



Assemblée générale

Distr. générale
20 avril 2017
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-cinquième session

6-23 juin 2017

Point 3 de l'ordre du jour

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

Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible concernant sa visite en Algérie

Note du secrétariat

Le secrétariat a l'honneur de transmettre au Conseil des droits de l'homme le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Dainius Pūras, sur la visite qu'il a effectuée en Algérie du 27 avril au 10 mai 2016. L'Algérie a sensiblement progressé dans la réalisation du droit à la santé ; en particulier, les indicateurs de santé de base ont été améliorés, et la plus grande partie du cadre normatif a été adaptée aux obligations internationales de l'État partie en matière de droits de l'homme. Dans son rapport, le Rapporteur spécial invite le Gouvernement à remédier à un certain nombre de problèmes importants qui subsistent en ce qui concerne le cadre normatif et directif et son application, ainsi que l'existence d'inégalités et de pratiques discriminatoires à l'égard de certains groupes de population, en particulier les femmes, les adolescents et les jeunes, ainsi que les personnes vivant avec le VIH/sida et les toxicomanes. Le Rapporteur spécial examine aussi les difficultés qui touchent le système de santé national et le système de santé mentale et formule un certain nombre de recommandations.



Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible concernant sa visite en Algérie*

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Cadre du droit à la santé	3
A. Contexte	3
B. Cadre normatif et institutionnel	4
C. Système de santé national	5
III. Droit à la santé des principaux groupes de population	9
A. Femmes	9
B. Adolescents et jeunes	13
C. Personnes vivant avec le VIH/sida	15
D. Consommateurs de drogues	17
IV. Cadre stratégique pour la santé mentale	18
V. Conclusions et recommandations	20

* Distribué dans la langue de l'original et en français seulement.

I. Introduction

1. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Dainius Pūras, s'est rendu en Algérie du 27 avril au 10 mai 2016 à l'invitation du Gouvernement. Le but de la visite était d'évaluer, dans un esprit de dialogue et de coopération, la réalisation du droit à la santé dans le pays.
2. Au cours de sa visite, le Rapporteur spécial s'est entretenu avec des hauts fonctionnaires du Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale ; du Ministère des affaires étrangères ; du Ministère de l'intérieur ; du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ; du Ministère de l'éducation nationale ; du Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme ; du Ministère de la jeunesse et des sports. Il a aussi rencontré des membres de la Commission de la santé, des affaires sociales, du travail et de la formation professionnelle de l'Assemblée populaire nationale, de la Commission parlementaire de la santé et du Conseil de la Nation, et a rencontré des représentants de la société civile, d'organisations internationales et de fonds et organismes des Nations Unies.
3. Le Rapporteur spécial s'est rendu dans différents établissements de soins de santé, des écoles primaires et secondaires, des centres de désintoxication, et un établissement de soins de santé pour détenus, dans différentes régions, dont Alger, Blida, Djelfa, Sétif et Oran.
4. Le Rapporteur spécial sait gré au Gouvernement algérien de son invitation et de son entière coopération au cours de sa visite. Il est reconnaissant à l'équipe de pays des Nations Unies de son aide importante, notamment aux fonctionnaires du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

II. Cadre du droit à la santé

A. Contexte

5. Depuis son accession à l'indépendance en 1962, l'Algérie a accompli des progrès appréciables dans l'amélioration de l'état de santé de sa population grâce à des investissements durables dans le secteur de la santé publique. Les recettes provenant des exportations d'hydrocarbures ont permis la stabilité macroéconomique, la croissance économique et le développement au cours des dernières décennies. Ce facteur, conjugué à une volonté manifeste des autorités, a ouvert la voie à des progrès dans la réalisation du droit à la santé.
6. Le système de santé national est fondé sur la prédominance du secteur public et l'accès gratuit aux services préventifs et curatifs, de manière à garantir l'équité¹. Les indicateurs de santé se sont nettement améliorés depuis l'indépendance, notamment l'espérance de vie de la plupart des groupes de population, les taux de mortalité maternelle et infantile et le succès des campagnes de vaccination. Le pays a également entrepris des réformes sociales importantes, notamment l'accès universel et gratuit aux soins de santé et à l'éducation.
7. Le secteur de la santé s'est développé en Algérie en mettant l'accent en particulier sur les soins de santé primaires et l'accès universel et gratuit pour la population. Depuis l'indépendance, des investissements importants ont été réalisés pour développer les infrastructures sanitaires, rendre les services disponibles et accessibles, et s'attaquer aux déterminants fondamentaux de la santé, notamment la pauvreté, l'éducation, l'alimentation et la nutrition et le logement.

¹ Algérie, *Deuxième Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement*, septembre 2010, p. 73.

8. Si les effets des crises financières mondiales sont présents depuis 2008, les dépenses sociales centrées sur les groupes défavorisés représentent environ 12 % du produit intérieur brut². En dépit de la crise financière actuelle, liée à la chute des cours internationaux du pétrole depuis le milieu de l'année 2014, le pays a maintenu ses dépenses visant à améliorer la santé de sa population. Des efforts concertés sont menés pour relever les défis des transitions démographiques et épidémiologiques dans un pays où près de 55 % de la population est âgée de moins de 30 ans et où les maladies non transmissibles sont devenues un sujet de préoccupation primordial.

9. L'Algérie présente encore des taux de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales élevés et des disparités importantes entre les zones urbaines et les zones rurales. La disponibilité et la qualité des données de santé et le manque d'études analytiques de qualité posent des problèmes importants qui compromettent sérieusement l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et les secteurs connexes.

10. Les deux prochaines décennies représentent une étape décisive pour le pays afin d'atteindre deux objectifs essentiels et interdépendants : les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 et la réalisation effective du droit à la santé pour sa population. Les efforts menés en ce sens seront renforcés par l'application effective de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) et du guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour réduire et éliminer la mortalité et la morbidité évitables chez les mères et les enfants de moins de 5 ans (A/HRC/21/22 et A/HRC/27/31).

B. Cadre normatif et institutionnel

11. L'Algérie a ratifié pratiquement tous les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, à l'exception de la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées et de certains protocoles facultatifs – essentiellement ceux qui ont trait à des procédures d'examen de plaintes émanant de particuliers³.

12. L'Algérie a introduit des déclarations interprétatives et des réserves au sujet de dispositions des deux Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ce qui, conjugué à l'absence de ratification des protocoles facultatifs se rapportant aux procédures d'examen de plaintes émanant de particuliers, amoindrit la nature et la portée de ses obligations au regard de ces instruments, s'agissant notamment de l'accès à des voies de recours et de l'application du principe de responsabilité en ce qui concerne le droit à la santé.

13. Bien que le Gouvernement ait accepté la visite d'un certain nombre de titulaires de mandat au titre des procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme, il n'a pas encore adressé d'invitation permanente à tous les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales. L'Algérie a été évaluée dans le cadre de l'Examen périodique universel en 2008 et en 2012 ; le prochain examen concernant l'Algérie est prévu pour janvier 2017.

14. Au niveau régional, l'Algérie a ratifié la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et a pris des initiatives importantes dans le domaine de la santé, en particulier en ce qui concerne l'éradication du paludisme et la lutte contre le VIH/sida.

² Ibid., p. 17.

³ L'Algérie n'a pas encore adhéré aux Protocoles facultatifs des instruments suivants : Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; Convention relative aux droits de l'enfant – Protocole facultatif établissant une procédure de présentation de communications ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques – Protocole facultatif visant à abolir la peine de mort ; Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

15. Le cadre normatif et constitutionnel reconnaît le droit à la santé et d'autres droits connexes, ainsi que le droit de vivre à l'abri de la violence et de la discrimination. Conformément à l'article 54 de la Constitution de 1989 (rétablie en 1996), « tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé » et l'État « assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ». L'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 a institué la gratuité des soins aussi bien préventifs que curatifs. Les services de santé sont financés principalement par l'État, avec une participation limitée mais croissante du secteur privé⁴.

16. La principale loi régissant le droit à la santé est la loi n° 85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé⁵. Elle énonce les principes fondamentaux et les dispositions en ce qui concerne, notamment, la santé publique et l'épidémiologie, la santé mentale, le personnel de santé, et le financement de la santé. Une nouvelle version de la loi sur la santé était en cours d'élaboration en consultation avec diverses parties prenantes. Le Rapporteur spécial ne doute pas que la nouvelle loi sera prochainement adoptée afin de garantir l'égalité, la non-discrimination, la participation effective et l'application du principe de responsabilité concernant l'exercice du droit à la santé.

17. La Commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme a été créée en 2001. Bien que disposant de compétences en matière de suivi, d'alerte rapide et d'évaluation de la réalisation des droits de l'homme, elle n'est pas habilitée à recevoir des plaintes ou à mener des enquêtes⁶. En 2009, la Commission a été dotée du statut « B » du fait qu'elle n'avait pas appliqué les recommandations visant à la rendre conforme aux principes concernant le statut des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme (« Principes de Paris »), ne disposait pas d'un processus de nomination transparent et participatif et n'interagissait pas de manière satisfaisante avec le système international des droits de l'homme⁷.

