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou d'un non-partenaire.¹⁹⁹ Cette donnée n'a pratiquement pas changé depuis plus d'une décennie. Les femmes commencent souvent à subir ces violences avant que les femmes n'atteignent la mivingtaine.²⁰⁰

Normes de droits humains relatives

à la violence basée sur le genre

D'autres formes de violence basée sur le genre incluent le féminicide ; le viol ; le meurtre ; la violence sexuelle, physique et psychologique ; les pratiques néfastes comme les mutilations génitales féminines et le mariage d'enfants ; la stérilisation forcée ; la criminalisation de l'avortement ; le refus ou le retard d'un avortement sûr ; la poursuite forcée de la grossesse ainsi que les mauvais traitements infligés aux femmes et aux filles qui cherchent à obtenir des services de santé sexuelle et reproductive.²⁰¹ La violence basée sur le genre est associée à un risque accru de blessures, de dépression, de troubles anxieux, de grossesses non planifiées, d'IST et de nombreux autres problèmes de santé.²⁰²

Les États doivent veiller à ce que les auteurs de violence basée sur le genre soient tenus responsables dans toutes les sphères d'interaction humaine.²⁰³ En vertu du principe de diligence raisonnable du droit relatif aux droits humains, les États ont des obligations positives concernant la violence basée sur le genre, même lorsqu'elle est commise par des acteurs privés. Dans le cas où ils échoueraient à prendre toutes les mesures appropriées pour prévenir les actes ou les omissions qui entraînent des violences basées sur le genre, y compris ceux des acteurs non étatiques ; pour enquêter sur ceux-ci, pour poursuivre et punir les fautifs et pour fournir des réparations, les États parties seront

tenus responsables.²⁰⁴ Cette obligation comprend la garantie d'une protection efficace contre la violence et l'investigation des rapports de violence sur la base d'une OSIGEGCS réelle ou perçue.²⁰⁵

Pour briser le cycle de la violence basée sur le genre, il faut s'attaquer aux causes sous-jacentes et profondes de cette violence en s'attaquant aux inégalités économiques et sociales systémiques, en garantissant l'accès à l'éducation et à un travail sûr, et en modifiant les normes et les institutions discriminatoires liées au genre. L'obligation qu'ont les États de lutter contre la violence sexuelle et basée sur le genre implique de veiller à ce que les services essentiels soient disponibles et accessibles aux survivants, de remettre en question les stéréotypes sexistes discriminatoires, de lutter contre la stigmatisation, de réformer les lois discriminatoires et de renforcer les réponses juridiques, entre autres. Le CEDAW a souligné la nécessité de renforcer la prévention de la violence basée sur le genre à l'égard des femmes, notamment par des mesures législatives et d'autres mesures préventives, par l'éducation, par des programmes de sensibilisation impliquant les médias, par le renforcement des capacités du système judiciaire et par la sécurisation des espaces publics et leur accession pour toutes les femmes et les filles.

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire ci-dessous constitue un outil permettant d'évaluer la conformité de votre système de santé aux obligations en matière de droits humains concernant la violence basée sur le genre, et l'intégration de cette dernière dans l'ensemble des services essentiels de la CSU.

Les approches fondées sur les droits humains fournissent un cadre clair pour des réponses exhaustives et multisectorielles, ainsi que pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire (preventing disorders from developing, providing early detection and treatment, and managing chronic conditions, respectively). Les questions sont formulées pour soutenir l'intégration des préoccupations liées à la violence basée sur le genre dans les soins de santé primaires afin d'améliorer le sort des femmes et des adolescentes dans toute leur diversité.

Pour cette raison, le questionnaire ne fait pas référence à tous les secteurs de la réponse, qui comprend aussi la sécurité et la justice.

1. L'État a-t-il élaboré et mis en œuvre des stratégies et des plans nationaux visant à prévenir, à sanctionner et à éradiquer toutes les formes de violence basée sur le genre ?²⁰⁶

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Faciliter les discussions entre diverses parties prenantes (par exemple, le gouvernement, la société civile et le secteur privé) et divers secteurs (par exemple, la santé, le genre, etc.) visant à développer ou à renforcer les stratégies et les plans nationaux concernant la violence basée sur le genre, en particulier à la lumière de la recommandation générale no 35 actualisée du CEDAW sur la violence basée sur le genre à l'égard des femmes.

Soutenir l'examen de l'allocation par l'État des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces stratégies ou plans, y compris les ressources budgétaires, humaines et administratives.

RESSOURCES CLÉS

ONU Femmes, [Manuel sur les plans nationaux de lutte contre la violence à l'égard des femmes](#).

UNODC, [Gender-Based Violence against Women](#).

OMS, ONU Femmes, FNUAP, PNUD et UNODC, [Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence](#).

OMS, FNUAP, ONU Femmes, PNUD et UNODC, [Respect des femmes : Prévenir la violence contre les femmes](#).

- 2. L'État a-t-il pris des mesures suffisantes pour abroger les lois et les politiques qui, directement ou indirectement, excusent, tolèrent ou facilitent la violence, notamment les lois qui autorisent les procédures médicales sur les femmes handicapées sans leur consentement éclairé ou qui criminalisent l'avortement, le travail sexuel ou le fait d'être lesbienne, bisexuel ou transgenre ?²⁰⁷**

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les organisations de la société civile et les institutions nationales de droits humains dans la documentation de l'impact sur la santé sexuelle et reproductive des lois qui criminalisent l'avortement, le travail sexuel et le fait d'être lesbienne, bisexuel ou transgenre, et ce, dans le but d'informer les processus de réforme législative.

Évaluer comment les lois et les politiques nationales peuvent promouvoir les stéréotypes de genre qui entretiennent la violence basée sur le genre.

Soutenir les États dans leurs efforts pour abroger les lois et les politiques qui excusent, tolèrent ou facilitent indirectement la violence.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [A Guide in Support of National Human Rights Institutions.](#)

- 3. L'État a-t-il pris des mesures pour éliminer la violence basée sur le genre dans les établissements de soins de santé, comme la stérilisation forcée ainsi que le manque de respect et les abus dans les soins de santé maternelle ?**

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Collaborer avec les sociétés professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues pour élaborer des directives éthiques afin de prévenir la violence basée sur le genre dans les établissements de soins de santé, notamment la stérilisation forcée et les mauvais traitements infligés aux personnes enceintes ou en post-partum.

Élaborer et mettre en œuvre des campagnes visant à sensibiliser les femmes, les jeunes filles et les autres personnes à leurs droits dans les établissements de soins de santé et à la manière d'accéder aux mécanismes de plainte.

Établir un partenariat avec les institutions nationales de droits humains pour enquêter et formuler des recommandations en réponse aux rapports sur l'incidence de ces violences.

Dispenser aux agents de santé une formation préalable au service et continue sur les normes sociales et sexospécifiques afin que les réponses des services de santé servent de stratégies d'intervention pour prévenir la violence basée sur le genre.

S'assurer que les lois et les politiques, ainsi que les directives et les procédures opérationnelles standard spécifiques à la santé, interdisent efficacement toutes les formes de violence basée sur le genre dans les établissements de soins de santé et prévoient des recours adéquats en cas de violation.

RESSOURCES CLÉS

OMS, ONU Femmes, FNUAP, PNUD et UNODC, [Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence.](#)

FNUAP, [A Guide in Support of National Human Rights Institutions.](#)

Module 6

NORMES DE DROITS HUMAINS RELATIVES A LA VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE

- 4. Les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les survivants de la violence basée sur le genre - y compris la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition et l'avortement sans risque - sont-ils accessibles (soit abordables ou gratuits si nécessaire), disponibles, acceptables et de bonne qualité, conformément au droit international des droits humains ?**

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Travailler avec les responsables nationaux et locaux de la santé pour dispenser des formations, acheter des produits et renforcer les règles, les règlements et les directives afin de garantir l'accès à la contraception d'urgence gratuite pour les survivants sans ordonnance²⁰⁸, à la prophylaxie post-exposition²⁰⁹ et aux services d'avortement sans risque, conformément au droit international des droits humains.²¹⁰

Collaborer avec les responsables nationaux et locaux de la santé pour mener des audits des services médico-légaux afin de garantir la disponibilité, l'acceptabilité, l'accessibilité et la qualité des services médicaux liés à la violence basée sur le genre pour divers groupes de femmes, de jeunes filles et de personnes de diverses OSIGEGCS, y compris la détection de toute barrière procédurale (par exemple, le signalement de la violence à la police comme condition préalable à l'accès à l'avortement) qui pourrait entraver l'accès aux soins.

Établir des partenariats avec les responsables nationaux et locaux de la santé afin de former les prestataires de soins de santé aux besoins et aux droits des survivants de la violence basée sur le genre, notamment pour renforcer les compétences cliniques, lutter contre les stéréotypes discriminatoires et les normes sociales qui nuisent aux soins, souligner les obligations éthiques et juridiques, et faciliter la prestation de soins sensibles au genre et empreints de compassion.

RESSOURCES CLÉS

OMS, [Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle](#).

OMS, [Prise en charge clinique des survivantes de viol en situation de crise humanitaire](#).

FNUAP, [Le dispositif minimum d'urgence](#).

Global Protection Cluster, [Tip Sheet: Addressing Gender-Based Violence \(GBV\) in Health Assessments and Initial Programme Design](#)

OMS, [Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers](#)

- 5. L'État fournit-il des services d'aide sociale et juridique aux survivants de la violence basée sur le genre, notamment des services psychosociaux et de conseil, de l'éducation, des logements abordables, des possibilités d'emploi et une aide juridique de qualité ?²¹¹**

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les représentants du gouvernement dans la mise en place de programmes d'aide juridique ; de lignes gratuites d'assistance 24 heures par jour et d'un nombre suffisant de centres et de refuges de crise, de soutien et d'orientation sûrs et correctement équipés pour les survivants, leurs enfants et les autres membres de la famille.

Collaborer avec des responsables de l'éducation pour augmenter les possibilités de formation et d'éducation pour les survivants de la violence basée sur le genre, y compris les personnes enceintes et les nouveaux parents.

RESSOURCES CLÉS

OMS, ONU Femmes, FNUAP, PNUD et UNODC, [Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence](#).

6. L'État a-t-il adopté des mesures précises, en consultation avec les groupes affectés, pour répondre à la violence basée sur le genre subie par les personnes confrontées à une discrimination intersectionnelle, notamment les femmes handicapées et les adolescents ?²¹²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Travailler avec les responsables nationaux et locaux de la santé pour ventiler les données par type de violence et pour s'assurer que les données saisissent les formes de discrimination intersectionnelle et d'autres caractéristiques sociodémographiques pertinentes.

Soutenir ou diriger des processus consultatifs visant à faciliter la participation des femmes et des personnes concernées à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la fourniture de services destinés à lutter contre la violence basée sur le genre.