18. Plusieurs politiques publiques, programmes et initiatives découlent de ce cadre normatif et institutionnel, dont les efforts pour gérer les transitions démographiques et épidémiologiques en cours. Le Rapporteur spécial salue les efforts menés pour remédier aux disparités dans l'accès aux soins de santé d'une région à l'autre, notamment les programmes de jumelage, l'utilisation de la télémédecine et la mise en place d'unités de santé mobiles.

C. Système de santé national

19. Le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière gère les hôpitaux et le secteur de la santé publique. Il existe cinq régions sanitaires dans le pays avec cinq conseils régionaux de la santé, cinq observatoires régionaux de la santé et 48 directions de la santé et de la population (une dans chaque *wilaya*). Le pays est divisé en 185 circonscriptions sanitaires⁸.

20. Grâce à l'amélioration des infrastructures, du matériel et des effectifs, le système de soins de santé a enregistré des résultats remarquables sur le plan de l'offre de soins et de l'accès aux soins. La population dispose d'une couverture financière pour la plupart des services de santé de base, ce qui a contribué à améliorer nettement les indicateurs de santé au cours des dernières décennies.

⁴ Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, « Algérie : cinquième et sixième rapports périodiques sur la mise en œuvre de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples » (décembre 2014), p. 44 ; et Banque mondiale : « Algeria – Strengthening health system governance: Towards more effective regulatory environment for improved efficiency and quality of care », note de réflexion pour l'assistance technique (décembre 2006), p. 3.

⁵ Algérie, loi relative à la protection et à la promotion de la santé. Disponible à l'adresse suivante : www.mindbank.info/item/984.

⁶ Algérie, voir décret présidentiel n° 01-71 du 25 mars 2001 ; et ordonnance n° 09-04 du 5 août 2009.

⁷ Voir Comité international de coordination des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme, rapports du Sous-Comité d'accréditation (avril 2008 et mars 2009).

⁸ Algérie, Commission nationale consultative de la promotion et de la protection des droits de l'homme (CNCPPDH), *Rapport annuel 2014*, p. 170.

21. Les investissements publics dans le système de santé national sont parmi les plus élevés de la région. En 2014, les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 932 dollars ; les dépenses de santé totales représentaient 7,2 % du produit intérieur brut, contre 5,6 % en Égypte, 5,9 % au Maroc et 7,0 % en Tunisie. Les dépenses de santé publique globales ont représenté 9,9 % des dépenses publiques totales en 2014. Les frais à la charge des patients ont représenté 26,5 % des dépenses de santé totales en 2014⁹.

Priorités pour renforcer le système de soins de santé

22. Des difficultés importantes ont été signalées en 2006 concernant l'accès équitable aux soins, en particulier dans le sud, notamment une répartition inefficace des ressources et des insuffisances techniques dans le cadre du modèle de prestation des soins centré sur l'hôpital, un mauvais fonctionnement du réseau de soins de santé primaires et des dysfonctionnements hiérarchiques à différents niveaux du système de soins. L'insatisfaction de la population au sujet de la qualité technique des soins dispensés dans les établissements publics a également été soulignée, ceux qui peuvent en assumer le coût se tournant toujours davantage pour les soins vers un secteur privé en pleine expansion¹⁰.

23. En 2007, l'Algérie a lancé une réforme de son système de santé visant à améliorer la qualité des services, à garantir l'efficacité des établissements de soins et du système de santé national en général, et à réduire le plus possible les disparités et les inégalités entre les régions.

24. Le système de soins de santé a été réorganisé de façon à rapprocher les structures sanitaires de la population : 195 hôpitaux publics, 271 centres de santé locaux et 26 nouveaux établissements hospitaliers « mère et enfant » ont été créés. Les établissements hospitaliers spécialisés sont statutairement et financièrement indépendants et sont destinés à la prise en charge de la population cible¹¹.

25. Pour tenter de garantir un accès équitable aux soins très spécialisés, le Cadre de 2014 pour le développement du secteur de la santé a prévu la création de centres spécialisés régionaux et de centres d'orientation nationaux pour répondre à la charge de morbidité liée à des pathologies nouvelles, parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires et différentes formes de cancer.

26. Le Rapporteur spécial s'est rendu dans diverses structures sanitaires de différentes régions du pays et a constaté que celles-ci étaient en relativement bon état. Il a été informé cependant de l'existence de lacunes en matière d'infrastructures et de matériel, et du nombre et de la qualité insuffisants du personnel de santé, en particulier dans les zones reculées¹².

27. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a exprimé des préoccupations au sujet de la disponibilité des médicaments, de la qualité insuffisante des structures de soins sur le plan de l'entretien des bâtiments, de l'hygiène et de l'accueil des patients, et des piètres conditions de travail des professionnels de la santé en Algérie (voir E/C.12/DZA/CO/4, par. 20).

Les soins primaires comme voie vers une couverture universelle

28. Une attention particulière est accordée aux soins primaires (de proximité) et aux services spécialisés en Algérie, ce qui constitue une bonne base pour parvenir à une couverture complète. Cependant, des difficultés importantes subsistent en ce qui concerne l'accès équitable aux services et la qualité des services dans tout le pays et la place excessive des soins hospitaliers et de la médecine spécialisée.

⁹ Voir OMS, Observatoire mondial de la santé, Algérie. Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>.

¹⁰ Banque mondiale, « Algeria – Strengthening health system governance » (décembre 2006), p. 3.

¹¹ Voir les décrets exécutifs n° 07-140 du 19 mai 2007 et n° 07-204 du 30 juin 2007.

¹² Commission nationale consultative de la promotion et de la protection des droits de l'homme (CNCPPDH), *Rapport annuel 2014*, p. 142 à 144 et 168 à 173 ; et aussi *Rapport sur la visite des établissements hospitaliers (2008/2009)*, p. 31 à 43.

29. Le Rapporteur spécial a constaté un recours disproportionné aux soins hospitaliers par rapport à l'attention accordée aux soins de santé primaires, aux soins ambulatoires spécialisés, et à la promotion de la santé et à la prévention. Entre 2010 et 2015, le nombre d'établissements de soins primaires est resté identique (271 établissements), tandis que le nombre de centres spécialisés est passé de 64 à 75 et que le nombre d'établissements de taille moyenne a également augmenté¹³.

30. Les systèmes de soins de santé fonctionnent plus efficacement et rationnellement si les médecins généralistes et leurs équipes gèrent la plupart des patients dans les structures de soins primaires. Cela permet d'accumuler des ressources pour le traitement onéreux des cas médicaux graves ou complexes. On constate en Algérie un manque de gouvernance efficace et d'éléments incitant à une gestion des différents niveaux du système de soins qui favorise l'utilisation des soins primaires.

31. Le Gouvernement algérien devrait investir pour renforcer le rôle des médecins généralistes en renforçant les capacités et les compétences de ces derniers, ainsi que celles des infirmières, des travailleurs sociaux et des assistants médicaux, grâce à des programmes de formation continue. Il devrait aussi étudier la possibilité de mettre en place des incitations novatrices pour conforter la position des généralistes en tant que « gardiens » du système, notamment en ce qui concerne la santé des enfants, la santé mentale, et la gestion des cancers et d'autres maladies non transmissibles.

32. Des efforts supplémentaires devraient être faits pour évaluer les résultats du système de santé national en établissant des mécanismes indépendants et en utilisant des indicateurs pour mesurer la rentabilité des investissements dans les soins de santé spécialisés, y compris l'utilisation de technologies biomédicales diagnostiques et thérapeutiques onéreuses.

33. En outre, le Gouvernement devrait veiller à ce que les personnes en situation de pauvreté disposent du même accès aux centres de soins spécialisés, notamment aux centres de traitement du cancer, et ne fassent pas l'objet de discrimination en cas de listes d'attente.

34. Le Rapporteur spécial a observé qu'en raison de la qualité des soins fournis dans le secteur public et de l'insatisfaction des patients, le secteur privé croît rapidement et de manière non réglementée. Cela aboutit progressivement à un système double qui offre une meilleure qualité de soins à ceux qui peuvent payer de leur poche ou se rendre à l'étranger pour être traités, ce qui accroît les inégalités en matière d'accès aux soins de santé.

Les inégalités régionales en matière d'accès aux soins de santé

35. L'Algérie compte plus de 39 millions d'habitants. Environ 90 % de la population sont concentrés sur environ 10 % du territoire au nord du pays, où intervient l'essentiel de l'activité économique¹⁴. L'un des principaux problèmes du système de soins de santé est lié aux disparités régionales notables d'après les indicateurs socioéconomiques et sur le plan des infrastructures, qui touchent particulièrement les habitants des régions du sud et des hauts plateaux.

36. L'accès aux soins de santé s'est amélioré au cours des dernières décennies grâce à l'extension de la couverture médicale au niveau des infrastructures, du personnel et du financement, et grâce à une politique délibérée de la part du Gouvernement. En 2006, 98 % de la population disposait d'un accès géographique aux établissements de santé¹⁵. Toutefois, les difficultés rencontrées par les personnes vivant dans les zones rurales pour accéder aux services de soins de santé, du fait d'une répartition géographique inégale des établissements de soins et des médecins, sont un sujet de préoccupation (voir E/C.12/DZA/CO/4, par. 20).