Établir des partenariats avec les organisations de la société civile et les organisations dirigées par des femmes et des adolescentes afin de renforcer les mécanismes d'orientation et d'accès et de veiller à ce que les services soient appropriés et complets.

7. Des programmes, des stratégies ou des campagnes sont-ils en place pour soutenir le changement des normes sociales afin d'éliminer les préjugés, les attitudes patriarcales et les stéréotypes discriminatoires, y compris au sein du public ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Élaborer et mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation à la violence basée sur le genre, y compris pour promouvoir la tolérance zéro à l'égard de la violence, afin de lutter contre la stigmatisation et les stéréotypes discriminatoires liés au genre et à l'intersectionnalité, et s'attaquer aux autres causes sous-jacentes de la violence basée sur le genre.²¹³

Collaborer avec des chefs coutumiers, traditionnels et religieux (qui adhèrent aux droits humains et à l'égalité des sexes) pour atteindre les populations mal desservies avec lesquelles ils sont souvent en contact (par exemple, les personnes âgées, les femmes handicapées, les immigrants et les groupes ethniques marginalisés).

Investir dans les organisations féministes et les soutenir afin de faciliter leur participation aux processus de développement nationaux.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Women, Faith and Human Rights](#).

FNUAP, [Résumé technique : De la nécessité de transformer les normes sociales pour parvenir à l'égalité entre les sexes](#).

8. L'État veille-t-il à ce que des mécanismes de responsabilisation soient mis à la disposition des victimes de violences et de leurs familles, le cas échéant, à ce que toutes les allégations de violences à l'encontre des femmes et des filles fassent l'objet d'une enquête rapide, impartiale et sérieuse et à ce que les auteurs de ces violences soient traduits en justice ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les responsables du droit, de la justice et de la santé dans l'élaboration et l'adoption de programmes obligatoires, récurrents et efficaces de renforcement des capacités et d'éducation des juges, des avocats, des responsables de l'application des lois, des législateurs et des professionnels de la santé sur les liens entre la violence basée sur le genre et les stéréotypes sexistes discriminatoires²¹⁴, et sur l'importance de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, en particulier les services de prévention et de traitement des IST et du VIH.²¹⁵

Établir des partenariats avec des organisations de la société civile pour organiser des formations sur les droits juridiques à l'intention des femmes et des jeunes filles, afin qu'elles connaissent leur droit à ne pas subir de violences et sachent comment le faire valoir.

Soutenir les États dans leurs efforts pour mettre en place des mécanismes de responsabilité adaptés aux obstacles précis auxquels les survivants de la violence basée sur le genre sont confrontés lorsqu'ils cherchent à obtenir justice, et ce, afin de garantir que ces victimes aient accès à la justice et à la réparation.

RESSOURCES CLÉS

OMS, ONU Femmes, FNUAP, PNUD et UNODC, [Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence](#).

UNODC, [Gender-Based Violence against Women](#).

ÉTUDE DE CAS

Protéger les élèves des écoles publiques contre la violence sexuelle en Équateur

Paola Guzmán Albarracín, une lycéenne de 16 ans en Équateur, a été abusée sexuellement à plusieurs reprises par le directeur adjoint de son école. Lorsqu'elle est tombée enceinte à la suite de ces violences, celui-ci a fait pression sur elle pour qu'elle avorte.²¹⁶ À la suite de ce traumatisme sexuel, Paola s'est suicidée.²¹⁷ Bien que les autorités scolaires aient appris qu'elle avait ingéré du phosphore blanc mortel dans le cadre d'une tentative de suicide, elles ne sont pas intervenues pour sauver la vie de Paola en l'emmenant à l'hôpital ou en prévenant sa famille.²¹⁸

Le gouvernement équatorien n'a pas mené d'enquête appropriée sur l'inconduite sexuelle du directeur adjoint, et n'a donc pas rendu justice à sa famille.²¹⁹

L'affaire de Paola a été portée devant la Cour interaméricaine des droits de l'homme, qui a déterminé qu'en ne protégeant pas Paola, le gouvernement équatorien avait violé ses droits à la vie, à l'intégrité personnelle, à la vie privée, à la dignité, à la protection spéciale de l'État en tant qu'enfant, à l'égalité et à la non-discrimination, à l'éducation et à une vie exempte de violence et de discrimination liées au genre.²²⁰

L'Équateur a accordé des réparations pécuniaires à la famille de Paola, a présenté des excuses publiques reconnaissant son rôle dans l'absence de protection de Paola et a reconnu son statut de victime d'agression sexuelle dans un environnement scolaire.²²¹

L'affaire de Paola a permis d'établir des normes claires en matière de droits humains pour protéger les élèves des écoles publiques contre la violence et le harcèlement sexuels, et a servi d'exemple pour de nombreux autres États.²²² La Cour interaméricaine des droits de l'homme a défini les protocoles légalement requis pour sauvegarder le droit des jeunes à ne pas subir de violence et de harcèlement sexuels dans les écoles d'Amérique latine et des Caraïbes. Ces mécanismes comprennent des mesures structurelles pour lutter contre la violence sexuelle, des politiques exigeant que l'éducation sexuelle et reproductive soit une composante obligatoire des programmes scolaires, la reconnaissance de l'autonomie des adolescentes (y compris la liberté sexuelle et le contrôle de leur corps) et la reconnaissance du consentement comme élément central des droits sexuels et reproductifs.²²³

Normes de droits humains relatives

les pratiques néfastes

Les pratiques néfastes sont des violations des droits des femmes et des filles qui sont profondément enracinées dans la discrimination basée sur le genre.²²⁴ Elles prennent de nombreuses formes, notamment les mariages d'enfants et les mariages forcés ainsi que les mutilations génitales féminines (MGF)²²⁵, qui ont un impact particulièrement important sur la jouissance de la santé sexuelle et reproductive.²²⁶

Les pratiques néfastes constituent une forme de violence basée sur le genre et peuvent être assimilées à la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant.²²⁷ Ces pratiques impliquent souvent la violence et causent des dommages ou des souffrances physiques ou psychologiques, y compris des conséquences immédiates ou à long terme sur la dignité de la victime, son intégrité et son développement physique et psychosocial, sa santé, son éducation et son statut socio-économique.²²⁸ Le Comité des Nations Unies contre la torture a déclaré à plusieurs reprises que des pratiques comme les mutilations génitales féminines violent l'intégrité physique et la dignité humaine des filles et des femmes.²²⁹ De nombreuses pratiques néfastes mettent en péril la SDSR des femmes et des adolescents.

Un élément essentiel des pratiques néfastes est qu'elles sont imposées par des membres de la famille, de la communauté ou de la société en général, sans se préoccuper si la victime a donné ou est capable de donner son consentement complet, libre et éclairé.²³⁰ Ces pratiques sont profondément ancrées dans la discrimination fondée sur le sexe, le genre et l'âge, entre autres.²³¹ Une approche fondée sur les droits humains reconnaît que les pratiques néfastes découlent d'attitudes sociétales et de stéréotypes de genre qui considèrent les femmes et les filles comme « irrationnelles » ou « faibles » et qui attribuent plus de pouvoir, de valeur et de voix aux hommes.

Malgré les progrès réalisés dans la réduction de certaines pratiques néfastes grâce à des efforts ciblés, la croissance démographique signifie qu'un nombre plus important que jamais de femmes et de filles devraient être confrontées à ces pratiques dans les décennies à venir.²³² Les personnes confrontées à des formes de discrimination intersectionnelle, y compris les femmes et les filles handicapées ainsi que les femmes et les filles des zones rurales, sont particulièrement exposées à des pratiques néfastes.²³³ Les situations de crise, y compris les conflits et les urgences humanitaires,

peuvent accroître l'incidence de certaines pratiques néfastes, notamment les mariages d'enfants, précoces et forcés (MEPF)²³⁴ et les MGF.²³⁵ Les agences des Nations Unies estiment que la pandémie de COVID-19 pourrait entraîner deux millions de cas de MGF et dix millions de mariages d'enfants qui auraient pu être évités.²³⁶

Les traités relatifs aux droits humains prévoient des obligations générales et précises pour lutter contre les pratiques néfastes.²³⁷ Les États doivent éliminer les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes ou préjudiciables à la santé des enfants.²³⁸

Une approche fondée sur les droits humains quant aux pratiques néfastes reconnaît que les mesures prises par les États pour mettre fin à ces pratiques doivent activement chercher à transformer les stéréotypes discriminatoires liés au genre qui sont à leur origine ainsi qu'à garantir le respect de

l'autonomie et de l'intégrité corporelles. Les efforts visant à lutter contre les pratiques néfastes doivent s'attaquer aux déséquilibres et aux dynamiques de pouvoir ; y compris le sexisme, le racisme, l'adultisme, le classisme, le capitalisme et l'hétérosexisme²³⁹ ; et donner du pouvoir aux femmes, aux filles ainsi qu'aux autres groupes opprimés. Par exemple, lorsque les efforts déployés pour lutter contre les MGF se concentrent uniquement sur les dommages physiques plutôt que sur leurs implications pour l'autonomie corporelle, l'initiative peut conduire par inadvertance à la médicalisation de la pratique plutôt qu'à son éradication.²⁴⁰ Les initiatives visant à mettre fin au mariage des enfants qui ne répondent qu'à la nécessité légale de fixer un âge minimum, mais ne donnent pas accès aux opportunités, à l'agence et aux services pour les filles peuvent être insuffisantes pour mettre fin à la pratique et peuvent même avoir des conséquences imprévues, such as increases in informal unions or unregistered marriages.²⁴¹

Questions clés

pour évaluer la conformité du système de santé avec les obligations en matière de droits humains

Le questionnaire ci-dessous fournit un outil pour évaluer la conformité de votre système de santé avec les obligations en matière de droits humains concernant les pratiques néfastes. En raison de l'impact particulier que les MEPF et les MGF ont sur la santé sexuelle et reproductive, il se concentre sur ces deux pratiques néfastes.

La lutte efficace contre les pratiques néfastes est une obligation fondamentale des États, ce qui signifie que les États ne peuvent pas faire de réserves pour limiter ou qualifier cette responsabilité.²⁴² Au minimum, les États doivent collecter, mettre à jour et diffuser des données sur l'incidence et la prévalence des pratiques néfastes ; élaborer et appliquer des « lois et règlements appropriés » avec la participation des communautés concernées ; et mettre en œuvre des efforts de prévention et de réponse pour établir des normes sociales, sexospécifiques et culturelles fondées sur les droits afin d'autonomiser les femmes et les communautés par l'éducation et les opportunités économiques, pour sensibiliser et pour garantir que des mesures de protection, des services adaptés et des recours sont disponibles pour les femmes et les filles les plus vulnérables aux pratiques néfastes.

1. L'État a-t-il mis en place une stratégie ou un plan holistique bien défini, fondé sur les droits et pertinent au niveau local pour lutter contre les pratiques néfastes, y compris les MEPF et les MGF ?²⁴³

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Sensibiliser les diverses parties prenantes (par exemple, la société civile, le gouvernement et le secteur privé) et les différents secteurs (par exemple, la santé, l'éducation et la protection sociale) à ce qu'impliquent les approches fondées sur les droits humains face aux pratiques néfastes, ainsi qu'à la portée et à la nature des obligations légales en matière de droits humains concernant ces pratiques.

Faciliter les discussions avec diverses parties prenantes visant à développer ou à renforcer les stratégies et les plans nationaux concernant les pratiques néfastes, en s'inspirant de la recommandation générale conjointe no 31/observation générale no 18 du CEDAW et du Comité des droits de l'enfant.

Soutenir l'examen de l'allocation par l'État des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces stratégies ou plans, y compris les ressources budgétaires, humaines et administratives.

Collaborer avec les responsables nationaux de la santé, les bureaux nationaux de statistiques et d'autres autorités publiques pour développer et mettre en œuvre des outils servant à la collecte de données ventilées sur les pratiques néfastes afin de documenter les tendances ainsi que les filles et les femmes qui sont les plus à risque, de guider les actions de l'État et de contrôler l'efficacité des lois, des politiques et des programmes.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [État de la population mondiale 2020](#), p. 120

FNUAP, [Évaluation du coût des trois résultats transformateurs](#), p. 23-33

Filles, Pas Eouses, [Une liste de vérification pour les stratégies nationales visant à mettre fin au mariage des enfants](#).

FNUAP, [Enabling Environments for Eliminating Female Genital Mutilation](#), p. 10

FNUAP et UNICEF, [Phase II de la théorie du changement du programme mondial](#).

FNUAP et UNICEF, [Seven Steps to Strengthening Legislation, Policy and Public Financing to End Child Marriage](#).

2. L'État a-t-il utilisé des lois ou des politiques pour prévenir les pratiques néfastes et garantir des recours aux survivants des MEPF et des MGF ?²⁴⁴

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Sensibiliser les législateurs aux normes de droits humains concernant les pratiques néfastes et la réponse juridique appropriée, y compris la nécessité de centrer l'autonomie corporelle des femmes et des filles, et de veiller à ce que les lois n'aient pas d'impact négatif sur les populations que l'on cherche à autonomiser.²⁴⁵

Établir un partenariat avec les organismes des Nations Unies au niveau national, notamment l'UNICEF, ONU Femmes et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, afin d'évaluer comment les lois et les politiques nationales promeuvent les stéréotypes liés au genre qui sont liés à des pratiques néfastes et quelles réformes juridiques sont nécessaires pour se conformer aux normes des droits humains.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [État de la population mondiale 2020](#), p. 119

Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à accélérer la lutte contre le mariage d'enfants, [Child Marriage and the Law: Technical Note for the Global Programme to End Child Marriage](#).

UNFPA APRO, [Rights Versus Protection: Marriage, Sexual Consent and Medical Treatment](#).

[Kathmandu Call for Action to End Child Marriage in South Asia](#).

SADC, Filles, Pas Epouses et FNUAP, [Guide d'utilisation de la Loi type de la SADC sur l'éradication du mariage des enfants et la protection des enfants déjà mariés](#).

3. Le processus d'élaboration, de diffusion et de mise en œuvre des lois relatives aux MEPF et aux MGF est-il inclusif et participatif ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Organiser des dialogues nationaux avec l'engagement de la société civile et des populations touchées par les MEPF et les MGF, y compris les adolescentes, sur la façon dont les lois peuvent être utiles pour prévenir les pratiques néfastes, soutenir les survivants et de parvenir à la responsabilisation.

Soutenir les groupes de défense des droits des femmes et les défenseurs de la jeunesse pour qu'ils se réunissent afin d'élaborer des recommandations sur les réformes juridiques nécessaires pour lutter contre les pratiques néfastes, notamment en évaluant l'efficacité des cadres juridiques existants, comme la criminalisation, et la meilleure façon de traiter les lois sur le statut personnel fondées sur la religion²⁴⁶ qui permettre de telles pratiques.

4. L'État a-t-il investi dans des mesures proactives pour promouvoir l'autonomisation des filles et des femmes, notamment en remettant en cause les normes et les stéréotypes patriarcaux et autres normes de genre préjudiciables ?²⁴⁷

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Collaborer avec les responsables de la santé et de l'éducation pour veiller à ce que les programmes scolaires incluent une éducation complète à la sexualité obligatoire et que les programmes extrascolaires fournissent des informations précises sur les pratiques néfastes²⁴⁸ et contiennent des informations sur les droits humains (y compris ceux des femmes et des enfants), l'égalité des sexes, les stéréotypes sexistes, la violence basée sur le genre et la nécessité de favoriser un environnement de non-discrimination.²⁴⁹

Mener des campagnes de sensibilisation, d'information et d'éducation à long terme à l'intention des chefs communautaires et religieux, des familles, des hommes et des garçons, ainsi que des interventions visant spécifiquement à autonomiser les femmes et les filles, et à décourager les pratiques néfastes (par exemple, par la sensibilisation à l'impact des MGF sur la santé et la vie des filles et des femmes).

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [De la nécessité de transformer les normes sociales pour parvenir à l'égalité entre les sexes.](#)

UNICEF, [Gender Transformative Approaches for the Elimination of Female Genital Mutilation.](#)

FNUAP et UNICEF, [Note technique sur les approches transformatrices du genre dans le cadre du programme mondial pour mettre fin au mariage des enfants – Résumé pour les praticiens.](#)

FNUAP et UNICEF, [Note technique – programme de compétences de vie pour l'autonomisation des adolescentes – notes pour les professionnels sur les méthodes éprouvées.](#)

Consulter également le questionnaire sur la violence basée sur le genre.

5. L'État a-t-il mis en œuvre des mesures lors de contextes et de crises humanitaires pour prévenir les MEPF ainsi que les MGF et assurer un soutien aux survivantes ?²⁵⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Examiner les données quantitatives et qualitatives existantes sur les mariages d'enfants et les mariages forcés, les mutilations génitales féminines et les autres pratiques néfastes courantes et les utiliser à des fins de plaidoyer pour s'assurer que ces questions sont incluses dans la planification des réponses en matière de protection, d'éducation et de santé.

Au début ou pendant les crises, demander aux filles et aux familles, dans le respect des principes éthiques, si les services et les interventions visant à prévenir les pratiques néfastes sont accessibles et appropriés et répondent à leurs besoins.

Cartographier les types et les capacités des prestataires de services formels et informels existants qui fournissent actuellement des services adaptés aux adolescentes et centrés sur les survivantes (par exemple, les espaces sécurisés pour les filles, les services centrés sur les adolescentes et d'autres points d'entrée où les enfants survivants peuvent chercher du soutien), et développer un mécanisme de réorientation entre ces services.

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Addressing Child Marriage in Humanitarian Settings.](#)

UNICEF, [Technical Note on COVID-19 and Harmful Practices.](#)

FNUAP ESARO, [A Guidance Note on Alternative Rites of Passage and Cultural Practices for Adolescents and Young People in East and Southern Africa.](#)

6. L'État a-t-il pris des mesures pour lutter contre les causes profondes des pratiques néfastes, notamment la pauvreté et le manque d'accès à l'éducation des femmes et des filles, qui protègent les filles contre les pratiques néfastes comme le mariage des enfants ?²⁵¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Renforcer les capacités des législateurs et des responsables de l'éducation nationale en ce qui concerne le lien entre la pauvreté, l'éducation et les pratiques néfastes ; y compris le rôle essentiel des efforts comme l'école primaire universelle, gratuite et obligatoire ; la suppression des frais de scolarité pour l'école secondaire ; les politiques visant à encourager la fréquentation régulière ainsi que les efforts visant à éliminer les disparités entre les sexes et à soutenir la fréquentation des filles les plus marginalisées.

Plaider auprès des législateurs, des représentants du gouvernement et du secteur privé pour qu'ils s'engagent à investir dans l'autonomisation économique, l'accès aux transferts d'argent et les opportunités économiques pour les femmes et les filles comme moyen de redistribuer les ressources et de prévenir les pratiques néfastes.

Inciter les responsables locaux de l'éducation et la société civile à faire en sorte que les adolescentes soumises à des pratiques néfastes puissent continuer à fréquenter l'école même si elles sont mariées ou enceintes. Soutenir les filles qui ne sont pas en mesure de retourner à l'école *à travers d'une éducation non formelle en dehors de l'école, y compris sur les compétences de vie et l'entrepreneuriat.²⁵²

Établir un partenariat avec les responsables locaux de l'éducation pour élaborer et mettre en œuvre des programmes visant à rendre les écoles et leurs environs sûrs et accueillants pour les filles.²⁵³

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [Marrying Too Young](#), p. 50.

FNUAP, [État de la population mondiale 2020](#), p. 118.

UNICEF, [How to Make 'Cash Plus' Work, Linking Cash Transfers to Services and Sectors](#).

FNUAP et UNICEF, [Global Programme to End Child Marriage: Phase II Programme Document: 2020-2023](#).

FNUAP et UNICEF, [Technical Note Leaving No One Behind: Technical Note of the Global Programme to End Child Marriage](#).

7. L'État a-t-il garanti l'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive pour les personnes qui ont été ou risquent d'être soumises à des pratiques néfastes ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Inciter les réseaux de survivants et les réseaux d'adolescents et de jeunes à rapporter les obstacles à la prise de décision et à l'autonomie en matière de santé sexuelle et reproductive pour les personnes touchées par des pratiques néfastes (y compris les exigences en matière de consentement du conjoint et des parents et le manque de services de santé adaptés aux adolescents) et mener des actions de sensibilisation pour supprimer ces obstacles.

Établir des partenariats avec les responsables locaux de la santé et de l'éducation, ainsi qu'avec les chefs religieux et communautaires, afin de proposer des programmes de formation aux éducateurs et aux prestataires de soins de santé sur la manière de transmettre des informations ainsi qu'une éducation précise et fondée sur des données scientifiques en matière de santé sexuelle et reproductive, ce qui contribue à donner aux individus, y compris aux adolescents, les moyens de prendre des décisions éclairées et de faire valoir leurs droits.

Fournir des produits et engager les responsables de la santé à fournir des soins de santé sexuelle et reproductive aux survivants de pratiques néfastes, y compris, si nécessaire, l'accès à la contraception d'urgence, à l'avortement et au traitement antirétroviral prophylactique pour les survivants de violences sexuelles.²⁵⁴

RESSOURCES CLÉS

FNUAP, [État de la population mondiale 2020](#), p. 118.

HCDH, [Série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés : pratiques néfastes](#).

OMS, [Female Genital Mutilation: Evidence Brief](#)

FNUAP ESARO, [The Impact of Rites of Passage and Cultural Practices on Adolescents' and Young People's Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa](#).