¹³ Chiffres fournis par le Ministère algérien de la santé.

¹⁴ Algérie, Commission nationale consultative de la promotion et de la protection des droits de l'homme (CNCPPDH), *Rapport annuel 2014*, p. 130 à 133.

¹⁵ Banque mondiale, « Algeria – Strengthening health system governance » (décembre 2006), p. 3.

37. Le Rapporteur spécial s'est rendu dans la région des hauts plateaux (Djelfa et Sétif) et a constaté certaines des initiatives prises par le Gouvernement pour remédier à ces inégalités, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins spécialisés. L'une de ces initiatives est le programme de jumelage lancé en 2014 et approuvé par le décret exécutif n° 16-197 du 4 juillet 2016.

38. Le programme de jumelage a pour but de promouvoir un partenariat par lequel les hôpitaux universitaires du Nord du pays fourniraient une assistance technique et des moyens de renforcer leurs capacités aux hôpitaux des régions du sud et des hauts plateaux, qui manquent de personnel spécialisé. En 2015, 207 missions, plus de 20 000 consultations et plus de 3 500 interventions chirurgicales ont été réalisées dans ce cadre. Au total, 53 centres de santé publics, des hôpitaux universitaires et des centres de soins secondaires ont été inclus dans le programme¹⁶.

39. Le Rapporteur spécial salue ces efforts et invite le Gouvernement à continuer d'améliorer l'accès aux soins de santé et de renforcer les capacités des structures de santé des régions reculées du pays. Il réaffirme le rôle essentiel des structures de santé primaires et des généralistes et de leurs équipes.

Personnel de santé, transparence, responsabilité et participation

40. En Algérie, le secteur de la santé est le deuxième employeur de la fonction publique et emploie 18 % de l'ensemble des fonctionnaires de sexe féminin. La formation pour obtenir le diplôme de médecine de base – le titre de docteur en médecine – dure six ou sept ans. L'autorisation d'exercer la médecine est délivrée par le Ministère de la santé. Il existe des programmes de coopération Sud-Sud visant à renforcer les capacités dans le secteur de la santé, notamment dans des domaines spécialisés comme l'ophtalmologie.

41. Le personnel de santé est généralement sous-payé dans le secteur public, ce qui place ces salariés dans une situation précaire, souvent aggravée par l'existence de contrats temporaires sans droit aux congés de maternité ou de maladie (voir E/C.12/DZA/CO/4, par. 10). De ce fait, bon nombre de travailleurs de la santé choisissent de quitter le pays.

42. Pour enrayer l'exode des compétences, il est indispensable d'investir dans les ressources humaines, y compris une rémunération acceptable du personnel de santé et de meilleures conditions de travail, ainsi que de renforcer l'indépendance et les capacités des professionnels de santé. Ces derniers devraient exercer la maîtrise de leurs activités professionnelles et disposer de moyens d'autorégulation en ce qui concerne la définition des normes professionnelles relatives aux questions cliniques et déontologiques.

43. Au moment où le pays prend des mesures importantes pour renforcer la collecte de données et les systèmes statistiques pour satisfaire aux normes internationales, il est nécessaire d'améliorer l'accès à des données de qualité pour mieux étayer les politiques et l'action des pouvoirs publics. Des systèmes performants d'information sanitaire et d'état civil et des données ventilées devraient être mis en place pour pouvoir analyser correctement les situations, recenser les lacunes et surveiller, examiner et contrôler les résultats de façon appropriée. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour assurer une responsabilisation adéquate du secteur de la santé, notamment en menant des évaluations à l'échelle nationale et en créant mécanismes indépendants de suivi des politiques et des programmes de santé.

44. L'Algérie devrait augmenter ses investissements pour améliorer la transparence et la participation effective de toutes les parties prenantes, notamment des utilisateurs et des prestataires de services de santé, de la société civile indépendante et des autorités locales. Les consultations organisées en juin 2014 dans le cadre de la révision de la loi sur la santé ont été un signe encourageant en ce sens.

¹⁶ Chiffres communiqués par le Ministère algérien de la santé.

III. Droit à la santé des principaux groupes de population

45. Il existe toujours de réelles inégalités en matière d'exercice du droit à la santé, qui se manifestent sous la forme d'obstacles qui gênent l'accès aux services essentiels et en compromettent la qualité, en particulier dans les zones rurales et isolées du pays. Ces inégalités pèsent de manière disproportionnée sur les groupes en situation de pauvreté et les habitants des régions du sud et des hauts plateaux.

46. En outre, certains groupes de population sont en butte à la discrimination et à des difficultés particulières dans l'exercice du droit à la santé, notamment les femmes, les adolescents et les jeunes, les personnes handicapées, les consommateurs de drogues et les personnes vivant avec le VIH/sida. Le Rapporteur spécial a aussi examiné le système de santé mentale du pays.

A. Femmes

47. Les femmes ont bénéficié d'une amélioration générale des indicateurs de santé depuis l'indépendance, s'agissant notamment de l'augmentation de l'espérance de vie, de la diminution du taux de mortalité maternelle et de la lutte contre les maladies infectieuses et, plus récemment, les maladies non transmissibles. Le Rapporteur spécial félicite le Gouvernement pour les efforts réalisés depuis quelques années en matière de prévention et de traitement du cancer, notamment des cancers du sein et du col de l'utérus.

48. Bien que les femmes aient accès au système éducatif à tous les niveaux, soient représentées à divers niveaux de l'administration nationale et locale et représentent une grande partie du personnel de santé, notamment en tant que cadres, la transition démographique en cours a entraîné une diminution significative du taux de fécondité.

49. En outre, des difficultés importantes subsistent en ce qui concerne la pleine réalisation du droit des femmes à la santé, notamment des obstacles à la jouissance du droit à la santé sexuelle et procréative et à l'application effective d'un cadre normatif sur la violence à l'égard des femmes.

50. Le secteur des soins de santé est l'un des secteurs publics les mieux placés pour faire en sorte que les femmes soient soutenues, protégées et autonomisées comme il se doit par un accès équitable à des services de qualité et à une information factuelle. La pleine réalisation du droit des femmes à la santé nécessite cependant davantage que la prestation de services. Il convient de prêter attention à des déterminants sociaux fondamentaux comme la violence, la pauvreté et la discrimination, qui sont souvent renforcés par des normes et des stéréotypes patriarcaux concernant le genre ainsi que par des interprétations restrictives des normes et des pratiques culturelles et religieuses.

Mortalité et morbidité maternelles et infantiles

51. L'Algérie occupe un rang inférieur à la moyenne mondiale pour la mortalité et la morbidité maternelles, mais légèrement supérieur à la moyenne régionale du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord¹⁷. Malgré les progrès sensibles accomplis ces dernières décennies dans la réduction du taux de mortalité maternelle, passé de 230 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1989 à 63,6 pour 100 000 en 2014, et du taux de mortalité néonatale, le pays n'a pas atteint la cible de l'objectif du Millénaire 5 sur la réduction de la mortalité maternelle, établie à 57 pour 100 000 (voir DP/FPA/CPD/DZA/6, par. 6).

52. En 2012, le Comité des droits de l'enfant s'est inquiété du niveau élevé de mortalité maternelle, de mortalité néonatale et de mortalité des enfants de moins de 5 ans (voir CRC/C/DZA/CO/3-4 par. 57). La santé des mères et des jeunes enfants est devenue une priorité nationale en matière de soins de santé et de services sociaux en Algérie.

¹⁷ Voir Banque mondiale, MDG Progress Status, Algérie. Disponible à l'adresse <http://data.worldbank.org/mdgs/compare-trends-and-targets-of-each-mdg-indicator>.

53. La législation fondamentale régissant la politique relative à la mortalité et à la morbidité maternelles et infantiles est la loi sur la santé, dans laquelle est prévue une planification familiale destinée à assurer un équilibre familial harmonieux et à préserver la vie et la santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, le chapitre V (art. 67 à 75) de la loi sur la santé définit des mesures de protection de la mère et de l'enfant. Le programme national 2006-2009 sur la périnatalité a été lancé en 2005, et visait à réduire la mortalité périnatale de 30 % et la mortalité maternelle de 50 %¹⁸.

54. La plupart des décès maternels peuvent être évités et ces décès sont plus fréquents dans les régions rurales isolées. Cette situation témoigne d'inégalités persistantes dans l'accès aux soins, ainsi que dans la jouissance des déterminants fondamentaux et sociaux de la santé des femmes, certaines régions accusant un retard significatif par rapport à d'autres. Les régions rurales et le sud sont les régions les plus touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale et accusent des taux plus élevés quant à l'absence de suivi pendant la grossesse et aux naissances non accompagnées¹⁹.

55. Au cours des dix dernières années, le suivi des futures mères et l'appui et les soins spécialisés se sont améliorés, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié passant de 76 % en 1990 à 96,6 % en 2013. C'est un facteur décisif pour réduire les décès périnatals, néonataux et maternels. En outre, la couverture des soins prénatals a sensiblement augmenté au cours des dix dernières années.

56. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) a diminué de 45,5 %, passant de 46,8 en 1990 à 25,6 en 2015. Parallèlement, le taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) a diminué de 44,8 %, passant de 39,7 en 1990 à 21,9 en 2015. Le taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) était estimé à 15,5 en 2015. Si les taux de mortalité infantile ont sensiblement diminué, l'Algérie n'a pas atteint la cible des objectifs du Millénaire pour le développement consistant à réduire de deux tiers la mortalité infantile d'ici à 2015, principalement en raison du taux élevé de mortalité néonatale.

57. Les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont notamment la prématurité (20 %) ; les anomalies congénitales (18 %) ; l'asphyxie à la naissance (13 %) ; et les infections respiratoires aiguës (13 %). Néanmoins, la proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole est passée de 83 % en 1990 à 95 % en 2015 et la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans a été ramenée de 9,2 % en 1992 à 3 % en 2012/2013²⁰.

58. Un plan national de réduction de la mortalité maternelle établi en 2014 par le Ministère de la santé en partenariat avec l'UNICEF visait à réduire les inégalités et la mortalité maternelle au moyen de cinq interventions stratégiques : améliorer la gouvernance ; atteindre chaque femme afin de réduire les inégalités ; promouvoir la planification familiale ; améliorer la qualité des soins prénatals et postnatals ; et promouvoir la participation des femmes et des prestataires de soins. Il prévoyait également le lancement d'un système d'audit de la mortalité maternelle et d'un guide de référence sur les normes de soins obstétricaux²¹.

59. Le Rapporteur spécial prend acte des résultats obtenus en matière de réduction des taux de mortalité maternelle et infantile, ainsi que des activités importantes menées à l'heure actuelle par le Gouvernement, avec l'appui d'organismes des Nations Unies, en vue de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Il salue le renforcement et l'expansion du réseau hospitalier et de soins de santé permettant de prendre en charge les mères et les nouveau-nés dans tout le pays. La mise en place de systèmes de soins obstétricaux est une obligation fondamentale d'importance capitale pour la santé des mères. Dans ce sens, le système d'audit de la mortalité maternelle établi en 2014 et le guide de référence sur les

¹⁸ Voir également décret exécutif n° 05-435 (2005).

¹⁹ Rapport annuel 2014 de l'UNICEF pour l'Algérie (UNICEF Annual Report 2014: Algeria), p. 18.

²⁰ Voir OMS, Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/gho/data/node/home>. En anglais seulement.

²¹ Rapport annuel de l'UNICEF 2014 pour l'Algérie (UNICEF Annual Report 2014: Algeria), p. 19.

normes de soins obstétricaux mis au point en 2016 sont des outils essentiels pour le respect des obligations et des engagements et devraient être mis en œuvre efficacement.

60. Toutefois, les engagements pris au plus haut niveau de l'État doivent être accompagnés de mesures globales visant à garantir l'égalité de fait aux femmes dans tout le pays. Il convient donc de prêter attention tout à la fois aux interventions à court terme destinées à sauver des vies et aux transformations socioéconomiques et politiques à plus long terme pour remédier aux facteurs plus généraux de discrimination et de violence à l'égard des femmes et des enfants qui ont une incidence sur la mortalité et la morbidité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans (voir A/HRC/21/22, par. 65).

61. Il est indispensable de s'attaquer aux déterminants fondamentaux et sociaux de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. La pauvreté, le manque d'instruction, les difficultés d'accès aux services de santé, la discrimination fondée sur le sexe et le manque d'autonomie sont autant d'obstacles qui empêchent les femmes de faire les meilleurs choix en toute connaissance de cause au sujet de leur santé sexuelle et procréative et de la santé de leurs enfants, ce qui a des répercussions néfastes sur le plan sanitaire et aggrave les risques (A/HRC/27/31, par. 74).

62. Le droit à la santé sexuelle et procréative fait partie intégrante du droit à la santé²². Les services de santé sexuelle et procréative dont les femmes, en particulier les jeunes femmes, ont le plus besoin sont notamment l'accès à des services de contraception sûrs, fiables et de qualité et à des services complets de santé maternelle, l'avortement médicalisé et le traitement des complications à la suite d'un avortement non médicalisé, et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida (voir E/CN.9/2014/4, par. 68 à 77).

63. L'interruption thérapeutique de grossesse est autorisée en Algérie, à quelques exceptions près. Le Code pénal du 8 juin 1966 interdit l'avortement sauf s'il constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère (art. 304 à 313) et, en vertu de la loi sur la santé, l'avortement peut être pratiqué comme une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger, ou préserver son équilibre mental s'il est gravement menacé (art. 72).

64. Cependant, le cadre juridique actuel n'autorise pas l'interruption de grossesse en cas de viol et d'inceste. Une femme qui s'est fait avorter ou y a consenti est passible d'une peine d'emprisonnement d'une durée de six à vingt-quatre mois et d'une amende. La personne qui pratique l'avortement est passible d'une peine d'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende. Si cette personne est un médecin, elle peut également se voir interdire d'exercer sa profession²³.

65. L'incrimination de l'avortement contraint de nombreuses femmes à faire appel à des avortements clandestins non médicalisés qui mettent leur santé et leur vie en péril. Elle expose aussi les femmes à des dangers supplémentaires, à la violence et à la stigmatisation, qui sont autant d'entraves supplémentaires à la pleine réalisation du droit à la santé. Le Gouvernement devrait revoir le cadre normatif afin de dépénaliser l'avortement et de garantir l'accès aux services d'interruption thérapeutique de grossesse, à tout le moins quand la grossesse se produit à la suite d'un viol ou d'un inceste, en cas de malformation fœtale grave et quand la vie et la santé de la femme sont en danger. L'information et la formation nécessaires devraient être dispensées aux professionnels de santé concernés²⁴.

Violence contre les femmes et les filles

66. L'ampleur de la violence à l'égard des femmes, notamment dans le contexte familial, soulève de profondes inquiétudes en matière de droits de l'homme et constitue un grave problème de santé publique auquel il doit être répondu sans délai. En 2006, une enquête nationale sur la violence contre les femmes a révélé que 9,4 % des Algériennes

²² Voir observation générale n° 22 (2016) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit à la santé sexuelle et procréative, par. 1.

²³ Voir Code pénal algérien, art. 304 à 309.

²⁴ Voir OMS, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2^e éd. (2012).

âgées de 19 à 64 ans avaient connu la violence physique souvent ou quotidiennement au sein de la famille et que 31,4 % d'entre elles avaient régulièrement subi des menaces de violence physique ou psychologique. Cette enquête a également conclu à l'existence du viol conjugal et d'autres formes de sévices sexuels, 10,9 % des femmes ayant admis avoir été à plus d'une occasion soumise par leur partenaire intime à des rapports sexuels forcés²⁵.

67. À la suite de sa visite dans le pays en 2010, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences a constaté des progrès sensibles sur les plans législatif et institutionnel, mais a relevé que plusieurs questions demeuraient particulièrement préoccupantes, notamment la violence contre les femmes dans la famille, le harcèlement sexuel au travail et dans les établissements d'enseignement et de formation, et la stigmatisation et l'hostilité envers les mères célibataires et les femmes qui vivent seules. Elle a estimé que les mentalités patriarcales, les défis liés à l'interprétation et à l'application de la loi, et l'absence de statistiques vérifiables sur l'ampleur de la violence accentuaient la vulnérabilité des femmes à la violence (voir A/HRC/17/26/Add.3, par. 12 à 23).

68. Les violences à l'égard des femmes continuent d'être très peu signalées partout dans le monde parce que les femmes touchées craignent d'être stigmatisées si elles les dénoncent et que les victimes comme les témoins craignent ne pas être suffisamment protégés, en particulier dans les affaires pénales. Les chiffres dont on dispose ne montreraient que « la partie émergée de l'iceberg ».

69. La stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes prévoit que les victimes aient accès à des soins médicaux et psychologiques, à une aide juridique et à une formation professionnelle en vue de leur réinsertion socioéconomique. En outre, la Sûreté nationale a mis en œuvre plusieurs mesures de sécurité préventive visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes, dont la mise en place de services de conseil dans les commissariats urbains. Toutefois, des préoccupations ont été exprimées quant à l'absence de politique de suivi et de signalement par le personnel médical des cas de violence familiale à l'égard des femmes (voir CEDAW/C/DZA/CO/3-4, par. 40).

70. Pour rompre le cercle vicieux de la violence, seule une volonté politique forte et clairement exprimée permettra d'assurer que le cadre normatif et directif protège et autonomise les femmes et de lutter contre les stéréotypes, les idées reçues et les attentes liées au genre qui relèguent les femmes dans un rôle subalterne dans la société. À cet égard, le Rapporteur spécial appelle l'attention sur les lacunes du cadre normatif auxquelles il faudrait remédier.