FNUAP ESARO, [A Guidance Note on Alternative Rites of Passage and Cultural Practices for Adolescents and Young People in East and Southern Africa](#).

FNUAP et UNICEF, [Technical Note on Adolescent Girl-Responsive Systems](#).

Consulter également les questionnaires sur l'éducation complète à la sexualité et celui sur la violence basée sur le genre.

8. L'État a-t-il mis en place des programmes visant à garantir que les personnes cherchant à éviter d'être soumises à des pratiques néfastes aient accès à une protection sociale et à des services (comme des refuges) ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir la mise en place de refuges et de services de relogement en dehors des communautés immédiates pour les personnes qui fuient leur domicile afin d'éviter les pratiques néfastes.²⁵⁵

Promouvoir l'aide en nature aux filles et aux femmes pour qu'elles restent à l'école, ainsi que des transferts d'argent ou les bons d'alimentation pour réduire la pauvreté.

Promouvoir des modèles cash plus transformateurs du genre (qui combinent les transferts d'argent avec des programmes complémentaires, comme les compétences de vie, le mentorat, l'épargne, le soutien parental, les conversations communautaires et les approches des médias de masse pour les changements normatifs).²⁵⁶ Par exemple, collaborer avec les responsables nationaux et locaux de l'éducation pour mettre en œuvre des mesures comme des incitations économiques pour aider les filles enceintes et les mères adolescentes à terminer leurs études secondaires, et pour établir des politiques de retour non discriminatoires²⁵⁷.

9. L'État a-t-il créé des processus juridiques pour garantir que les pratiques néfastes font l'objet d'enquêtes rapides, impartiales et indépendantes, qu'il existe une application efficace de la loi et que des recours efficaces sont offerts aux survivantes de ces pratiques ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Jouer un rôle de premier plan dans le plaidoyer pour que les institutions nationales de droits humains soient mandatées pour examiner les plaintes ainsi que les pétitions individuelles et mener des enquêtes publiques sur les cas de MEPF et de MGF ; y compris ceux soumis au nom de femmes et d'enfants ou directement par ceux-ci ; de manière confidentielle, sensible au genre et adaptée aux enfants.

Développer des partenariats de renforcement des capacités à long terme avec les institutions nationales de droits humains afin de rendre opérationnelles les normes des droits humains pour lutter contre les pratiques néfastes, notamment par le biais de campagnes de sensibilisation, d'évaluations nationales, d'enquêtes et d'auditions publiques avec les survivants.

Soutenir les fonctionnaires nationaux dans le développement et la mise en œuvre de systèmes d'enregistrement des naissances et des mariages afin d'assurer la documentation qui peut être nécessaire en vertu des lois locales à des fins redditionnelles en matière de MEPF.

RESSOURCES CLÉS

Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à accélérer la lutte contre le mariage d'enfants, [Child Marriage and the Law: Technical Note for the Global Programme to End Child Marriage](#).

FNUAP, [Conduite d'enquêtes publiques aux fins de l'éradication des mutilations génitales féminines](#).

FNUAP, [Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation](#), p. 25-26.

FNUAP, [A Guide in Support of National Human Rights Institutions](#).

10. L'État a-t-il veillé à ce que les personnes ayant subi des pratiques néfastes aient accès à la justice, notamment en s'attaquant aux obstacles juridiques et pratiques ?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Exemples de mise en œuvre

Soutenir les coalitions de la société civile dans la définition et le plaidoyer d'une réforme des obstacles juridiques et pratiques à la justice, y compris les courts délais de prescription.

Soutenir les responsables des gouvernements locaux dans la mise en place de programmes d'aide juridique et de programmes de connaissance des droits.

S'associer à des experts en matière d'égalité entre les sexes pour sensibiliser le système judiciaire aux stéréotypes liés au genre et s'attaquer au rôle de ces stéréotypes dans l'entrave à l'accès à la justice.

RESSOURCES CLÉS

HCDH, [Gender Stereotyping and the Judiciary: A Workshop Guide](#).

ÉTUDE DE CAS

Éliminer les MGF grâce au plaidoyer des jeunes et à l'engagement des hommes au Sénégal

Au Sénégal, 23 % des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent avoir subi des MGF.²⁵⁸

Les organisations et les réseaux de jeunes ont contribué de façon marquante à la campagne pour l'élimination des MGF, et ce, grâce à des stratégies combinées qui incluent le développement d'outils pour soutenir les organisations communautaires dans leur plaidoyer contre les MGF, le développement de messages de plaidoyer promouvant le changement des normes sociales autour de la pratique, et une campagne de mobilisation par l'entremise du hashtag #TouchePasAMaSœur.²⁵⁹

En outre, l'initiative de plaidoyer des jeunes du mouvement 99-05 , demande aux autorités judiciaires d'appliquer la loi 99-05 interdisant les MGF, et de mettre fin à cette pratique.²⁶⁰ Cette campagne s'adresse aux jeunes et fait appel à des musiciens sénégalais populaires pour interpréter des chansons empreintes de critiques sociales sur les MGF, mettant en évidence ses conséquences néfastes.²⁶¹ Elle a touché un large public sur les plateformes de médias sociaux, inspirant les garçons et les filles ainsi que les hommes et les femmes à s'engager.

Le Programme conjoint FNUAP-UNICEF sur l'élimination des mutilations génitales féminines a encouragé la participation des jeunes au mouvement en les formant aux techniques de plaidoyer et aux outils de communication.²⁶² Les jeunes formés dans le cadre du Programme conjoint étaient responsables de la rédaction d'un mémorandum incluant des recommandations pour éliminer les MGF et destiné aux autorités de l'État.

Le Programme Conjoint aide les familles et les communautés à faire évoluer les mentalités pour que les MGF ne soient plus un « problème de femmes ». Il engage les hommes et les garçons en tant qu'alliés qui peuvent catalyser le changement en aidant à élargir les choix des filles et des femmes et en amplifiant leur voix.²⁶³ L'approche communautaire qui a impliqué les hommes et les garçons au Sénégal a eu un impact transformateur sur les relations hommes-femmes, les normes sociales et de genre, et les systèmes qui entretiennent les inégalités entre les sexes.²⁶⁴

Afin de s'assurer que les MGF sont considérées comme un problème de droits humains, le Programme Conjoint collabore également avec le système judiciaire, la police et les décideurs politiques du Sénégal afin de garantir la mise en œuvre de la loi anti-MGF.

RÉFÉRENCES

1. Afin de prévenir les grossesses non désirées et le recours à l'avortement à risque, le FNUAP travaille dans plus de 150 pays pour exiger et soutenir l'accès à des soins et de services complets en matière de droits et de santé sexuels et reproductifs selon une approche basée sur le parcours de vie, reconnaissant que les gens ont des besoins différents et changeants tout au long de leur vie ainsi qu'à différentes étapes de leur vie sexuelle et reproductive. Le Plan stratégique 2022-2025 du FNUAP définit l'engagement de l'organisation à intensifier l'offre d'informations et de services complets de haute qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, dans le cadre des plans de couverture sanitaire universelle. À la demande des gouvernements, conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé et au paragraphe 8.25 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, le FNUAP soutient les gouvernements, les autres partenaires de mise en œuvre et les parties prenantes dans leurs efforts pour garantir l'accès, entre autres, à une éducation complète à la sexualité pour les jeunes scolarisés et non scolarisés, à des services et des produits contraceptifs de qualité, y compris pour les adolescents, à des soins sûrs liés à l'avortement avec toute la rigueur de la loi et à des soins post-avortement pour tous, ainsi qu'à des services de prévention et de réponse en matière de violence basée sur le genre et de pratiques néfastes comme le mariage des enfants.
2. Le toolkit n'aborde pas d'autres domaines pertinents, comme la prévention, la détection et la gestion des cancers des organes de la reproduction, l'hypofertilité et l'infertilité, ainsi que la santé et le bien-être sexuels. Toutefois, nous sommes impatients d'étendre son champ d'application.
3. Conseil des droits de l'homme, Pratiques pour l'adoption d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables fondée sur les droits de l'homme (18e session, 2011), Doc. ONU A/HRC/18/27.
4. Conseil des droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme, par.6, Doc. ONU A/HRC/14/39 (16 avril 2010) ; Organisation mondiale de la santé (OMS), Mortalité maternelle : fiche informative no 348 (2012).
5. Mellet c. Irlande, Comité des droits de l'homme, Communication no 2324/2013, par.7.6, 7.7, 7.8, Doc. ONU CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016) ; Whelan c. Irlande, Comité des droits de l'homme, Communication no 2425/2014, par.7.7-7.9, 7.12, Doc. ONU CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017) ; K.L. c. Pérou, Comité des droits de l'homme, Communication no 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) ; L.C. c. Pérou, CEDAW, Communication no 22/2009, par.8.15, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) ; Committee for Economic Social and Cultural Rights, General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health, para. 10, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016) [hereinafter ESCR Committee, Gen. Comment No. 22]; Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil, CEDAW, Communication no 17/2008, Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011) ; Committee against Torture (CAT Committee), Concluding Observations: El Salvador, para. 23, U.N. Doc. CAT/C/SLV/CO/2 (2009); CAT Committee, Concluding Observations: Nicaragua, para. 16, U.N. Doc. CAT/C/NIC/CO/1 (2009).
6. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC), Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), (22e session, 2000), dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par.12, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [ci-après CODESC, Observation générale no 14] CEDAW, Recommandation générale no 24 : article 12 de la Convention (femmes et santé) (20e session, 1999), dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par.26, 27, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [ci-après CEDAW, Recommandation générale no 24] ; CODESC, Observation générale no 22, par. 45
7. CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, par. 22 Comité des droits des personnes handicapées (Comité CDPH), Observation générale no 1 : article 12 : Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité (11e session, 2014), p. 9, par.35, Doc. ONU CRPD/C/GC/1 (2014) Consulter aussi, par ex., Comité contre la torture, Observations finales : États-Unis d'Amérique, par.21, Doc. ONU CAT/C/USA/CO/3-5 (2014) CEDAW, Observations finales : Croatie, par.30-31, Doc. ONU CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015) CEDAW, Observations finales : Slovaquie, par.30-31, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015) ; CEDAW, Observations finales : République tchèque, par.30-31, Doc. ONU CEDAW/C/CZE/CO/6 (2016). Consulter aussi Comité des droits de l'homme, Observations finales : Slovaquie, par.24 et al. 25(d), Doc. ONU CCPR/C/SVK/CO/4 (2016)
8. OMS, La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : déclaration de l'OMS (2015), disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Id.
10. FNUAP, Renforcer les droits et les choix de tous : note d'orientation pour l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la programmation 34 (2020), disponible à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2020_HRBA_guidance_note_unfpa_fr22.pdf.
11. ESCR Committee, General Comment No. 14, para. 44(a)
12. Consulter, par ex., Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Côte d'Ivoire, par.39, Doc. ONU CRC/C/15/Add.155 (2001) République dominicaine, par.37, 38, Doc. ONU CRC/C/15/Add.150 (2001) ; Lesotho, par.44, Doc. ONU CRC/C/15/Add.147 (2001).
13. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36 : droit à la vie (art. 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques), par.26, Doc. ONU CCPR/C/GC/36 (2018) [ci-après Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36].
14. Consulter, par ex., CODESC, Observations finales : Corée, par.44, Doc. ONU E/C.12/1/Add.95 (2003) ; Népal, par.46, Doc. ONU E/C.12/NPL/CO/2 (2008).
15. CEDAW, Recommandation Gén. no 24, supra, note 5, al. 31(c) ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, par. 14.
16. Consulter, par ex., CEDAW, Observations finales : Burundi, par.36, Doc. ONU CEDAW/C/BDI/CO/4 (2008) ; Malawi, par. 32, Doc. ONU CEDAW/C/MWICO (2006).

17. Consulter, par ex., CEDAW, Observations finales : Bolivie, par.43, Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/4 (2008) ; Honduras, par.25, Doc. ONU CEDAW/C/HON/CO/6 (2008) ; Pakistan, par.41, Doc. ONU CEDAW/C/PAK/CO/3 (2007).
18. Comité des droits de l'homme, Observations finales : Nigeria, par.22, Doc. ONU CCPR/C/NGA/CO/2 (2019) ; CODESC, Observations finales : Kenya, par.53, Doc. ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016) ; Comité contre la torture, Observations finales : Kenya, par.27, Doc. ONU CAT/C/KEN/CO/2 (2013) ; Comité contre la torture, Observations finales États-Unis d'Amérique, par.21, Doc. ONU CAT/C/USA/CO/3-5 (2014) ; Comité contre la torture, Observations finales : Irlande, par.29-30, Doc. ONU CAT/C/IRL/CO/2 (2017) ; Comité des droits de l'homme, Observations finales : Irlande, par.11, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/4 (2014) ; CEDAW, Observations finales : Irlande, al.15(a), Doc. ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017) ; consulter aussi Rapport de la Rapportière spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligées aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales, Doc. ONU A/74/137 (2019).
19. Consulter, par ex., Comité des droits de l'homme, Observations finales : Pologne, par.11, Doc. ONU CCPR/C/79/Add.110 (1999).
20. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al.43(d). La liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels inclut le misoprostol à des fins obstétriques. OMS, Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (21e liste, 2019) disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97642/a95968_fre.pdf?sequence=1.
21. CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al.31(e) ; CODESC, Observation générale 14, supra, note 5, par.27.
22. CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al.31(e).
23. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par.8 ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 12(a) ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, al. 13.
24. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 12(a).
25. CODESC, Observation générale no 14, supra, note 6, par. 20 ; CODESC, 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), par.20, Doc. ONU E/C.12/GC/20 (2009) [ci-après CODESC, Observation générale no 20] ; CEDAW, Recommandation générale no 9 : Données statistiques concernant la situation des femmes (8e session, 1989), dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, Doc. ONU A/44/38 (1989) [ci-après CEDAW, Recommandation générale no 9] ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 5 : Mesures d'application générales de la Convention relative aux droits de l'enfant, art.4, 42 et 44, par.6 (34e session, 2003), dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par.45, Doc. ONU CRC/GC/2003/5 (2003) [ci-après Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 5] ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20 : La mise en œuvre des droits de l'enfant à l'adolescence dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, al.37(c), Doc. ONU CRC/C/GC/20* (2016) [ci-après Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20] ; CEDAW, Observations finales : Roumanie, par.40-41, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017) ; CEDAW, Observations finales : Lesotho, par.32-33, Doc. ONU CEDAW/C/LSO/CO/1-4/Add.1 (2013) ; Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Nicaragua, al.20(e), Doc. ONU CRC/C/NIC/CO/4 (2010).
26. Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH), Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits humains, p. 11, disponible (en anglais) sur https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health_ReportMaternalMortality.pdf.
27. Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones, p. 7, disponible à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_French.pdf.
28. Id.
29. Id.
30. Center for Reproductive Rights, Kenya's High Court Rules in Favor of Woman Physically Abused During Delivery (2018), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/kenyas-high-court-rules-in-favor-of-woman-physically-abused-during-delivery/>.
31. Id.
32. Id.
33. Center for Reproductive Rights, Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities (2007), disponible à l'adresse https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/pub_bo_failuretodeliver.pdf [ci-après CRR, Failure to Deliver 2007].
34. Center for Reproductive Rights, Addressing Disrespect and Abuse in Maternal Health Care Facilities in Kenya (2021), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/center-reproductive-rights-maternal-health-kenya/>.
35. CRR, Failure to Deliver 2007, supra, note 31
36. Id.
37. Center for Reproductive Rights, Addressing Josephine Oundo Ongwen v. The Attorney General & 4 Others- Bungoma High Court Petition No. 5 of 2014 (2018).
38. Id.
39. Id.
40. OMS, Contraception: Evidence Brief (2019), disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19_18-eng.pdf?ua=1.
41. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée le 18 déc. 1979, art.16, Rés.A.G.34/180, DOAGONU, 34e session, supp.no 46, à 193, Doc. ONU A/34/46, U.N.T.S.13 (entrée en vigueur le 3 sept. 1981) [ci-après CEDAW] ; CEDAW, Recommandation générale no 21 : Égalité dans le mariage et les rapports familiaux (13e session, 1994) dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par.22, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).

42. Comité des droits de l'homme, Observations finales : Hongrie, par.11, Doc. ONU CCPR/CO/74/HUN (2002) (« L'État partie devrait prendre des mesures pour protéger la vie et la santé des femmes, grâce à une planification familiale et une contraception plus efficaces [art. 6]. ») ; CEDAW, Observations finales : Chili, par.28, Doc. ONU CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012) (Exprimant son inquiétude quant à l'expulsion des adolescentes enceintes de l'école.) ; Dianne Hubbard, Realising the right to education for all: School policy on learner pregnancy in Namibia dans Children's Rights in Namibia 223 (Oliver C Ruppel éd., 2009).
43. Comité des droits de l'homme, Observations finales : République démocratique du Congo, par.14, Doc. ONU CCPR/C/COD/CO/3 (2006) ; Hongrie, par.11, Doc. ONU CCPR/CO/74/HUN (2002).
44. Comité des droits de l'homme, Observations finales : Albanie, par.14, Doc. ONU CCPR/CO/82/ALB (2004) ; Guinée équatoriale, par.9, Doc. ONU CCPR/CO/79/GNQ (2004).
45. OMS, Fiche informative : Infertilité (2020), disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
46. CEDAW, Recommandation générale no 35 sur la violence basée sur le genre à l'égard des femmes, mettant à jour la recommandation générale no 19, par.18, al. 40(c), Doc. ONU CEDAW/C/GC/35 (2017) [ci-après CEDAW, Recommandation générale no 35] ; Comité contre la torture, Observations finales : Grèce, par.24, 25, Doc. ONU CAT/C/GRC/7 (2018).
47. HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNICEF, OMS, Eliminating Forced, Coerced, and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement (2014), disponible à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.
48. Id. .
49. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, par.18 ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 28 : Article 3 (L'égalité des droits entre hommes et femmes), par.11, 20, Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000) [ci-après Comité des droits de l'homme, Observation générale no 28].
50. Tel que défini par la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels. OMS, Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (21e liste 2019) disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97642/a95968.fre.pdf?sequence=1>.
51. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par.13, 28, 45, 57, 62 ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, al. 8 ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 12(d), par. 17 ; CEDAW, Recommandation générale no 34 : Les droits des femmes rurales (63e session, 2016) dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par.38, al. 39(a), Doc. ONU CEDAW/C/GC/34 (2016) [ci-après CEDAW, Recommandation générale no 34] ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 15 : Le droit de l'enfant au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 24) (62e session, 2013) dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par.31, 70, Doc. ONU CRC/C/GC/15 (2013) [ci-après Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 15] ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par.59, 63.
52. CEDAW, Observations finales : Hongrie, al.31(b), Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013).
53. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 15, par. 70 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 59 ; CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 40(c) ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 13, 45, 57 ; CEDAW, Observations finales : Pérou, par.35-36, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014) ; Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Costa Rica, par.63-64, Doc. ONU CRC/C/CRI/CO/4 (2011).
54. CEDAW, Recommandation générale no 30 : Les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après-conflit dans la Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, al.52(c), Doc. ONU CEDAW/C/GC/30 (2013) [ci-après CEDAW, Recommandation générale no 30] ; CEDAW, Observations finales : République centrafricaine, par.39-40, Doc. ONU CEDAW/C/CAF/CO/1-5 (2014).
55. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 13, 45, 57 ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, par. 17, 22.
56. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, Égypte, 5-13 sept. 1994, par.7.16, Doc. ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [ci-après Programme d'action de la CIPD] ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 18-19, 41, al. 49(f).
57. FNUAP et What Works Association, Program Assessment Tool for a Human Rights-based Approach to Family Planning (HRBA to FP) (2021) disponible à l'adresse http://www.whatworksassociation.org/uploads/5/7/8/3/57837239/hrba_to_fp_progr_assess_tool_9-21.pdf.
58. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 12-17.
59. CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 43(d) (expliquant que la fourniture de médicaments essentiels, comme définie par l'OMS, constitue une obligation fondamentale des États parties pour satisfaire le droit à la santé.). La liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels comprend une gamme complète de contraceptifs modernes. OMS, Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (21e liste 2019) disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97642/a95968.fre.pdf?sequence=1>.
60. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, sous-alinéa 12(b)(iii).
61. Par « scientifiquement exactes », cette trousse d'outils fait référence à des normes internationales objectives déterminées par des autorités établies dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, comme l'OMS.
62. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 18-19.
63. Id., par. 41.
64. Id., par. 14.
65. Id., par. 21, 47.
66. CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 31(e).
67. Id., par. 22.
68. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 13, 18, 28, 41, 44-45, 57-59, 62.
69. Id.
70. Center for Reproductive Rights, Breaking Ground 2020: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights (2019), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Breaking-Ground-2020.pdf>.