71. Certaines dispositions du Code pénal demeurent problématiques s'agissant de différentes formes de violence sexuelle. L'article 336 incrimine le viol mais ne donne pas de définition de l'infraction comme atteinte à l'intégrité physique et mentale de la personne, et le viol conjugal n'est pas considéré comme une infraction pénale. L'article 326 dispose que quiconque, sans violences, menaces ou duperie, enlève ou détourne, ou tente d'enlever ou de détourner, un mineur de 18 ans, est passible d'une peine d'emprisonnement comprise entre un et cinq ans. Toutefois, s'il épouse la victime, l'auteur de l'infraction ne peut être poursuivi ou condamné, sauf en cas d'annulation du mariage.

72. D'autres formes de violence sexuelle, comme l'agression sexuelle, ne sont pas définies dans le Code pénal mais peuvent donner lieu à des poursuites en application des articles 334 et 335 relatifs aux attentats à la pudeur. Ces dispositions n'ont toutefois qu'une portée limitée puisqu'elles ne couvrent pas les actes non violents à l'égard d'adultes ou de mineurs considérés comme des adultes en raison d'un mariage précoce.

73. Le Code pénal incrimine l'adultère (art. 339) et l'homosexualité (art. 338). Toutefois, les victimes de violence sexuelle hésiteraient à porter plainte par crainte d'être poursuivis en application de ces dispositions. L'adoption en 2004 du délit pénal de harcèlement sexuel a été limitée aux cas de harcèlement sexuel commis par une personne abusant de son autorité sur le lieu de travail (art. 341 *bis*).

²⁵ Voir Algérie, Ministère délégué chargé de la famille et de la condition féminine, *Violence à l'égard des femmes en Algérie : enquête nationale de prévalence* (2006).

74. Le Rapporteur spécial accueille avec satisfaction le projet de loi relatif à l'ensemble des mesures de protection des femmes contre toute forme de violence, qui a été adopté en première lecture par le Parlement en décembre 2015. Il compte que ce projet sera adopté et appliqué rapidement.

75. En février 2016, des modifications du Code pénal introduisant des peines pour les actes de violence familiale et de violence à l'égard des femmes, y compris de harcèlement sexuel, ont été adoptées. Ces modifications avaient été bloquées par le Sénat pendant huit mois dans un contexte de réticence des groupes conservateurs qui les percevaient comme une ingérence dans les affaires familiales. Le Rapporteur spécial salue cette réforme et demande instamment aux autorités de remédier sans tarder aux lacunes qui subsistent dans la loi et la pratique en matière de violence sexiste afin de défendre le droit des femmes à la santé et les droits connexes.

B. Adolescents et jeunes

76. En 2012, environ 16,6 % de la population algérienne était âgée de 10 à 19 ans²⁶. En 2016, les adolescents et les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentaient près d'un quart de la population. Compte tenu de la transition démographique observée intervenue ces dernières décennies, de la baisse de la fécondité (environ 3 enfants par femme en 2014) et de l'augmentation de l'espérance de vie, les adolescents et les jeunes constituent une part très importante de la population et offrent une chance exceptionnelle au pays de mettre à profit son avantage démographique. Ce groupe de population peut jouer un rôle décisif dans la réalisation effective des objectifs de développement durable liés à la santé.

77. L'Algérie a adhéré à la Convention relative aux droits de l'enfant en 1990. Elle a formulé des déclarations interprétatives sur certaines dispositions (art. 14, al. 1 et 2, 13, 16 et 17), qui placent les lois nationales avant le droit international et constituent des réserves. À ce jour, l'Algérie n'a pas ratifié le Protocole facultatif à la Convention établissant une procédure de présentation de communications, qui assurerait aux individus un accès effectif à la justice et aux recours si leurs droits étaient enfreints.

78. Une stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des enfants a été lancée en 2005, en coopération avec l'UNICEF. La stratégie met l'accent sur la prévention de la violence, l'intervention des acteurs concernés, la protection des enfants et la réinsertion sociale des victimes. D'après la stratégie, les agents de l'État, notamment les enseignants, les travailleurs sociaux et les éducateurs, ont l'obligation de signaler les cas présumés de violence en milieu scolaire ou au sein de la famille (voir CRC/C/DZA/3-4, par. 101 c)).

79. En 2008, le Gouvernement a adopté un plan national d'action pour la protection et le bien-être des enfants, intitulé « L'Algérie digne des enfants ». Le plan, qui s'étend sur la période 2008-2015, couvre quatre grands domaines d'intervention, à savoir : les droits de l'enfant ; la promotion d'une vie saine et d'une existence meilleure ; la qualité de l'éducation ; et la protection de l'enfant (voir CRC/C/DZA/3-4, par. 46). Le Rapporteur spécial n'a pas été en mesure de déterminer si le plan avait été révisé en 2010, comme cela était prévu, ni si ses effets avaient été évalués après 2015. Le 15 juillet 2015, l'Algérie a adopté le projet de loi n° 15-12 sur la protection des enfants.

80. Le Comité des droits de l'enfant a soulevé certains problèmes importants concernant le droit à la santé des enfants et des adolescents, mais bon nombre d'entre eux ne semblent pas avoir été encore traités comme il se doit. À titre d'exemple, les services de santé sexuelle et procréative pour adolescents restent insuffisants et l'accès à une éducation et à des informations complètes et adaptées à l'âge en matière de sexualité fait généralement défaut.

81. Le Rapporteur spécial a constaté une absence d'application effective des mesures concernant les enfants et de suivi de leurs effets, imputable à un manque de volonté politique et à l'insuffisance des ressources financières et techniques, notamment de données

²⁶ Voir UNICEF, statistiques sur l'Algérie. Disponible en anglais seulement à l'adresse www.unicef.org/infobycountry/algeria_statistics.html#123.

et d'indicateurs fiables et ventilés. À ce jour, il n'a pas été créé d'institution nationale indépendante chargée de la promotion et de la protection des droits de l'enfant.

82. Il faudrait élaborer et appliquer une politique publique intersectorielle sur les droits à la santé sexuelle et procréative centrée sur les adolescents dans le système éducatif et en dehors. Cette politique devrait prendre en considération les droits à la santé sexuelle et procréative, la sexualité du point de vue de la santé, la prévention des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida, et l'utilisation de tous les types de contraceptifs.

83. Les adolescents et les jeunes devraient être considérés comme des titulaires de droits et être pleinement associés à toutes les questions et décisions qui les concernent. Les services doivent être accueillants pour les adolescents et les jeunes, de façon à inspirer la confiance et ne pas être évités. Ceci est particulièrement important dans le contexte de la santé mentale et du bien-être affectif, en particulier pour prévenir les suicides et faire en sorte que les troubles de santé mentale soient rapidement détectés, et fondamental dans le contexte de la consommation de drogues. Les adolescents et les jeunes doivent avoir la possibilité d'exercer leur droit à la santé en fonction de leur évolution afin qu'ils soient responsables et soient pleinement capables une fois parvenus à l'âge adulte de prendre en main leur santé et leur vie.

Droit à la santé dans les écoles

84. Le Rapporteur spécial s'est rendu dans plusieurs écoles primaires et secondaires de différentes régions et salue les efforts visant à garantir l'accès aux services de santé de base dans les établissements. La santé à l'école est considérée comme un pilier central du système de santé publique et un ensemble de services préventifs, curatifs et éducatifs est assuré aux enfants et aux adolescents.

85. Le programme de promotion et de protection de la santé en milieu scolaire est réalisé depuis 2005 par les Ministères de la santé et de l'éducation nationale. Il s'inspire d'une démarche pluridisciplinaire et multisectorielle et fait intervenir les étudiants et les associations de parents. Ses principaux objectifs sont de garantir une couverture optimale par la vaccination, les examens médicaux et les campagnes éducatives et de veiller à instaurer de bonnes conditions pour ce qui est de l'hygiène, de l'alimentation et des infrastructures dans les écoles.

86. Dans le cadre de ce programme, des unités de dépistage et de suivi composées d'équipes pluridisciplinaires de médecins, de dentistes, de psychologues et d'agents paramédicaux ont été mises en place dans les écoles. Ces équipes font partie de la vie quotidienne dans les écoles et organisent leurs programmes relatifs à la santé en coordination avec les équipes éducatives.

87. En 2016, on comptait au total 1 831 unités de ce type, dont 1 343 (1 159 à temps plein et 184 à temps partiel) étaient implantées dans des écoles de tout le pays et employaient plus de 2 000 médecins, dentistes et agents paramédicaux et plus de 1 500 psychologues.

88. Le Rapporteur spécial a rendu visite à plusieurs de ces unités et salue leurs efforts. Les écoles sont un excellent cadre pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants, au moyen notamment de programmes systématiques, d'une éducation dans le domaine de la santé et d'une information factuelle, pour remédier à la discrimination systématique et à d'autres obstacles à l'exercice du droit des enfants, des adolescents et des jeunes à la santé.

89. L'Algérie a mis en place un bon modèle pour enrayer la discrimination et l'exclusion des enfants sur le plan de l'accès aux services de santé de base liés à l'exercice du droit au meilleur état de santé physique susceptible d'être atteint. Toutefois, le dépistage insuffisant des troubles affectifs et comportementaux, des retards de développement et des problèmes affectifs chez les enfants a conduit à exclure des enfants des établissements ordinaires. Le Rapporteur spécial recommande de parvenir à un meilleur équilibre afin de prendre en considération aussi bien la santé physique que la santé mentale au niveau des écoles.

90. Si la santé des adolescents et des jeunes pose des problèmes spécifiques (voir A/HRC/32/32), il est possible, en investissant dans la santé et les droits connexes de ce groupe de population, y compris l'éducation et la participation, de mobiliser un vaste potentiel humain dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en particulier dans des pays comme l'Algérie où une transition démographique est engagée²⁷.

C. Personnes vivant avec le VIH/sida

91. L'Algérie enregistre un faible taux de prévalence du VIH/sida, estimé à moins de 0,1 % de la population. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (3,7 %) et les travailleurs du sexe (4,7 %). Le taux de prévalence chez les personnes qui s'injectent des drogues s'élève à environ 2,9 %²⁸.

92. En 2015, le nombre de personnes de tous âges vivant avec le sida en Algérie était estimé à 8 800. Environ 90 % des personnes vivant avec le VIH (7 915) auraient bénéficié d'un traitement antirétroviral ; près de 500 femmes vivant avec le VIH auraient eu besoin d'un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant ; et seulement 112 femmes enceintes (quelque 25 %) auraient reçu un traitement antirétroviral en 2015²⁹.

93. D'après les données disponibles, moins de 17 % des femmes algériennes savent où s'adresser pour subir un test de dépistage au VIH ; seulement 2 % bénéficient de services de conseil et de dépistage du VIH lors des soins maternels ; et seulement 1 % des femmes enceintes ont subi un dépistage pour le VIH/sida³⁰. En ce qui concerne le niveau de connaissance des jeunes filles et des femmes (dans la tranche d'âge 15-24 ans) sur le VIH, les données révèlent un faible degré de sensibilisation et des différences très nettes entre les villes et les campagnes³¹.

94. Le cadre institutionnel en matière de traitement du VIH a été sensiblement renforcé dans les années 1990 avec la création de l'Agence nationale du sang chargée de la sécurité transfusionnelle ; l'instauration du contrôle obligatoire du don du sang et de ses dérivés sur l'ensemble du territoire national ; la création de 15 centres de consultation pour le VIH/sida ; et la mise à disposition de médicaments antirétroviraux gratuits dans ces centres³². Le Comité national chargé de combattre et de prévenir la transmission du VIH/sida et des maladies sexuellement transmissibles sert d'organe national de coordination³³.

95. Le Gouvernement a mis en place des politiques et des programmes visant à lutter contre la propagation du VIH/sida et à garantir l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida, au moyen notamment de centres de dépistage et d'une stratégie nationale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/sida pour la période 2013-2015.

96. En 2011, l'Algérie comptait 59 centres de dépistage et de conseil³⁴, et 61 centres de dépistage assurant des services gratuits et confidentiels ont ouvert dans les *wilayas* partout dans le pays. En 2012, ONUSIDA et le Ministère de la santé ont annoncé la création d'un centre de recherches consacré au VIH/sida à Tamanrasset dans le sud du pays, projet qui ne

²⁷ OMS, *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*, p. 11.

²⁸ Voir <http://aidsinfo.unaids.org/>.

²⁹ Voir <http://aidsinfo.unaids.org/>.

³⁰ UNICEF, *Rapport annuel 2014 : Algérie*, p. 18 et 19.

³¹ Voir les statistiques de l'UNICEF sur l'Algérie. Disponible sur : http://www.unicef.org/infobycountry/algeria_statistics.html.

³² Voir Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Algérie : cinquième et sixième rapports périodiques*, décembre 2014, par. 65.

³³ Voir ONUSIDA, *Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/sida*, 2014. Disponible sur www.unaids.org/sites/default/files/pays/documents/DZA_narrative_report_2015.pdf.

³⁴ Voir OMS Observatoire mondial de la santé. Disponible sur <http://apps.who.int/gho/data/node.main.625TC?lang=en>.

s'est pas encore concrétisé. Les activités de prévention ciblent en priorité les jeunes et sont réalisées au moyen de programmes sur la santé dans les écoles et les universités et de mécanismes multisectoriels, en particulier le partenariat entre ONUSIDA et l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie³⁵.

97. Le plan stratégique national 2016-2020 vise à atteindre l'objectif 90-90-90 de ONUSIDA : d'ici à 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique ; 90 % de toutes les personnes séropositives bénéficieront d'un traitement antirétroviral durable ; et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral auront une charge virale indétectable.

98. Toutefois, au cours de sa visite, le Rapporteur spécial a constaté que les populations clefs rencontraient des obstacles sérieux, sur le plan juridique et en pratique, à l'exercice du droit à la santé. Le VIH/sida demeure un tabou au sein de la société algérienne. Les personnes qui en souffrent se heurtent à différentes formes de discrimination et de stigmatisation dans l'accès aux soins de santé et aux traitements, et sont donc enclins à éviter d'utiliser les services de santé.

99. L'Algérie n'a pas de loi interdisant expressément la discrimination à l'égard des personnes séropositives. Des dispositions générales relatives à l'interdiction de la discrimination figurent notamment dans la Constitution algérienne (art. 29) et le Code de déontologie médicale (art. 7). En 2005, l'ordonnance n° 05-02 du 27 février 2005 a modifié le Code de la famille pour instaurer un examen médical pré-nuptial obligatoire dans le cadre de la procédure de mariage qui peut inclure des tests de dépistage du VIH. Bien que les résultats du test n'empêchent pas les couples de se marier, cette prescription est incompatible avec les obligations relevant du droit à la santé puisqu'elle empiète sur les droits au respect de la vie privée, à l'autonomie et au refus de traitements non consentis.

100. Le Code pénal réprime l'homosexualité et le travail du sexe (art. 338, 343 et 347), ce qui est non seulement discriminatoire, mais peut avoir des conséquences dramatiques sur la santé publique. S'il convient de saluer l'adoption de politiques et de programmes de santé ciblant les principaux groupes de population concernés, une telle démarche n'atténue pas les effets de la pénalisation, qui constitue un obstacle majeur à l'exercice du droit à la santé des personnes à risque, et les décourage de s'adresser aux services dont elles ont besoin, ce qui accroît les risques de santé pour elles-mêmes et pour la société dans son ensemble.

101. L'Algérie est un pôle de transit important pour les mouvements mixtes et irréguliers de population. Ces dernières années, le nombre de migrants dans le pays a augmenté, notamment celui des travailleurs migrants et des sans-papiers. Dans l'ensemble, les migrants, y compris ceux en situation irrégulière, ont accès à des services de soins de santé gratuits. Toutefois, on manque de données ventilées fiables pour évaluer et surveiller leur situation quant au droit à la santé. Cette situation est préoccupante dans la mesure où la mobilité est un facteur déterminant dans la propagation du VIH/sida et d'autres maladies transmissibles.

102. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour aller au-devant de ces groupes de population, par mesure de prévention mais aussi pour garantir un accès effectif aux services de santé. Le Rapporteur spécial recommande vivement au Gouvernement de dépénaliser l'homosexualité et le travail du sexe, et de réaliser des campagnes de sensibilisation pour lutter contre la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier dans les services de soins de santé. En outre, des modules éducatifs factuels et adaptés à l'âge sur la transmission et la prévention du VIH/sida devraient être inclus dans les programmes scolaires.

103. Les objectifs de développement durable visent à éliminer le VIH/sida d'ici à 2030. L'Algérie a accompli des progrès tels dans ce domaine qu'elle pourrait atteindre cet objectif et se poser en chef de file pour orienter les efforts déployés dans la région. Toutefois, cela ne peut se faire sans les changements sociétaux et normatifs nécessaires pour parvenir à l'objectif « zéro discrimination », en particulier dans les services de soins de santé.

³⁵ Voir Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Algérie : cinquième et sixième rapports périodiques*, décembre 2014, par. 63.

D. Consommateurs de drogues

104. Par son emplacement géographique situé entre deux zones sensibles de production et de consommation de cannabis, l'Algérie continue d'être considérée comme une plaque tournante pour le trafic de la drogue³⁶. Alors que la toxicomanie est un problème de santé publique depuis des décennies dans de nombreux pays, les sources officielles indiquent que le phénomène de la consommation de drogues et de la toxicomanie n'est arrivé qu'assez récemment en Algérie³⁷. À l'heure actuelle, la production et la consommation intérieures sont toutes les deux en augmentation et les drogues sont plus facilement accessibles dans tous les pans de la société.

105. L'usage de drogues était, jusqu'à une date récente, un sujet tabou dans la société algérienne et beaucoup de progrès ont été faits dans l'examen de la question au cours des dernières décennies. Une enquête épidémiologique nationale datant de 2010 a révélé que les drogues les plus fréquemment consommées en Algérie étaient le cannabis et les substances psychotropes. On estime à environ 300 000 le nombre de personnes âgées de 12 ans et plus qui consomment des substances psychoactives, soit 1,15 % de la population, avec une nette prédominance chez les individus âgés de 20 à 39 ans³⁸. On ne dispose pas de renseignements sur la situation des utilisateurs de substances administrées par injection en Algérie et il n'existe pas en général de services de réduction des risques.

106. Peu de temps après son indépendance, l'Algérie a adhéré à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et a ratifié celle-ci (par le décret n° 63-343 du 11 septembre 1963), et a ratifié par la suite la Convention sur les substances psychotropes de 1971 (par le décret n° 77-177 du 7 décembre 1977) et la Convention de 1988 contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes (par le décret n° 95-41 du 28 février 1995). Toutefois, quelques années se sont écoulées avant que le pays n'adopte une législation sur l'usage de drogues. L'ordonnance n° 75-9 du 17 février 1975 sur les peines relatives au trafic et à l'usage illicite de substances toxiques et de stupéfiants a seulement prévu des peines pour les délits liés à la drogue.

107. La loi sur la santé dispose qu'à l'avenir, la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, le transfert, l'acquisition ou l'emploi de substances toxiques ou plantes vénéneuses stupéfiantes ou non stupéfiantes, ainsi que la culture de ces plantes, feront l'objet d'une réglementation (art. 190) ; cette loi contient également des dispositions pénales concernant des infractions liées à la drogue (art. 242 à 259).

108. La loi n° 04-18 du 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes est considérée comme le texte de loi le plus important concernant les drogues en Algérie. Elle établit une distinction entre les victimes et les délinquants, et prévoit la possibilité de renoncer à une procédure judiciaire contre ceux qui acceptent de suivre un traitement médical ou une réadaptation (art. 6 à 12). D'après ce texte, les toxicomanes peuvent éviter les poursuites pénales, s'ils acceptent, sur ordonnance du juge, de suivre un traitement curatif et une cure de désintoxication au sein d'établissements spécialisés, sous surveillance médicale.

109. Le Rapporteur spécial prend acte des efforts déployés pour lutter contre la consommation de drogues grâce à des mesures non privatives de liberté. Il considère cependant qu'accorder compétence aux instances pénales sur un sujet de santé publique pour émettre des « ordonnances de traitement et de test » comme mesure de substitution à l'emprisonnement peut être considéré comme une forme de traitement sous la contrainte, qui ne garantit pas nécessairement la protection des droits des usagers de drogues et n'est pas une mesure de santé publique efficace.

³⁶ Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, *Algérie – Situation et politique en matière de drogues*, 2014, p. 9. Disponible sur <https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Images/country%20profiles%20flags/profiles/CP%20Algeria%20French%20V3.pdf>.

³⁷ Voir, par exemple, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, *Programme de lutte contre la toxicomanie*, Algérie, p. 1. Disponible sur www.mindbank.info/item/5323.

³⁸ Ministère de la justice, *Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la drogue en Algérie*, Algérie, septembre 2010, p. 13. Disponible sur www.platforme-elsa.org/files/Enquete_Nationale_Algerie_UD_2010.pdf.

110. La consommation de drogues n'est pas toujours synonyme de toxicomanie et certains usagers n'ont pas besoin d'un traitement en désintoxication ou en réadaptation. Des mesures appropriées devraient être adoptées pour garantir la promotion et la protection du droit des utilisateurs de drogues d'avoir accès à une information factuelle sur l'utilisation des drogues et la toxicomanie. Des services de santé appropriés devraient être mis en place dans le respect du principe du consentement éclairé et du droit de refuser un traitement, aspect fondamental de la dignité et de l'autonomie des personnes concernées. L'usage de drogues ne devrait pas constituer une infraction pénale et des mesures réparatrices devraient être introduites pour agir face à ces comportements en dehors du système de justice pénale, particulièrement en ce qui concerne les adolescents et les jeunes.

111. Au fil des ans, un certain nombre d'institutions ont été créées afin de lutter contre la consommation de drogues et de la toxicomanie en Algérie. Depuis 2002, le Bureau national de lutte contre la consommation de drogues et la toxicomanie est le principal organisme chargé de ces questions.

112. Il existe actuellement deux centres de prévention et de soins aux toxicomanes à Blida (depuis 1996) et à Sidi Chami (*wilaya* d'Oran) (depuis 1997). Trois autres centres intermédiaires de soins pour les toxicomanes sont en activité à Annaba, Sétif et Bab El Oued (*wilaya* d'Alger). Le Plan d'action national 2007-2009 sur l'usage de drogues et la toxicomanie est à l'origine de 15 centres de traitement de la toxicomanie et de 53 centres intermédiaires dans l'ensemble du pays. Chaque *wilaya* est censée disposer d'au moins un centre intermédiaire (voir CRC/C/DZA/3-4, par. 179 et 180). En 2013, il a été signalé que 25 centres intermédiaires avaient vu le jour et étaient opérationnels. La même année, les centres de traitement et les centres intermédiaires ont comptabilisé 14 936 consultations et 1 477 hospitalisations, dont 96 pour des traitements ordonnés par un tribunal³⁹.

113. Le Rapporteur spécial s'est rendu dans les centres de traitement d'Oran et de Blida, qui proposent des programmes et des services spécifiques aux usagers de drogues, et où il a eu l'occasion de s'entretenir avec des prestataires de soins de santé et des utilisateurs de ces services. Si les structures et les programmes en place semblent avoir de bonnes méthodes, ils devraient être complétés de services appropriés de réduction des risques au niveau local et par des campagnes et des programmes d'éducation et d'information destinés en priorité aux adolescents et aux jeunes.

114. La santé et ses secteurs connexes et les autorités sanitaires, y compris les Ministères de l'éducation et de la jeunesse, devraient s'employer plus activement à promouvoir des services de prévention participatifs et fondés sur des données factuelles ainsi que l'accès des consommateurs de drogues aux traitements. Le Gouvernement algérien devrait veiller à ce que son cadre normatif n'incrimine ni la consommation de drogues ni les actes liés avec la drogue constituant une infraction mineure, et continuer de promouvoir des mesures de santé publique non punitives et non privatives de liberté qui garantissent le respect de la dignité et de l'autonomie des personnes concernées.

IV. Cadre stratégique pour la santé mentale

115. Les maladies mentales représentent 6 % des causes de handicap en Algérie. Pour l'ensemble de la population, l'incidence des maladies mentales est estimée à 0,5 % pour les deux sexes (voir E/C.12/DZA/4, par. 296)⁴⁰. Une étude épidémiologique menée par le Ministère de la santé en 2004 a montré que les maladies mentales chroniques ont été diagnostiquées chez 0,7 à 1,9 % des individus de différents groupes d'âge. Les personnes de moins de 40 ans et les femmes sont particulièrement touchées⁴¹.

³⁹ Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, *Algérie – Situation et politique en matière de drogues*, 2014, p. 28.

⁴⁰ Voir aussi Projet panarabe sur la santé de la famille, *Enquête algérienne sur la santé de la famille*, 2002, p. 39, disponible à l'adresse <http://www.sante.gov.dz/images/population/RAPPORT%20FINAL%20PAPFAM.pdf>.

⁴¹ OMS, *Mental Health Atlas*, 2005, p. 54, disponible à l'adresse www.who.int/mental/health/evidence/atlas/profiles/countries/a_b.pdf?ua=1.

116. En 2011, les dépenses publiques consacrées à la santé mentale se sont élevées à 7,3 % du budget total de la santé, dont 81,44 % ont été alloués aux dépenses liées à l'hospitalisation. L'Algérie a un besoin urgent de personnel qualifié dans le secteur de la santé mentale. Depuis plusieurs années déjà, différents programmes ont été mis sur pied pour renforcer la formation des professionnels de la santé mentale (psychiatres, infirmiers, psychologues) et accroître le nombre de postes dans le secteur de la santé mentale⁴².

117. Les violences commises dans le pays au cours des années 1990 (connues sous le nom de « Décennie noire »), y compris la violence sexuelle, ont eu des effets préjudiciables sur l'exercice du droit à la santé physique et mentale de la population. D'après les estimations, jusqu'à 92 % de la population algérienne a été témoin d'actes de violence au cours de cette période, ce qui a eu des conséquences néfastes pour la santé mentale. Plusieurs organes conventionnels ont noté avec préoccupation que les pouvoirs publics n'étaient pas parvenus à assurer un soutien psychologique approprié aux victimes de violence, notamment à celles qui avaient subi des violences sexuelles pendant les années 1990 (voir CAT/C/DZA/CO/3 et E/C.12/DZA/CO/4).

118. La loi n° 98-09 de 1998 constitue le texte le plus récent en matière de santé mentale. La loi sur la santé (art. 103 à 149) contient également des dispositions concernant la santé mentale. Dans le cadre de la révision de cette loi, il est prévu d'en renforcer sensiblement la partie sur la santé mentale de façon à améliorer la prévention des maladies mentales et à garantir les droits des patients⁴³. L'Algérie a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées en 2009 et a soumis son rapport initial au comité compétent en 2015.

119. La version actualisée de la politique relative à la santé mentale 2016-2020 couvre la prévention, le traitement et la réadaptation selon une démarche intersectorielle et fondée sur le parcours de vie, conformément au Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS⁴⁴. Les précédentes politiques de santé mentale auraient rencontré des problèmes lors de leur mise en œuvre⁴⁵.

120. Le Programme national sur la santé mentale 2010-2013 a analysé la prestation de soins de santé mentale en mettant l'accent sur les soins de santé primaires décentralisés, une approche communautaire et un meilleur accès aux médicaments ; la mise à jour de la législation relative à la santé mentale ; la mise au point de programmes de prévention des troubles mentaux ; des programmes de réadaptation sociale et psychologique pour les victimes de violences ; et des campagnes d'information visant à éduquer les professionnels et le grand public ainsi que les communautés et les familles (voir E/C.12/DZA/4, par. 297). Ses objectifs étaient notamment de renforcer les soins préventifs et curatifs par l'inclusion du secteur privé (160 cabinets psychiatriques privés) et de promouvoir les partenariats et la coopération avec les autres secteurs concernés (voir CEDAW/C/DZA/3-4, p. 88 et 89).

121. Les autorités algériennes ont souligné leur engagement de maintenir les dépenses publiques consacrées à la santé mentale afin de garantir l'accès à des services gratuits sans discrimination. Les premières dispositions prises pour mettre sur pied des services généraux de santé mentale pour les enfants et les adultes méritent d'être saluées ; toutefois, ces initiatives ne sont encore que des projets pilotes et doivent être développées et généralisées davantage. Le fait que des psychologues exercent dans les secteurs de la santé et de l'éducation, et que des psychiatres travaillent à proximité des centres de santé, est un signe encourageant, mais cela ne suffit pas pour disposer de politiques et de services de santé mentale modernes et fondés sur les droits de l'homme.

122. Le secteur de la santé mentale algérien est excessivement tributaire des hôpitaux psychiatriques et des hospitalisations. Au lieu de construire de nouvelles cliniques psychiatriques, chaque hôpital général devrait disposer d'une unité d'internement psychiatrique pour rendre les soins de santé mentale accessibles à tous et éviter la stigmatisation. Bien que l'offre de services de santé mentale dans les centres de soins de

⁴² Voir OMS, *Mental Health Atlas*, 2011, Algérie, disponible à l'adresse www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/dza_mh_profile.pdf.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Voir http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.

⁴⁵ OMS, *Mental Health Atlas*, 2005, p. 54.

santé primaires se soit accrue au cours des dernières années, avec la création de 129 centres fournissant de tels services, des mesures supplémentaires devraient être prises pour renforcer les services ambulatoires et diminuer le recours aux soins hospitaliers. Il faudrait que les services de santé mentale évoluent et que l'État investisse au niveau de la population, dans le cadre d'initiatives fondées sur les droits de l'homme et les principes modernes en matière de politiques de santé mentale, et reposant sur la qualité de service et l'autonomisation des patients.

123. En outre, l'Algérie devrait engager une démarche pour l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ce qui suppose, en premier lieu, de s'écarter d'un modèle de soins dans lequel une importance excessive est accordée au diagnostic médical et d'abandonner des pratiques dépassées qui conduisent à porter atteinte aux droits des personnes au titre du diagnostic, du traitement et de la nécessité médicale, ainsi qu'à la stigmatisation et à la discrimination.

124. À titre d'exemple, les enfants souffrant d'un retard de développement léger ou grave, après évaluation par un médecin ou un psychologue, sont orientés vers des centres de soins relevant de l'autorité du Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme. Le fait que l'éducation de ces enfants ne soit pas du ressort du Ministère de l'éducation nationale pourrait être considéré comme une violation de leur droit à l'éducation. Tous les enfants, y compris les enfants handicapés, devraient être inscrits dans le système scolaire ordinaire et des plans individuels d'éducation devraient être élaborés pour correspondre au niveau de développement de chaque enfant.

V. Conclusions et recommandations

125. Des progrès importants ont été accomplis au cours des dernières décennies en Algérie en matière d'exercice du droit à la santé et il existe de bonnes possibilités de réalisation progressive de ce droit. Les autorités doivent cependant accentuer leurs efforts pour remédier à certains problèmes normatifs, structurels et systémiques pour faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte.

126. Le droit à la santé devrait être promu et protégé par l'accès à des services, des fournitures et des installations de santé qui soient accessibles, abordables, appropriés et de qualité. Le droit à la santé ne peut être réalisé pleinement que par la jouissance des déterminants fondamentaux et sociaux de la santé, ce qui nécessite de concevoir et d'appliquer des politiques et des programmes intersectoriels qui soient axés non seulement sur les interventions biomédicales vitales, mais aussi sur des facteurs plus généraux d'ordre socioéconomique, culturel et environnemental.

127. Les politiques et les programmes de santé devraient s'inspirer d'une démarche fondée sur les droits de l'homme qui accorde une place importante aux principes d'égalité et de non-discrimination, de transparence, de participation et de responsabilité. On gagnerait à aborder les questions relatives au droit à la santé par des politiques intersectorielles utilisant des approches horizontales susceptibles de promouvoir une utilisation efficace des soins de santé primaires et d'intégrer les efforts concertés de tous les acteurs.

128. Le Rapporteur spécial recommande au Gouvernement algérien :

a) D'étudier la possibilité de retirer toutes ses déclarations et réserves à des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ; de ratifier les protocoles facultatifs relatifs aux procédures d'examen de plaintes émanant de particuliers ; d'adresser une invitation permanente aux titulaires de mandat au titre des procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme ;

b) De renforcer le système de soins de santé et de garantir un financement suffisant, équitable et durable en maintenant ou en accroissant les crédits budgétaires nationaux alloués à la santé ; et de continuer d'améliorer l'accès aux structures de santé et les moyens de ces structures dans les régions reculées, en mettant l'accent en particulier sur les soins de santé primaires et le rôle des médecins généralistes ;

c) De faire en sorte qu'un système robuste d'information sanitaire soit en place afin de produire des données et des statistiques nationales de qualité pour analyser les lacunes et concevoir, appliquer, réviser et évaluer les politiques ;

d) D'investir l'évaluation par les autorités nationales des politiques et programmes de santé ; et de mettre en place des mécanismes indépendants pour suivre le fonctionnement du système de santé ;

e) De lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, notamment en lançant un système d'audit des décès maternels et un guide de référence sur les soins obstétricaux, et en se reportant au guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour réduire et éliminer la mortalité et la morbidité évitables des mères et des enfants de moins de 5 ans (A/HRC/21/22 et A/HRC/27/31) ;

f) De respecter, de protéger et de réaliser le droit à la santé des femmes et des filles en supprimant les obstacles à leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative ; de dépénaliser l'avortement et de garantir l'accès aux services d'avortement ; et d'assurer dans les établissements d'enseignement secondaire une information et des biens et des services de santé sexuelle et procréative, en particulier une éducation générale, adaptée à l'âge et inclusive ;

g) D'assurer une protection complète aux femmes contre toute forme de violence en s'attaquant sans délai aux lacunes qui subsistent dans la législation et dans la pratique, afin de garantir l'égalité de fait et de protéger leur droit à la santé et leurs droits connexes ;

h) De protéger les enfants, les adolescents et les jeunes contre toute forme de violence et de promouvoir leur santé, leur bien-être et leur autonomie en créant des cadres et des services propices, et en leur garantissant une participation effective à toutes les décisions les concernant, en particulier pour ce qui est de la santé mentale, des droits en matière de santé sexuelle et procréative, et de la consommation de drogues et d'autres substances ;

i) De créer une institution nationale indépendante pour la promotion et la protection des droits des enfants disposant du mandat et des ressources nécessaires pour pouvoir exercer son rôle en consultation avec les acteurs principaux ;

j) De supprimer les dispositions légales incriminant et stigmatisant les personnes vivant avec le VIH/sida, y compris certaines dispositions du Code pénal, et de supprimer l'obligation de produire un certificat médical prénuptial ;

k) De garantir la non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida dans le secteur de la santé en veillant à ce que les services, les produits et l'information sanitaires soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité pour tous les groupes de population clefs et à ce que le personnel de santé soit formé et équipé comme il convient ;

l) De promouvoir des politiques et des programmes non répressifs en matière de consommation de drogues, en dehors du système de justice pénale, et d'élargir les services pilotes conçus à l'intention des consommateurs de drogues, à partir d'éléments avérés scientifiquement et dans le plein respect de leur dignité et de leurs droits ;

m) De suivre les orientations du Comité des droits des personnes handicapées eu égard aux enfants et aux adultes souffrant d'un handicap psychosocial ou intellectuel ;

n) D'adopter des politiques et des services de santé mentale modernes en vue de leur intégration dans le système de santé général et des services de soutien au sein de la population, et de garantir l'accès aux médicaments psychotropes ainsi qu'aux interventions psychosociales pour les enfants et les adultes qui le nécessitent ;

o) De lancer une réforme globale progressive du système de soins de santé mentale pour optimiser les investissements et s'éloigner d'un recours excessif aux hôpitaux et aux hospitalisations au profit de services privilégiant la prise en charge au sein de la population fondés sur les principes de non-discrimination, de participation et de respect de la dignité et des droits des usagers de ces services.