71. Division technique du FNUAP, Faire progresser le principe « Ne laisser personne de côté ». Un instantané des initiatives de terrain du FNUAP (juin 2021) [La source est disponible en interne au FNUAP].
72. Division technique du FNUAP, étude de cas 2, dans Faire progresser le principe « Ne laisser personne de côté ». Un instantané des initiatives de terrain du FNUAP (juin 2021) [La source est disponible en interne au FNUAP].
73. FNUAP, Expanding Family Planning Choices for Women in the Philippines (2018), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/news/expanding-family-planning-choices-women-philippines#:~:text=In%20the%20Philippines%2C%2049%20per,2017%20demographic%20and%20health%20survey>.
74. Commission des droits de l'homme Philippines, Let our voices be heard ; Report of the Commission on Human Rights Philippines' National Inquiry on Reproductive Health and Rights (2016), disponible à l'adresse <https://popcom.gov.ph/wp-content/uploads/2019/06/RH-Inquiry-Report.pdf>.
75. Président des Philippines, Décret exécutif no 12 (2017), disponible à l'adresse <https://www.officialgazette.gov.ph/downloads/2017/01jan/20170109-EO-12-RRD.pdf>.
76. Consulter, par ex., Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 nov. 1989, Rés.A.G.44/25, annexe, DOAGONU, 44e session, supp.no 49, Doc. ONU A/44/49 (1989) (entrée en vigueur le 2 sept. 1990) [ci-après Comité des droits de l'enfant] ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté le 16 déc. 1966, Rés.A.G.2200A (XXI), DOAGONU, supp.no 16, Doc. ONU/6316 (1966) (entrée en vigueur le 3 janv. 1976) [ci-après PIDESC] ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté le 16 déc. 1966, Rés.A.G.2200A (XXI), DOAGONU, 21e session, supp.no 16, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S.171 (entrée en vigueur le 23 mars 1976) [ci-après PIRDCP] ; CEDAW ; Convention sur les droits des personnes handicapées, adoptée le 13 déc. 2006, Rés. A.G. A/RES/61/106, DOAGONU, 61e session, Doc. ONU A/61/611 (entrée en vigueur le 3 mai 2008).
77. Consulter, par ex., Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3 : Le VIH/SIDA et les droits de l'enfant (32e session, 2003), dans La Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, p. 398, par.26, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [ci-après Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3] ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 12(b).
78. FNUAP, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Femmes, OMS, [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite) 16 (2018), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite>.
79. FNUAP, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Femmes, OMS, [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite) 16 (2018), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite>.
80. CODESC, Observations finales : Danemark, par.60, 61, Doc. ONU E/C.12/DNK/CO/6 (2019) ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 15., supra, note 52 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, al. 17 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5.
81. UNFPA, Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A focus on Human rights and Gender 20 (2014), available at <https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite>; FNUAP, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Femmes, OMS, 16 (2018), disponible à l'adresse . [Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle](https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite)<https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite>
82. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 25, par. 59-61 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, al. 44.
83. Id.
84. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 18-21, 40-41, 43-44 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 59-61 ; CEDAW, Observations finales : Italie, par. 35, Doc. ONU CEDAW/C/ITA/CO/7 (2017) ; CEDAW, Observations finales : Nigeria, al.34(e), Doc. ONU CEDAW/C/NGA/CO/7-8 (2017) ; CEDAW, Observations finales : Irlande, al.39(c), Doc. ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017) ; Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Antigua-et-Barbuda, al.45(a), Doc. ONU CRC/C/ATG/CO/2-4 (2017).
85. Consulter, par ex., Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3, supra, note 76, par. 16 ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, par. 34 ; Comité européen des droits sociaux, INTERIGHTS c. Croatie, no 45/2007, par.47 (2009) [ci-après INTERIGHTS c. Croatie] ; Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation, Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation, par.39, Doc. ONU A/65/162 (2010) (de Verner Muñoz) [ci-après SRRE, Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation (2010)].
86. Consulter, par ex., SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(c).
87. Consulter, par ex., Comité des droits de l'homme, Observations finales : Pologne, par.11, Doc. ONU CCP/C/79/Add.110 (1999) ; INTERIGHTS c. Croatie, supra, note 84, par.47 ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(c) ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 61.
88. Consulter, par ex., INTERIGHTS c. Croatie, supra, note 84, par.47 ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(d).
89. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 63 (veiller à ce que toutes les écoles intègrent dans leur programme obligatoire une éducation à la sexualité impartiale, scientifiquement exacte, fondée sur des données probantes, adaptée à l'âge des élèves et complète).
90. Consulter, par ex., Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 4 : La santé et le développement des adolescents dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant, par.28 (2003), Doc. ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008) [ci-après Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 4] ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(f).
91. Consulter, par ex., Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 4, Ibid, note 89, par. 28 ; CRC, Observations finales : Honduras, al.63(e), Doc. ONU CRC/C/HND/CO/3 (2007) ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(f).
92. Consulter, par ex., Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 4, supra, note 89, par. 39(a).

93. Consulter, par ex., CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, par. 18 ; Comité européen des droits sociaux, INTERIGHTS c. Croatie, no 45/2007, par.47 (2009) ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(e) ; CODESC, Observations finales : Danemark, par.60, 61, Doc. ONU E/C.12/DNK/CO/6 (2019) ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 15, supra, note 52 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 17 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5.
94. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 61.
95. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 61.
96. Consulter, par ex., Comité européen des droits sociaux, INTERIGHTS c. Croatie, no 45/2007, par.47 (2009) ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 87(d).
97. Consulter, par ex., Comité européen des droits sociaux, INTERIGHTS c. Croatie, no 45/2007, par.48 (2009) ; SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, al. 63.
98. Consulter, par ex., SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, par. 62-63 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 35, 48, 61 ; CEDAW, Observations finales : Monténégro, par.30-31, Doc. ONU CEDAW/C/MNE/CO/2 (2017) ; CEDAW, Observations finales : Portugal, par.33, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/8-9 (2015) ; CEDAW, Observations finales : Timor-Leste, par.27, Doc. ONU CEDAW/C/TLS/CO/2-3 (2015) ; CEDAW, Observations finales : Mongolie, al.25(a), Doc. ONU CEDAW/C/MNG/CO/8-9 (2016) ; Consulter aussi, Comité CDPH, Observations finales : République islamique d'Iran, al.49(b), Doc. ONU CRPD/C/IRN/CO/1 (2017).
99. Consulter, par ex., SRRE, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (2010), supra, note 84, par.21-23, al. 21-23, 87(d).
100. Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, Rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible, Note du Secrétaire général, par.56, 64, al. 65(e), Doc. ONU A/66/254 (3 août 2011) (par Anand Grover) [ci-après SRRH, Rapport intérimaire du SRRH (2011)].
101. Consulter, par ex., Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 nov. 1989, Rés. A.G. 44/25, annexe, DOAGONU, 44e session, supp.no 49, Doc. ONU A/44/49 (1989) (entrée en vigueur le 2 sept. 1990) (déclarant que « les enfants doivent avoir le droit d'accéder à des informations adéquates sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA, par des voies formelles [par exemple, par des possibilités éducatives et des médias destinés aux enfants] ainsi que par des voies informelles » et que « pour une prévention efficace du VIH/SIDA, les États doivent s'abstenir de censurer, de retenir ou de déformer intentionnellement les informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sexuelles [...] Les États parties doivent veiller à ce que les enfants aient la possibilité d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour se protéger et protéger les autres lorsqu'ils commencent à exprimer leur sexualité »).
102. FNUAP, UNFPA's Multicountry Programme on Out-of-School Comprehensive Prevention Programme: Country Cases p. 6-7, disponible à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/DR-casesstudy-jun30_Iran.pdf [ci-après, FNUAP, Multicountry Prevention Program].
103. Id.
104. Id.
105. Id.
106. FNUAP, Multicountry Prevention Program, supra, note 101.
107. Id.
108. Id.
109. Id.
110. OMS, Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé 2 (2003) ; OMS, Avortement, disponible à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/abortion#tab=tab_1.
111. OMS, Fiche informative : Prévention des avortements non sécurisés (2020), <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
112. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 10, 28 ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, al. 8.
113. Mellet c. Irlande, Comité des droits de l'homme, Communication no 2324/2013, par.7.6, 7.7, 7.8, Doc. ONU CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016) ; Whelan c. Irlande, Comité des droits de l'homme, Communication no 2425/2014, par.7.7-7.9, 7.12, Doc. ONU CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017) ; K.L. c. Pérou, Comité des droits de l'homme, Communication no 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) ; L.C. c. Pérou, CEDAW, Communication no 22/2009, par.8.15, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 10 ; Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil, CEDAW, Communication no 17/2008, Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011).
114. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 18 ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 11, 14.
- 115.
116. L.C. c. Pérou, CEDAW, Communication no 22/2009, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).
117. HCDH, Background paper on the role of the judiciary in addressing the harmful gender stereotypes related to sexual and reproductive health and rights: A review of the case law. Vol. 3, p. 5-6 (2018), disponible à l'adresse https://www.ohchr.org/sites/default/files/JudiciaryRoleCounterStereotypes_EN.pdf ; consulter p. ex., CEDAW, Observations finales : République tchèque, par.36, Doc. ONU CEDAW/C/CZE/5 (2010) (« l'ingérence dans les choix des femmes en matière de santé reproductive dans les hôpitaux, notamment l'application systématique d'interventions médicales, apparemment souvent sans le consentement libre, préalable et éclairé de la femme ni aucune indication médicale, une augmentation rapide du taux de césariennes [...] et des attitudes condescendantes des médecins qui empêchent l'exercice par les mères de leur liberté de choix ») ; Rapport du groupe de travail de l'ONU sur la question de la discrimination à l'égard des femmes en droit et en pratique, Doc. ONU A/HRC/32/44 (2016) (notant que « [...] la médicalisation inutile [a] fonctionné comme une forme de contrôle social exercé par les établissements patriarcaux pour préserver les rôles sexués des femmes »).
- 118.
119. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 11-21.
120. CEDAW, Recommandation générale no 34, supra, note 50, par. 38-39 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 38-39 ; Comité CDPH et CEDAW, Déclaration conjointe : Garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour toutes les femmes, en particulier les femmes handicapées, par.4 (29 août 2018), disponible à l'adresse. <https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/crpd/statements-declarations-and-observations>

121. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par. 8.
122. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 12-17.
123. CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 43(d) (expliquant que la fourniture de médicaments essentiels, comme définie par l'OMS, constitue une obligation fondamentale des États parties pour satisfaire le droit à la santé). La liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels comprend le misoprostol et la mifepristone, deux médicaments utilisés pour provoquer l'avortement. OMS, Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (21e liste, 2019) disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97642/a95968_fre.pdf?sequence=1.
124. Consulter, p. ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, sous-alinéa 12(b)(ii).
125. CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 31(e).
126. Par « scientifiquement exactes », cette trousse d'outils fait référence à des normes internationales objectives déterminées par des autorités établies dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, comme l'OMS.
127. Consulter, p. ex., Comité des droits de l'homme, Observation générale no 28, supra, note 48, par. 10 ; SRRH, Interim rep. of the SRRH (2011), supra, note 99, al. 65(l).
128. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 18-19.
129. Id., par. 41.
130. CEDAW, Résumé de l'enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Article 8 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes), par.58, Doc. ONU CEDAW/C/OP.8/GBR/1 (2018) ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par. 8 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 34, 40, 49(a), 57 ; CRDPH et CEDAW, Déclaration conjointe : Garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour toutes les femmes, en particulier les femmes handicapées, par. 4 (29 août 2018), disponible à l'adresse : <https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/crpd/statements-declarations-and-observations>.
131. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par. 8 ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 14.
132. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par. 8 ; L.C. c. Pérou, CEDAW, Communication no 22/2009, al.12(b), Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) ; CEDAW Committee, Statement of CEDAW Committee on the sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review, par. 7, disponible à l'adresse <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/SRHR26Feb2014.pdf> ; K.L. c. Pérou, Comité des droits de l'homme, Communication no 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) ; Comité des droits de l'homme, Observations finales : Paraguay, par.20, 21, Doc. ONU CCPR/C/PRY/CO/4 (2019) ; CEDAW, Observations finales : République démocratique du Congo, al.37(c), Doc. ONU CEDAW/C/COD/CO/8 (2019) ; Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Malte, par.33, Doc. ONU CRC/C/MLT/CO/3-6 (2019) ; Comité contre la torture, Observations finales : Bangladesh, par.38-39, Doc. ONU CAT/C/BGD/1 (2019).
133. CEDAW, Observations finales : Hongrie, par.30, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013) ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par. 8.
134. Unite for Reproductive Rights, Lakshmi and Others v. Government of Nepal, disponible à l'adresse <https://uniteforreprorights.org/resources/lakshmi-others-v-government-nepal/>.
135. Center for Reproductive Rights, Lakshmi v. Government of Nepal (Supreme Court of Nepal) (2021), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/case/lakshmi-dhikta-v-government-of-nepal-amici-supreme-court-of-nepal/> [ci-après CRR, Lakshmi v. Nepal 2021].
136. Id.
137. Id.
138. Center for Reproductive Rights, Landmark Decision of the Supreme Court of Nepal on Abortion Rights, disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/07/Laxmi-dhitta1-endnote.pdf> [ci-après CRR, Décision historique].
139. CRR, Lakshmi v. Nepal 2021, supra note 135.
140. CRR, Landmark Decision, supra note 145.
141. Gouvernement du Népal, ministère de la Santé et de la Population, Division de la santé familiale, Safe abortion services implementation guide (2016), disponible à l'adresse <http://fhd.gov.np/index.php/en/publication-1/140-2016-11-25-06-30-41>.
142. Center for Reproductive Rights, Safe Motherhood and Reproductive Health Rights Act, 2018- Unofficial Translation (2018), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/sites/default/files/2020-01/Safe%20Motherhood%20and%20Reproductive%20Health%20Rights%20Act%20in%20English.pdf> ; Center for Reproductive Rights, Decriminalization of Abortion in Nepal: Imperative to Uphold Women's Rights (2021), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/decriminalization-of-abortion-in-nepal-imperative-to-uphold-womens-rights/>.
143. CRR, Decriminalization of Abortion in Nepal, Ibid, note 145.
144. ONUSIDA, Engagements mondiaux, action locale : Après 40 ans de sida, la voie à suivre pour mettre fin à la pandémie (2021), disponible à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_fr.pdf.
145. OMS, Rapport de situation sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, 2021 (2021), disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329875/WHO-CDS-HIV-19.7.fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Chaque année, on estime à 374 millions le nombre de nouvelles infections par les IST traitables suivantes : chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase.
146. OMS, Infections sexuellement transmissibles (2021), disponible à l'adresse [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
147. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 13, 18, 44, 45.
148. PIDESC, supra, note 77 ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, par. 18 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3, supra, note 76 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3, supra, note 6, par. 16 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 44, 45, 51.
149. CODESC, Recommandation générale no 24, supra, note 5, par.18 ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, sous-alinéa 16.
150. CEDAW, Observations finales : Burundi, par.60, Doc. ONU A/56/38 (2001) ; consulter également ONUSIDA, Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020 (2018), disponible à l'adresse https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/03/JC2909_INCLUSION-GAP_002_Fr.pdf.

151. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 40 ; OMS, Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH (2019), disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/item/978-92-4-155058-1> ; Comité des droits de l'enfant, Observations finales : Bénin, al.58(f), Doc. ONU CRC/C/BEN/CO/2 (2006) ; CEDAW, Observations finales : Kenya, CEDAW/C/KEN/CO/8 (2017), al.29(d) ; Observations finales : Trinidad and Tobago, CEDAW/C/TTO/CO/4-7 (2016), al.33(a).
152. CODESC, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 33 ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al.12(b), par. 12(b), 18 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3, supra, note 76 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 4, supra, note 89, par. 41(b).
153. CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, 12(b) ; HCDH et ONUSIDA, Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales (2006), par.24, disponible à l'adresse . <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/hivaidsguidelinesfr.pdf>
154. ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026,Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida. (2021), p. 18, disponible à l'adresse . HCDH, Série de documents d'information sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation : VIH/SIDA (2020), disponible à l'adresse https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_HIV_WEB.pdf.
155. Id.
156. Les populations clés sont les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les personnes en prison ou dans d'autres milieux fermés.
157. HCDH, VIH/SIDA et les droits de l'homme, disponible à l'adresse <https://www.ohchr.org/fr/health/hiv aids-and-human-rights>.
158. <https://www.ohchr.org/fr/health/hiv aids-and-human-rights> <https://www.unaids.org/fr/topic/rights>.
159. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, par. 16.
160. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 12(b) ; CODESC, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 33.
161. Consulter ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026,Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida, supra, note 154 ; Assemblée générale des Nations unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 (75e session, 2021), Doc. ONU A/75/L.95.
162. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 4, supra, note 89, par. 30.
163. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 59.
164. ONUSIDA, OMS et UNICEF, Dernière ligne droite vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : feuille de route pour l'éradication de l'épidémie de VIH chez les enfants (2019), disponible à l'adresse <https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2020-06/1-EMTCT%20Whitepaper%20FR%20WEB.pdf>.
165. Par « scientifiquement exactes », cette trousse d'outils fait référence à des normes internationales objectives déterminées par des autorités établies dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, comme l'OMS.
166. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 18-19.
167. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, par. 16.
168. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 61 ; CEDAW, Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review (57e session, 2014), disponible à l'adresse . <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/SRHR26Feb2014.pdf>
169. ONUSIDA, From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (1999), disponible à l'adresse https://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc252-gipa-i_en.pdf.
170. Consulter, par ex., CEDAW, Observations finales : République de Moldavie, par.31, Doc. ONU CEDAW/C/MDA/CO/3 (2006) ; Myanmar, par.96, Doc. ONU A/55/38 (2000).
171. Consulter Comité des droits de l'homme, Observations finales : Lituanie, par.12, Doc. ONU CCPR/CO/80/LTU (2004).
172. Consulter CODESC, Observations finales : République populaire de Chine, Hong Kong et Macao, par.60, Doc. ONU E/C.12/1/Add.107 (2005).
173. CEDAW, Observations finales : Zambie, al.36(a), Doc. ONU CEDAW/C/ZMB/CO/5-6 (2011) ; Ouganda, par.46, Doc. ONU CEDAW/C/UGA/CO/7 (2010).
174. Assemblée générale des Nations unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 (75e session, 2021), Doc. ONU A/75/L.95.
175. Consulter, p. ex., CEDAW, supra, note 40, art. 5 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale no 15 :Éviter la discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales de prévention et de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (1990), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 327 (2008) ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 6, par. 18 ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 3, supra, note 76.
176. CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 44.
177. Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, al.76(a), 76(c), Doc. ONU A/HRC/14/20 (2010) (par Anand Grover).
178. Global Commission on HIV and the Law, Risks, Rights & Health, p. 8 (2012), disponible à l'adresse <https://hivlawcommission.org/report/> ; Rapporteur spécial sur le droit à la santé physique et mentale, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, al.76(a), 76(c), Doc. ONU A/HRC/14/20 (2010) (par Anand Grover) ; Rapporteur spéciale sur le droit à la santé physique et mentale, Rapport intérimaire de la Rapporteur spéciale sur le droit à la santé physique et mentale (2011), supra, note 99 ; Conseil des droits de l'homme, Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre, (19e session, 2011), al.84(d), Doc. ONU A/HRC/19/41 (2011) ; Assemblée générale des Nations unies, Rapport du Secrétaire général des Nations unies – Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida, (70e session, 2016), al.75(f), Doc. ONU A/70/811 (2016).

179. Consulter ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026,Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida, supra, note 154 ; Assemblée générale des Nations unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 (75e session, 2021), Doc. ONU A/75/L.95.
180. Consulter, par ex., CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 22 ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, par. 8.
181. Consulter, p. ex., CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, al. 8.
182. Consulter, par ex., CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 22.
183. Cette section s'inspire du document du FNUAP, Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions (2014), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/sites/default/files/documents/publications/hivaidsguidelinesfr.pdf> ; CODESC, Observation générale no 20, supra, note 25, par. 33 ; Assemblée générale des Nations unies, Rapport du Secrétaire général des Nations unies – Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida (70e session, 2016), al.75(f), Doc. ONU A/70/811 (2016) ; CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, par. 18.
184. Consulter, par ex., CODESC, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 33 (interdisant le traitement différentiel quant à l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH).
185. Consulter, par ex., CEDAW, Recommandation générale no 24, supra, note 5, al. 22.
186. ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida, supra, note 154, p. 42.
187. Center for Reproductive Rights, Inter-American Commission Holds Hearing on Forced Sterilization of Chilean Women Living with HIV (2017), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/inter-american-commission-holds-hearing-on-forced-sterilization-of-chilean-woman-living-with-hiv> [ci-après CRR, Hearing on Forced Sterilization 2017].
188. Center for Reproductive Rights, Forcibly Sterilized Woman Files International Case against Chile HIV (2009), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/forcibly-sterilized-woman-files-international-case-against-chile/>.
189. Comité des droits de l'enfant, Hearing on Forced Sterilization 2017, supra, note 187.
190. Consulter CEDAW, A.S. c. Hongrie, Communication no 4/2004, Doc. ONU CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006) ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 28, supra, note 48, par. 20 ; Comité contre la torture, Observations finales : République tchèque, par.12-13, Doc. ONU CAT/C/CZE/CO/4-5 (2012).
191. Center for Reproductive Rights and Vivo Positivo, Dignity Denied: Violations of the Rights of HIV-Positive Women in Chilean Health Facilities (2010), disponible à l'adresse https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2017/03/chilereport_FINAL_singlepages.pdf [ci-après Comité des droits de l'enfant, Dignity Denied 2010] ; consulter également Center for Reproductive Rights, Breaking Ground 2020: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights (2019), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Breaking-Ground-2020.pdf> ; Center for Reproductive Rights et FNUAP, ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform (2013), disponible à l'adresse https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/crr_ICPD_and_Human_Rights.pdf.
192. Comité des droits de l'enfant, Dignity Denied 2010, supra, note 191.
193. Center for Reproductive Rights, Chile Accepts Responsibility Before the IACtHR for Forced Sterilization and Will Take Measures to End the Practice (2021), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/chile-accepts-responsibility-before-the-iachr-for-forced-sterilization-and-will-take-measures-to-end-the-practice/>.
194. Id.
195. RINADH, FNUAP et ONUSIDA, Namibia, dans National Human Rights Institutions: Advancing HIV and sexual and reproductive health and rights responses in Eastern and Southern Africa, p. 11-14 (à paraître).
196. FNUAP, Normes minimales interorganisations pour la programmation d'actions de lutte contre la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence, partie IV (2019), disponible à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Minimum%20Standards.FRENCH_Final_2020.pdf.
197. Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, par.7, Doc. ONU A/HRC/31/57 (6 janvier 2016) (par Juan E. Méndez).
198. Id.
199. OMS, Une omniprésence dévastatrice : une femme sur trois dans le monde est victime de violence (2021), disponible à l'adresse <https://www.who.int/news-room/detail/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>.
200. Id.
201. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 18.
202. OMS, Une omniprésence dévastatrice : une femme sur trois dans le monde est victime de violence (2021), disponible à l'adresse <https://www.who.int/news-room/detail/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>.
203. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 2 ; Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, par.7, Doc. ONU A/HRC/31/57 (6 janvier 2016) (par Juan E. Méndez).
204. Id.
205. Comité des droits de l'homme, Observations finales : Mexique, par.21, Doc. ONU CCPR/C/MEX/CO/5 (2010) ; CODESC, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 32 (reconnaissant l'identité de genre comme un motif de discrimination interdit et un risque accru de violations des droits de l'homme chez les personnes transgenres, transsexuelles et intersexuées) ; CODESC, Observation générale no 14, supra, note 5, par. 18 (interdisant la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle dans le cadre de la prestation de soins de santé).
206. CEDAW, supra, note 40 ; PIRDGP, supra, note 75 ; PIDESC, supra, note 75 ; Comité des droits de l'enfant, supra, note 75.

207. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 29(c)(i).
208. CEDAW, Observations finales : Hongrie, al.31(b), Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013).
209. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 31.
210. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11, par. 8.
211. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 31.
212. CRDPH, Observations finales : Espagne, par.22, Doc. ONUCRDP/C/ESP/CO/1 (2011).
213. Comité des droits de l'homme, Observation générale no 36, supra, note 11 ; CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 30(e).
214. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 30(b).
215. Id., par. 30(e).
216. Center for Reproductive Rights, Paola Guzmán Albarracín v. Ecuador (Inter-American Commission on Human Rights) (2020), <https://reproductiverights.org/case/paola-guzman-albarracin-v-ecuador-inter-american-commission-on-human-rights/> [ci-après CRR, Paola v. Ecuador 2020].
217. Id.
218. Center for Reproductive Rights, Paola's Case: Inter-American Court of Human Rights (2021), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/center-reproductive-rights-paola-case/>.
219. CRR, Paola v. Ecuador 2020, supra note 216.
220. Pour obtenir plus de détails sur la décision et les exigences relatives aux pays d'Amérique latine, consulter CRR, Paola v. Ecuador 2020.
221. CRR, Paola v. Ecuador 2020, supra note 216.
222. Center for Reproductive Rights, Landmark Ruling Will Help Protect Schoolgirls from Sexual Violence Throughout Latin America (2020), disponible à l'adresse <https://reproductiverights.org/landmark-ruling-will-help-protect-schoolgirls-from-sexual-violence-throughout-latin-america/>.
223. Id.
224. FNUAP, État de la population mondiale 2020, p. 8-9 (2020), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/publications/etat-de-la-population-mondiale-2020>.
225. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation générale/observation générale conjointe no 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et no 18 du Comité des droits de l'enfant sur les pratiques néfastes, par.9, Doc. ONU CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18 (2014) [ci-après CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18] (y compris les mutilations génitales féminines ; les mariages d'enfants, précoce et forcés ; les tests de virginité et les pratiques connexes ; les restrictions alimentaires extrêmes, y compris pendant la grossesse (telles que l'alimentation forcée et les tabous alimentaires) ; les ligatures ; les cicatrices ; le marquage au fer rouge ou les marques tribales ; les châtiments corporels ; la lapidation ; les rites d'initiation violents ; les pratiques de veuvage ; les accusations de sorcellerie ; l'infanticide ; l'inceste et les modifications corporelles effectuées à des fins de beauté ou d'aptitude au mariage des filles et des femmes). Consulter également OMS, Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement (2018), disponible à l'adresse <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/eliminating-virginity-testing-interagency-statement/en/>.
226. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, sous-alinéa 68 ; CODESC, Observation générale no 22, supra, note 5, par. 29.
227. CEDAW, Recommandation générale no 35, supra, note 45, al. 16.
228. Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, par.7, Doc. ONU A/HRC/31/57 (6 janvier 2016) (par Juan E. Méndez).
229. Comité contre la torture, Observations finales : Sierra Leone, par.16, Doc. ONU CAT/C/SLE/CO/1 (2014) ; Comité contre la torture, Observations finales : Madagascar, par.13, Doc. ONU CAT/C/MDG/CO/1 (2011) ; Comité contre la torture, Observations finales : Yémen, par.31, Doc. ONU CAT/C/YEM/CO/2 (2010) ; Comité contre la torture, Observations finales : Sénégal, par.14, Doc. ONU CAT/C/SEN/CO/3 (2013) ; consulter également Comité contre la torture, Observations finales : Kirghizstan, par.18, Doc. ONU CAT/C/KGZ/CO/2 (2013).
230. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, par. 16(d).
231. Id., par. 7.
232. FNUAP, État de la population mondiale 2020, p. 10 (2020), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/publications/etat-de-la-population-mondiale-2020>. Consulter également HCDH, Série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés : pratiques néfastes (2020), https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/_WRGS/SexualHealth/INFO_Harm_Pract_FR_WEB.pdf.
233. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 30 ; CEDAW, Recommandation générale no 34, supra, note 50, al. 22.
234. Assemblée générale des Nations unies, Rapport sur les mariages d'enfants, les mariages précoce et les mariages forcés, (71e session, 2016), par.61, Doc. ONU A/71/253 (2016) ; CEDAW, Recommandation générale no 37 sur les dimensions sexospécifiques de la réduction des risques de catastrophe dans le contexte du changement climatique, par.5, Doc. ONU CEDAW/C/GC/37 (2018) ; HCDH, Mariage d'enfants, mariages précoces et mariages forcés dans les situations humanitaires (41e session, 2019), par.2, 10, Doc. ONU A/HRC/41/19 (2019) ; Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 79.
235. Save the Children, Physical Violence and Other Harmful Practices in Humanitarian Situations, p. 3, disponible à l'adresse https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/tbh_pvohp_formatted.pdf ; FNUAP et UNICEF, Le COVID-19, une menace pour l'ODD 5.3 : éliminer les mutilations génitales féminines (2020), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LE_COVID-19_UNE_MENACE_POUR_ODD-3-4.pdf.
236. UNFPA, Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage (2020), disponible à l'adresse https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital-marriage_COVID-19_A_Threat_to_Progress_against_Child_Marriage_2021, disponible à l'adresse <https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-marriage/>.
237. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, par. 1.
238. Comité des droits de l'enfant, supra, note 73, art. 24(3) ; CEDAW, supra, note 40, al. 2(f), 16(2).

239. FNUAP et UNICEF, Leaving No One Behind: Technical Note of the Global Programme to End Child Marriage (2020), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/GPECM_Child_marriage-leaving-no-one-behind_October2020.pdf.
240. FNUAP, État de la population mondiale 2021, p. 46 (2021), disponible à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/sowp-2021>.
241. Quentin Wodon et al., Child Marriage: Legal Age for Marriage, Illegal Child Marriages, and the Need for Interventions, disponible à l'adresse <https://pubdocs.worldbank.org/en/134161519943385981/WBL2017-Child-Marriage-Laws.pdf>.
242. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, sous-alinéa 14.
243. Id., par. 33.
244. Id., par. 13
245. Id., par. 51.
246. Lois relatives au mariage, au divorce, à la répartition des biens matrimoniaux, à l'héritage, à la tutelle, à l'adoption et à d'autres questions similaires. Plusieurs pays permettent de multiples systèmes de droit de la famille qui autorisent des lois sur le statut personnel fondées sur l'identité qui sont exemptées des dispositions constitutionnelles interdisant la discrimination ou qui réservent les questions de statut personnel aux communautés ethniques et religieuses au sein de l'État partie. CEDAW, Recommandation générale sur l'article 16 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (conséquences économiques du mariage, et des liens familiaux et de leur dissolution), par. 10-14, Doc. ONU CEDAW/C/GC/29 (2013)
247. Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 28.
248. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach to Effective Sex, Relationship, and HIV/STI Education Vol. II: Topics and Learning Objectives, p. 5 (2009), disponible à l'adresse <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>.
249. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, par. 69(c).
250. Conseil des droits de l'homme, Résolution sur les mariages d'enfants, les mariages précoce et les mariages forcés dans les situations de crise humanitaire (35e session, 2017), Doc. ONU A/HRC/RES/35/16 (2017).
251. HCDH, Série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés : pratiques néfastes (2020), https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Harm_Pract_FR_WEB.pdf Comité des droits de l'enfant, Observation générale no 20, supra, note 23, par. 69.
252. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, sous-alinéa 63.
253. Id., par. 62.
254. Consulter également CEDAW, Recommandation générale no 19 : Violence à l'égard des femmes (11e session, 1992) dans Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, al.24(k), sous-alinéa 24(t)(iii), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) ; CEDAW, A.T. v. Hungary, Communication no 2/2003, sous-alinéa 9.6(l)(e), Doc. ONU CEDAW/C/32/D/2/2003 (2005) ; Comité des droits de l'homme, Observation générale no 28, supra, note 48, par. 11.
255. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, sous-alinéa 83.
256. Ruth Graham-Goulder, Social Protection and Child Marriage During Covid-19: Evidence, Practices, and Opportunities (25 août 2020), disponible à l'adresse <https://socialprotection.org/discover/blog/social-protection-and-child-marriage-during-covid-19-evidence-practices-and>.
257. CEDAW et Comité des droits de l'enfant, Recommandation conjointe générale no 31/Observation générale no 18, supra, note 225, sous-alinéa 68(a).
258. FNUAP et UNICEF, Empowering Girls and Women to Lead Change (2019), disponible à l'adresse <https://www.unicef.org/media/74261/file/Annual-Report-2019%20UNFPA-UNICEF-Joint-Programme-on-FGM.pdf>.
259. Id.
260. Id.
261. FNUAP et UNICEF, Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines : Accélérer le changement, p. 24 (2018), disponible à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Joint%20Programme%20FGM_FR.pdf.
262. Id., p. 22.
263. Id., p. 22.
264. FNUAP et UNICEF, Empowering Girls and Women to Lead Change (2019), disponible à l'adresse <https://www.unicef.org/media/74261/file/Annual-Report-2019%20UNFPA-UNICEF-Joint-Programme-on-FGM.pdf>.



CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS