



Assemblée générale

Distr. générale
29 juin 2018
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-neuvième session

10-28 septembre 2018

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Suivi de la mise en pratique du guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables

Note du Secrétariat

Résumé

Le présent rapport donne un aperçu des initiatives tendant à mettre en pratique le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Il contient en outre des observations sur l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme aux activités visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables dans les situations de crise humanitaire.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Activités de diffusion et de promotion	3
III. Utilisation du guide technique.....	4
A. Processus multiparties prenantes au niveau national	4
B. Législation, planification et budgétisation	5
C. Formation et renforcement des capacités.....	6
D. Suivi, examen, contrôle et recours.....	6
IV. Difficultés rencontrées dans l'application du guide technique	7
V. Application d'une approche fondée sur les droits de l'homme aux situations de crise humanitaire	8
A. Généralités	8
B. Éléments clefs	12
VI. Recommandations	18

I. Introduction

1. En septembre 2012, le Conseil des droits de l'homme a adopté sa résolution 21/6, dans laquelle il a accueilli avec satisfaction le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Deux rapports de suivi ont été établis, l'un (A/HRC/27/20) en 2014, et l'autre (A/HRC/33/24) en 2016. En septembre 2016, dans sa résolution 33/18, le Conseil a prié le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) d'établir un rapport sur les bonnes pratiques et les difficultés relatives à l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables, y compris au moyen de l'utilisation du guide technique. Le présent rapport fait suite à cette demande.
2. À la demande du Conseil, le HCDH a organisé une table ronde en mars 2017, pendant la trente-quatrième session du Conseil des droits de l'homme, à l'occasion de laquelle des initiatives encourageantes tendant à combattre la mortalité et la morbidité maternelles selon une approche tenant compte des droits de l'homme ont été citées. Les participants ont souligné la nécessité de renforcer la responsabilisation s'agissant de la réalisation des droits de l'homme liés à la santé maternelle et, plus généralement, à la santé sexuelle et procréative.
3. Établi sur la base des communications reçues de parties prenantes très diverses¹, le présent rapport recense les initiatives, les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées dans l'application du guide technique et, plus généralement, dans la mise en œuvre d'une approche fondée sur les droits de l'homme.
4. La deuxième partie du présent rapport est consacrée à l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme aux activités visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables dans les situations de crise humanitaire, question qui n'est pas traitée dans le guide technique. La majorité des décès maternels évitables se produisant dans le contexte des conflits, des catastrophes naturelles et des déplacements de population, il semblait nécessaire d'examiner plus avant ce qu'une approche fondée sur les droits pouvait apporter à l'action humanitaire. Le présent rapport constitue un premier pas dans cette direction.

II. Activités de diffusion et de promotion

5. Les activités menées depuis 2016 afin de diffuser le guide technique se sont poursuivies. Dans le monde entier, le guide a été cité dans nombre de publications, rapports et documents et il a été largement diffusé par les parties prenantes, qui en ont encouragé l'application². L'International Planned Parenthood Federation et la Swedish Association for Sexuality Education ont utilisé leurs réseaux mondiaux pour le faire connaître, demander des renseignements sur son application et promouvoir sa mise en œuvre³.

¹ On trouvera la liste complète des communications à l'adresse :

<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/FollowUpReport2018.aspx>.

² Voir Groupe indépendant sur la responsabilisation, *Old Challenges, New Hopes, Accountability for the Global Strategy for Women's and Children's and Adolescents' Health* (2016), p. 9 ; Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Monitoring human rights in contraceptive services and programmes* (Genève, 2017) ; B. Mason Meier et L. O. Gosti (dir. publ.), *Human Rights in Global Health* (Oxford University Press, 2018) ; E. A. Friedman, "An Independent Review and Accountability Mechanism for the Sustainable Development Goals: The Possibilities of a Framework Convention on Global Health", *Health and Human Rights Journal* (juin 2016), p. 129 à 140 ; P. Hunt, "Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health", *Health and Human Rights Journal* (décembre 2016), p. 109 à 130.

³ Voir aussi les communications du bureau du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) en Ouganda et de Roda.

6. Le HCDH a continué de s'employer à faire connaître le guide technique en organisant des séances d'information et des ateliers et en concluant des accords bilatéraux avec des États et d'autres parties prenantes aux plans national, régional et international.

7. Le guide technique a été un élément clef des activités de plaidoyer menées par le HCDH dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment de sa campagne de promotion lancée pendant le Forum politique de haut niveau. En outre, le guide a été utilisé pour définir les mesures que le HCDH devait prendre afin de remplir ses engagements et en rendre compte au Sommet mondial sur l'action humanitaire. Dans leurs observations finales, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits de l'enfant ont continué d'inviter les États parties à appliquer le guide technique.

8. Afin de rendre le guide technique plus accessible à certains groupes de parties prenantes, le HCDH – en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de l'Université Harvard – a élaboré un guide pratique à l'intention des magistrats concernant les aspects essentiels de l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la santé sexuelle, procréative et maternelle et à la santé des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans⁴. Ce document vient compléter les guides de réflexion mentionnés dans les rapports précédents, dont ceux destinés aux décideurs du secteur de la santé, des institutions nationales des droits de l'homme et des professionnels de la santé.

9. Le HCDH a collaboré étroitement avec d'autres organismes des Nations Unies en vue d'incorporer le guide technique dans les programmes de l'ONU de plus grande envergure, dont la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, notamment en convoquant le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents créé par l'OMS et le HCDH. Dans son rapport⁵, qui a été présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil des droits de l'homme en mai et en juin 2017, respectivement, le Groupe de travail a proposé une approche globale et intégrée, affirmant que la santé des femmes, des enfants et des adolescents ne pourrait être améliorée que si les droits de l'homme étaient respectés et si les dirigeants avaient une forte volonté politique et jouaient un rôle moteur dans ce domaine. Comme suite aux travaux du Groupe de travail, l'OMS et le HCDH ont conclu un accord en matière de coopération. Ils élaborent actuellement un programme de travail conjoint visant à appuyer la poursuite de l'application des recommandations, qui comportera des mesures tendant à promouvoir plus avant la mise en œuvre du guide technique.

III. Utilisation du guide technique

A. Processus multiparties prenantes au niveau national

10. Le guide technique encourage l'organisation de processus multiparties prenantes consacrés à l'examen des mesures en faveur des droits de l'homme liés à la santé sexuelle et procréative, et à la définition des priorités dans ce domaine. Depuis l'adoption du guide technique, le HCDH s'est employé à organiser de tels processus en collaboration avec ses partenaires.

11. Par exemple, au Malawi, à la suite du dialogue multiparties prenantes organisé en 2015 sur l'évaluation de la situation des droits de l'homme et les enquêtes nationales, des mesures ont été prises pour appliquer le plan d'action adopté à l'issue de ce processus. Ces

⁴ Voir www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/JudiciaryGuide.pdf.

⁵ Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/>.

mesures consistaient notamment à : suivre la mise en œuvre des recommandations ; promouvoir le principe de responsabilisation en organisant des réunions de sensibilisation dans dix districts ; offrir des formations destinées à renforcer les capacités des prestataires de services ; et signaler en temps réel les signes avant-coureurs de violations des droits liés à la santé sexuelle et procréative. Ces processus ont contribué à soutenir des projets de réforme législative visant notamment à relever l'âge du mariage à 18 ans et à modifier la politique nationale en matière de santé sexuelle et procréative en introduisant une augmentation des crédits budgétaires destinés à la contraception et en prévoyant une stratégie pour des initiatives renforcées en matière de santé sexuelle et procréative, gérées par les collectivités locales ou par les jeunes. Ces activités, qui ont été soutenues par le FNUAP, ont été coordonnées par une équipe spéciale nationale mise sur pied par la Commission malawienne des droits de l'homme et composée de représentants d'organisations de la société civile et d'institutions publiques.

12. À la suite de la consultation multipartites prenantes organisée en 2014 en Ouganda, le HCDH a continué de collaborer étroitement avec le Ministère de la santé, le FNUAP, l'OMS, la Commission nationale ougandaise des droits de l'homme et la société civile ougandaise aux fins de la mise en œuvre du guide technique. Il a notamment apporté son appui au Ministère de la santé pendant la conception et l'élaboration de sa stratégie multisectorielle sur l'application d'une approche fondée sur les droits aux activités visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables, qui était en voie d'achèvement. La stratégie reposait sur un rapport de synthèse publié en 2017, dans lequel les programmes et initiatives multisectoriels en place étaient examinés sous l'angle des droits de l'homme et certains problèmes systémiques étaient mis en évidence, parmi lesquels le manque de coordination et l'insuffisance des ressources humaines dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence, l'insuffisance des fonds alloués à l'achat de matériel et d'instruments médicaux et de médicaments et les failles dans la gestion de l'information au niveau des districts. La stratégie visait à remédier à ces problèmes selon une démarche axée sur les droits de l'homme.

13. Des initiatives multipartites prenantes visant à appliquer une approche fondée sur les droits dans le domaine de la santé sexuelle et procréative ont été mises en avant par les États et les organisations de la société civile dans leurs communications. Par exemple, la Croatie a indiqué que des activités conjointes avaient été menées dans tous les secteurs en vue d'élaborer des cadres réglementaires, et que des organisations non gouvernementales avaient participé à des travaux tendant à promouvoir des soins de santé sexuelle et procréative respectueux de la personne. Human Rights in Childbirth a organisé des réunions et des conférences multipartites prenantes dans le monde entier afin de débattre de la question des obstacles à l'accès aux soins d'urgence et de la qualité des soins dans les structures accueillant des parturientes.

B. Législation, planification et budgétisation

14. Dans leurs communications, le FNUAP et plusieurs États ont décrit la façon dont l'approche fondée sur les droits de l'homme avait été incorporée dans des initiatives législatives relatives à la question de la mortalité et la morbidité maternelles⁶. Dans sa communication, la République démocratique du Congo a montré de quelle façon elle avait utilisé le guide technique pour élaborer son projet de loi sur la couverture sanitaire universelle.

15. L'équipe de pays des Nations Unies au Malawi a soutenu des campagnes visant à sensibiliser le public à l'ampleur de la pratique des avortements non médicalisés et à ses conséquences afin d'appuyer l'adoption du projet de loi sur l'interruption de grossesse, qui visait à élargir l'éventail des situations dans lesquelles l'avortement pourrait être autorisé et qui était en cours d'examen par les autorités compétentes.

⁶ Voir également les communications de Cuba, du Liban, de la Mauritanie et du Mexique.

16. Un certain nombre d'États ont décrit dans leurs communications la façon dont ils avaient incorporé des éléments du guide technique dans leur stratégie nationale⁷. En Ouganda, divers gouvernements de district locaux s'étaient engagés à donner la priorité aux crédits destinés aux programmes de santé maternelle. Des organisations de la société civile ont signalé que les groupes les plus marginalisés de la population avaient été pris en considération et avaient été invités à participer à la planification et à la budgétisation⁸.

C. Formation et renforcement des capacités

17. Nombre de programmes et de projets de renforcement des capacités ont été exécutés conformément au guide technique et aux principes relatifs aux droits de l'homme. Certaines parties prenantes, dont la Suède et la Turquie, ont fait état d'initiatives dans le domaine de la santé spécialement conçues à l'intention des femmes en difficulté socioéconomique⁹. L'International Planned Parenthood Federation a indiqué qu'elle avait mis en place des programmes et des services en faveur des femmes et des filles pauvres et que son approche programmatique consistait à associer de jeunes bénévoles à son action, ce qui permettait à ces derniers de tendre une main secourable à un nombre croissant de jeunes.

18. Le renforcement des capacités des parties prenantes clefs a été un autre volet important de la promotion d'une approche fondée sur les droits. Le bureau du HCDH en Ouganda a organisé trois sessions de formation à l'application du guide technique, qui ont eu lieu dans les districts et auxquelles des professionnels de la santé et d'autres personnels spécialisés ont participé. En outre, en 2016, le HCDH a renforcé les capacités de 25 organisations de la société civile afin qu'elles soient à même de surveiller, d'enquêter, de recueillir des éléments de preuve et de signaler les allégations de violation des droits liés à la santé sexuelle et procréative, le but étant d'étayer les activités de sensibilisation et les procédures judiciaires stratégiques. Ces organisations ont ensuite mené des recherches sur la situation dans le domaine de la santé maternelle dans leurs régions respectives et leurs principales conclusions ont été diffusées en 2017 dans le cadre d'un atelier régional organisé à l'intention des fonctionnaires des administrations locales.

19. Dans leurs communications, la République démocratique du Congo, le Mexique, le Portugal, le Sénégal, la Turquie, le bureau du FNUAP au Burundi, Marie Stopes International, l'International Planned Parenthood Federation et Women Enabled International ont communiqué des renseignements sur les activités de renforcement des capacités et/ou de sensibilisation des professionnels de la santé qui ont été menées, notamment sur l'application de l'approche fondée sur les droits de l'homme à la santé maternelle et sur le respect des droits en matière de santé sexuelle et procréative de toutes les femmes, y compris les femmes handicapées.

D. Suivi, examen, contrôle et recours

20. Des parties prenantes ont rendu compte dans leurs communications des mesures prises pour mettre en place des procédures de suivi et d'examen et offrir des voies de recours conformément au guide technique. La Croatie, la Géorgie, le Honduras, Malte, la Mauritanie, le Mexique, la Slovénie et la Tchéquie ont dit avoir mis en place des mécanismes de suivi et de responsabilisation, dont des systèmes de collecte de données sur la santé maternelle tenant compte des spécificités liées au genre, des études sur les données obtenues par enquête, des registres nationaux sur la santé procréative et des mécanismes de détection et d'analyse des décès maternels et des lésions chez les parturientes. Dans sa communication, Cuba a indiqué que des réunions techniques étaient régulièrement organisées pour examiner les cas d'accouchement ayant donné lieu à complications, ce afin

⁷ Voir les communications de l'Albanie, d'El Salvador, de l'Iraq, de la Mauritanie, de Maurice et d'Oman.

⁸ Voir les communications de Marie Stopes International, de la Swedish Association for Sexuality Education et de Women Enabled International.

⁹ Voir également les communications de la Géorgie, de la Sociedad Intercontinental de Derechos Humanos et de la Swedish Association for Sexuality Education.

de déterminer à quel stade les soins avaient été insuffisants, quelle formation devait être dispensée au personnel et quelles mesures organisationnelles et disciplinaires il convenait de prendre dans les cas où il y avait eu violation des droits. Maurice a dit s'être dotée d'un système informatisé de collecte de données sur la santé qui était pleinement opérationnel, assurait une couverture à 100 % en ce qui concerne l'enregistrement des actes d'état civil et permettait de recueillir quotidiennement et systématiquement des données ventilées sur la santé sexuelle et procréative. Dans sa communication, Marie Stopes International a indiqué qu'elle avait adopté une approche participative pour recueillir des données quantitatives et qualitatives sur ses programmes, et que le but était de recenser et de combler les lacunes, notamment grâce aux retours réguliers d'information et à la teneur des entretiens de sortie avec les clients, dont les remarques étaient prises en considération dans des évaluations mensuelles.

21. En ce qui concerne les mécanismes relatifs aux droits de l'homme, le bureau du HCDH en Ouganda avait aidé la Commission ougandaise des droits de l'homme à mettre en place une base de données publique afin de suivre l'application des recommandations et de faciliter la soumission en temps voulu des rapports destinés aux mécanismes internationaux, régionaux et nationaux des droits de l'homme. La base de données comportait des informations sur des questions liées à la santé sexuelle et procréative et aux droits pertinents et avait été mise en service par six ministères, départements et organismes pilotes à la suite de formations dispensées à cette fin au cours de la période 2016–2017. L'organisation Human Rights in Childbirth a signalé qu'elle aidait les acteurs de la société civile à rédiger des lettres de soutien et à établir des rapports parallèles destinés aux mécanismes internationaux et régionaux des droits de l'homme.

22. En 2017, le bureau du Center for Reproductive Rights au Kenya a rendu public un rapport sur des cas de femmes enceintes qui avaient été détenues et maltraitées après avoir demandé à bénéficier de services de santé maternelle. Ces affaires avaient fait l'objet d'une décision rendue en 2015 par la Haute Cour du Kenya, qui avait considéré que les droits fondamentaux des intéressées avaient été violés¹⁰. Par la suite, en 2018, le Center for Reproductive Rights a prêté assistance à une femme ayant saisi la justice pour dénoncer les violences verbales et physiques que lui avaient infligées le personnel hospitalier, qui l'avait délibérément laissée accoucher à même le sol. En l'espèce, la Haute Cour a conclu que les droits à la santé et à la dignité de l'intéressée avaient été violés.

IV. Difficultés rencontrées dans l'application du guide technique

23. Les nombreux exemples concrets de bonnes pratiques cités précédemment montrent que, en six ans, des progrès considérables ont été accomplis en vue de faire connaître le guide technique et d'en assurer l'application, mais que des difficultés subsistent. Les acteurs familiarisés avec le guide sont certes de plus en plus nombreux, mais il est évident que les efforts doivent se poursuivre pour diffuser et faire largement connaître ce document ainsi que, plus généralement, les approches fondées sur les droits.

24. Nombre de parties prenantes ont décrit les problèmes posés par la stigmatisation, les préjugés, les barrières socioculturelles ou les pratiques discriminatoires et les violences liés à la sexualité des femmes et aux soins de santé procréative, y compris de la part des professionnels de la santé. Les incidences particulières de ces comportements sur les femmes et les filles vulnérables et marginalisées ont également été soulignées.

25. La pénurie de ressources humaines et financières et d'infrastructures a continué d'entraver la pleine application du guide, raison pour laquelle les organisations de la société civile ont souvent été priées d'apporter leur aide. Dans leurs communications, la République démocratique du Congo, la Mauritanie, le Sénégal et le bureau du FNUAP au Burundi ont dit rencontrer des difficultés à réunir des fonds pour promouvoir la santé maternelle et/ou garantir l'accès des femmes vivant dans les zones reculées ou touchées par la pauvreté aux services de santé maternelle. La Commission nigériane des droits de

¹⁰ Center for Reproductive Rights, "Detention and Abuse of Women Seeking Maternal Health Services: Fundamental Rights Violation" (Nairobi, 2017).

l'homme a également dit que les autorités avaient des difficultés à réduire les retards dans l'accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité et à remédier au surpeuplement dans les maternités. Le Mali, la Mauritanie, la Suède ainsi que l'organisation de la société civile Roda ont indiqué que les compétences des professionnels de la santé chargés de fournir des soins de santé maternelle étaient insuffisantes, en particulier au plan local.

26. Les politiques restrictives des donateurs, notamment en ce qui concerne le financement des services d'avortement, ont eu des incidences sur la capacité des organisations de la société civile à lutter efficacement contre la mortalité et la morbidité maternelles selon une approche fondée sur les droits de l'homme¹¹. Par exemple, Family Health Options Kenya a signalé que les ressources affectées aux programmes de santé en faveur des femmes et des filles marginalisées avaient diminué dans deux comtés, ce qui était dû à un changement de politique de la part des donateurs.

27. Un certain nombre de communications font état de difficultés à bien coordonner les interventions et à collecter systématiquement des données fiables et exactes sur la mortalité et la morbidité maternelles en vue de l'élaboration des politiques et des programmes¹².

28. Traiter la mortalité et la morbidité maternelles comme une préoccupation relevant des droits de l'homme dans les situations de crise humanitaire pose des problèmes particuliers qui appellent une analyse spécifique. Les chapitres ci-après du présent rapport sont donc consacrés aux effets de l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme aux fins de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles dans les situations de crise humanitaire¹³. Cette analyse non exhaustive met en évidence la nécessité de poursuivre les travaux dans ce domaine.

V. Application d'une approche fondée sur les droits de l'homme aux situations de crise humanitaire

A. Généralités

1. Santé sexuelle et procréative dans les situations de crise humanitaire

29. En 2015, les femmes et les filles en âge de procréer représentaient plus du quart des 100 millions de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire¹⁴. Dans les situations de crise humanitaire, le risque de mortalité et de morbidité maternelles est nettement plus élevé pour les femmes et les filles et, d'après certaines sources, plus de la moitié des décès maternels se produisent dans ce contexte¹⁵. Ces crises sont de plus en plus complexes et prolongées et la durée moyenne du séjour dans un camp de réfugiés est de 20 ans¹⁶. Certains adolescents et enfants n'ont rien connu d'autre que les situations de crise, ce qui signifie qu'ils ont passé toute leur vie dans un contexte où les risques étaient élevés. Pour eux, le défaut d'accès aux services de santé sexuelle et procréative et à l'information a des conséquences particulièrement graves – grossesses non désirées, mariages précoces et forcés, infections sexuellement transmissibles et risques de violence fondée sur le genre, entre autres.

¹¹ Communications de la Swedish Association for Sexuality Education. Voir également Population Action International (PAI), "Access Denied: Uganda Preliminary Impacts of Trump's Expanded Global Gag Rule" (Washington, D.C., 2018) et International Women's Health Coalition, "Taking the Pulse of Trump's Deadly Global Gag Rule" (6 novembre 2017).

¹² Communications de la République démocratique du Congo, d'El Salvador, de la Géorgie, de la Mauritanie et de Roda.

¹³ Comme le Conseil des droits de l'homme l'a relevé dans sa résolution 35/16, l'expression « situations de crise humanitaire » recouvre notamment les situations d'urgence humanitaire, de déplacement forcé, de conflit armé et de catastrophe naturelle. Chaque type de situation peut avoir des incidences particulières sur la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents, question qui dépasse le cadre du présent rapport. Toutefois, les principes essentiels de l'approche fondée sur les droits de l'homme peuvent être appliqués à toutes les situations d'urgence.

¹⁴ FNUAP, *État de la population mondiale : Un abri dans la tourmente* (2015), p. 92.

¹⁵ OMS, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015* (2015), p. 26, xi.

¹⁶ *État de la population mondiale*, p. 14.

30. Les crises humanitaires ont pour effet d'aggraver les formes préexistantes de discrimination et de violence fondée sur le genre et de multiplier les obstacles à l'accès aux services. Dans les situations de danger et d'insécurité extrêmes, les femmes et les filles sont particulièrement exposées à de nouvelles formes de violence, dont la traite, l'esclavage sexuel, le viol, les grossesses forcées, les pratiques néfastes telles que les mariages d'enfants et les mariages forcés, et la violence au sein du couple¹⁷. Des témoignages ont été recueillis sur des cas de femmes et de filles enceintes qui auraient été expressément ciblées, attaquées, violées et rouées de coups, y compris en détention¹⁸. De plus, en raison du manque de ressources et de possibilités, certaines femmes et filles ont recours à des stratégies de survie telles que les rapports sexuels monnayés. Tous ces éléments, associés à l'accès limité aux services, entraînent un accroissement des risques d'exposition aux maladies sexuellement transmissibles, de grossesse non désirée, d'avortements non médicalisés ainsi que de mortalité et de morbidité maternelles¹⁹. Lorsque de telles violations des droits de l'homme sont commises, par des agents de l'État et/ou des acteurs non étatiques, les personnes qui les ont subies sont généralement stigmatisées et marginalisées ; or, il est rare que les femmes et les filles aient accès à des mécanismes d'établissement des responsabilités ou à des voies de recours utiles.

2. Obligations en matière de droits de l'homme

31. Le droit international des droits de l'homme et le droit international humanitaire sont complémentaires et se renforcent mutuellement, ayant pour objectifs communs la protection de la vie et de la dignité humaines et l'interdiction de la discrimination. Les normes relatives aux droits de l'homme se rapportant à la santé sexuelle et procréative et aux droits y afférents continuent donc de s'appliquer dans le contexte d'un conflit armé et des situations de crise humanitaire²⁰. Dans certaines conditions bien définies, les États peuvent déroger à certains droits civils et politiques en cas de « danger public »²¹. Il n'existe pas de disposition analogue s'agissant des droits économiques, sociaux et culturels et les organes conventionnels ont précisé que, dans les situations d'urgence, ces droits continuaient de s'appliquer, les obligations fondamentales minimum n'étant susceptibles d'aucune dérogation²².

32. Les normes relatives aux droits de l'homme liées au droit à la santé sexuelle et procréative ont récemment été explicitées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative. L'obligation incombant à l'État de garantir les éléments essentiels minimums de ce droit recouvre plusieurs obligations, à savoir celles : d'abroger ou de supprimer les lois, les politiques et les pratiques qui incriminent, entravent ou compromettent l'accès à la santé sexuelle et procréative ; de prendre des mesures pour empêcher les avortements non médicalisés et assurer les soins et les conseils post-avortement nécessaires ; de veiller à ce que tous les individus et groupes aient accès à une éducation et une information complètes

¹⁷ Ibid., p. 40 et 47 à 55 ; et résolution 1820 (2008) du Conseil de sécurité.

¹⁸ HCDH, « Interviews with Rohingyas fleeing from Myanmar since 9 October 2016 », compte rendu disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/Documents/Countries/MM/FlashReport3Feb2017.pdf>.

¹⁹ Comité permanent interorganisations, *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire* (2015), p. 5 ; *État de la population mondiale*, p. 38.

²⁰ Ces obligations sont énoncées dans les rapports précédents du Haut-Commissaire, dont les documents A/HRC/33/24 et A/HRC/27/20. Voir également HCDH, documents d'information sur la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents, à l'adresse :

<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>.

²¹ Voir Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 4, et Comité des droits de l'homme, observation générale n° 29 (2001) sur les dérogations aux dispositions du Pacte en période d'état d'urgence, par. 4 et 11.

²² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 47 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 28 (2010) concernant les obligations fondamentales des États parties découlant de l'article 2 de la Convention, par. 11, et n° 30 (2013) sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit, par. 2 et 8 ; et HCDH, *Protection des droits économiques, sociaux et culturels dans les situations de conflit* (Genève, 2015), par. 12 à 15.

sur la santé sexuelle et procréative ; de fournir les médicaments, équipements et technologies indispensables à la santé sexuelle et procréative ; et de garantir l'accès à des voies de recours et des moyens de réparation efficaces et transparents, y compris administratifs et judiciaires, en cas de violation du droit à la santé sexuelle et procréative. Le Comité reconnaît en outre l'interdépendance de ce droit et de plusieurs droits fondamentaux, dont le droit à la vie, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit à la santé, le droit au respect de la vie privée, le droit à l'éducation et l'interdiction de la discrimination.

33. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a souligné que l'avortement forcé, la grossesse forcée, la criminalisation de l'avortement, le refus ou le report d'un avortement sans risque et des soins après avortement, la poursuite forcée d'une grossesse, et les sévices et mauvais traitements subis par les femmes et les filles qui cherchent des informations, des biens et des services en matière de santé sexuelle et procréative constituaient des formes de violence fondée sur le genre²³. En outre, le Comité a constaté que, souvent, les violences sexuelles à l'égard des femmes augmentaient pendant les conflits, ce qui rendait nécessaire l'application de mesures spéciales de protection et de répression, et il a expressément demandé aux États de garantir l'accès à la contraception, y compris à la contraception d'urgence, dans les situations de crise humanitaire²⁴.

34. Le droit international humanitaire, qui ne s'applique que dans le contexte d'un conflit armé, prévoit un certain nombre d'obligations juridiques spécifiques tirées des Conventions de Genève, des Protocoles additionnels auxdites Conventions et du droit international humanitaire coutumier. Au minimum, les États et les parties à un conflit sont tenus de réserver un traitement spécial aux femmes enceintes et à celles qui ont des enfants en bas âge pour ce qui est de leur fournir de la nourriture et des vêtements et de leur donner accès à des soins médicaux et à des moyens d'évacuation et de transport, et de faire en sorte que les femmes enceintes bénéficient de la protection et des soins qui sont dus aux blessés et aux malades²⁵. En outre, ces soins doivent être apportés et garantis sans discrimination. Conformément au droit humanitaire, les droits particuliers des femmes, dont celui d'être protégées contre toute forme de violence sexuelle, doivent être respectés en toutes circonstances²⁶.

35. Dans le contexte de son programme en faveur des femmes, de la paix et de la sécurité, le Conseil de sécurité a noté la nécessité de ménager un accès sans discrimination à l'ensemble des services de santé sexuelle et procréative, y compris en cas de grossesse résultant d'un viol²⁷ et invité les États à offrir, sans aucune discrimination, une gamme complète de soins de santé, notamment sexuelle et procréative²⁸. Enfin, la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés consacre notamment le droit des réfugiés d'accéder à des services de santé équivalents à ceux dont bénéficie la population du pays d'accueil, compte tenu du droit à l'assistance et au secours publics.

²³ Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 35 (2017) sur la violence sexiste à l'égard des femmes, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, par. 18.

²⁴ Ibid. Voir aussi la recommandation générale n° 30 (2013) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit, par. 20 et 52.

²⁵ Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, art. 16 à 18, 21 à 23, 38, 50, 89, 91 et 127 ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux, art. 8 a), 70 1) et 76 2) ; règle 134 de la base de données sur le droit international humanitaire coutumier du Comité international de la Croix-Rouge.

²⁶ Voir la règle 119 et le commentaire de la règle 93 de la base de données sur le droit international humanitaire coutumier, accessible à l'adresse : <https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home>.

²⁷ Résolution 2122 (2013) du Conseil de sécurité.

²⁸ Résolution 2106 (2013) du Conseil de sécurité.

3. Programmation de l'action humanitaire, approche fondée sur les droits de l'homme, et santé sexuelle et procréative et droits y afférents

36. Lorsque survient une situation d'urgence, une multitude d'organismes des Nations Unies, de donateurs et d'organisations internationales et nationales de la société civile collaborent avec les autorités du pays afin de fournir une aide humanitaire. La coordination entre acteurs et entre secteurs est une activité cruciale permettant de garantir le respect des droits des populations touchées, y compris la prestation de services de santé sexuelle et procréative, et de déterminer quels acteurs sont chargés de faire appliquer ces droits. L'approche modulaire globale est un système de coordination par lequel des groupes thématiques sont dotés d'un mandat bien défini, établi par le Comité permanent interorganisations, qui agissent aux niveaux mondial, régional et national, et peuvent être mobilisés selon la nature de la crise humanitaire. Afin d'améliorer la coordination et l'efficacité, chaque groupe est doté d'une organisation chef de file qui assume la responsabilité de l'exécution des programmes humanitaires adéquats dans un secteur donné. Il existe 11 groupes mondiaux, qui ont leurs composantes fonctionnelles ou domaines de compétence propres. Étant donné qu'il n'existe pas de groupe thématique sur la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents, les groupes chargés de la santé et de la protection, en particulier le sous-groupe chargé de la violence fondée sur le genre, s'occupent des questions liées à la santé sexuelle et procréative²⁹.

37. Le Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative dans les situations de crise³⁰ a élaboré le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire³¹, qui a été révisé et mis à jour en 2018 et était sur le point d'être publié au moment de la soumission du présent rapport. Inspiré des normes et principes relatifs aux droits de l'homme, le Manuel contient des orientations faisant autorité sur la prestation de services de santé procréative à tous les stades d'une situation d'urgence. En particulier, il donne des orientations sur la mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence, qui recense les interventions vitales et accorde une place prioritaire à la fourniture de services de santé sexuelle et procréative indispensables à la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles. Incorporé dans les orientations données par le groupe sectoriel mondial de la santé, il dresse la liste des interventions prioritaires à lancer dès le début d'une situation d'urgence, qui devraient être en place dans les 48 heures grâce au déploiement d'actions simultanées et coordonnées. Ces premières initiatives sont ensuite renforcées par des mesures à plus long terme et des solutions durables en matière de soins de santé, les principaux domaines d'action étant notamment la mortalité et la morbidité maternelles ; la violence sexuelle ; les infections sexuellement transmissibles/le VIH ; les grossesses non désirées, y compris l'offre de moyens de contraception volontaire ; et les services d'avortement médicalisé, fournis dans le plein respect de la loi.

38. Le Cycle des programmes d'action humanitaire³² prévoit toute une série de mesures visant à faciliter la préparation, la gestion et la fourniture d'une aide humanitaire. Il se compose de cinq éléments interdépendants, à savoir l'évaluation et l'analyse des besoins, la planification des interventions stratégiques, la mobilisation des ressources, la mise en œuvre et le suivi, et l'examen fonctionnel par les pairs et l'évaluation. Le cycle stratégique décrit dans le guide technique – planification, budgétisation, application, suivi, examen et recours, et coopération internationale – est comparable à celui du Cycle des programmes d'action humanitaire. Le Guide technique met l'accent sur la notion de « cercle de responsabilisation », principe selon lequel des mesures visant à garantir l'obligation de rendre des comptes doivent être prévues à tous les stades du cycle stratégique ; elles ne doivent pas être prises uniquement à la suite d'allégations de violation. Ce principe peut

²⁹ Voir la communication du bureau du FNUAP au Burundi, qui a considéré que l'absence de groupe de travail sous-sectoriel chargé de la santé sexuelle et procréative posait problème et qu'il était nécessaire de mieux coordonner les interventions, y compris dans le domaine de la collecte et de l'utilisation des données.

³⁰ Voir <http://www.iawg.net/>.

³¹ Disponible à l'adresse : <http://iawg.net/resource/inter-agency-field-manual-on-reproductive-health-in-humanitarian-settings-2010>.

³² Voir https://interagencystandingcommittee.org/system/files/hpc_reference_module_2015_final_.pdf.

également s'appliquer au cycle de la programmation de l'action humanitaire et pourrait compléter les cadres existants de responsabilisation dans les situations de crise humanitaire³³.

39. L'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles dans les situations de crise humanitaire va dans le même sens que les appels lancés par des acteurs humanitaires en faveur de l'adoption d'une approche globale et intégrée tendant à dépasser le clivage entre action humanitaire et aide au développement. Souvent, l'éclatement d'une crise vient encore fragiliser des systèmes de santé déjà précaires, qui ne répondaient pas aux normes relatives aux droits de l'homme en matière de santé sexuelle et procréative. Une approche globale devrait notamment viser à renforcer les systèmes de santé nationaux avant, pendant et après une crise et à faire en sorte qu'ils ne soient pas remplacés par des mesures à court terme lorsque survient une crise³⁴. Cette approche requiert en outre l'examen des interventions et programmes étroitement définis, qui peuvent être liés à des impératifs en matière de financement et/ou de programmation, mais qui peuvent aussi occasionner un cloisonnement rigide des activités et la non-prise en compte des expériences vécues par certaines catégories de femmes et de filles. À titre d'illustration, on peut citer les programmes de lutte contre la violence fondée sur le genre qui donnent accès à des services complets de santé sexuelle et procréative aux victimes de violence, mais qui peuvent, peut-être, exclure les personnes qui ne se présentent pas comme étant des victimes, ou encore la surveillance des droits de l'homme qui ne s'attache qu'aux violences sexuelles liées aux conflits, sans prendre en considération les violations des droits de l'homme liées à la violence au sein du couple ou aux violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative. Les défenseurs des droits de l'homme et de l'action humanitaire lancent des appels de plus en plus fréquents en faveur d'approches inclusives qui, dépassant les représentations dichotomiques, placent les femmes et les filles au cœur des interventions, englobent tout le spectre des expériences des femmes et des filles, ne se limitent pas à ce qu'elles vivent dans le contexte d'une crise et garantissent une prise en charge ininterrompue s'agissant de l'accès aux services.

B. Éléments clefs

1. Soins de santé sexuelle et procréative complets, disponibles, accessibles, acceptables et de qualité

40. Comme dans d'autres contextes, l'approche fondée sur les droits de l'homme dans les situations de crise humanitaire consiste à déterminer quels individus jouissent de droits (les titulaires de droits), quelles libertés et quels droits leur sont conférés par le droit international des droits de l'homme, et quelles obligations incombent aux acteurs chargés de faire en sorte que les titulaires puissent exercer leurs droits (les porteurs de devoirs). Selon cette approche, la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents sont considérés comme des droits de l'homme qui doivent être respectés, même dans les situations de crise humanitaire, et non pas comme des questions relevant de la charité. Dans une situation de crise humanitaire, le rôle des acteurs privés a aussi son importance, sachant que l'État, ou la puissance occupante, conserve l'obligation de veiller à ce que les acteurs privés ne commettent pas de violations des droits de l'homme³⁵. Il convient également de noter que, dans certaines circonstances, en particulier lorsqu'un groupe armé doté d'une structure politique identifiable exerce un contrôle important sur le territoire et la population, les acteurs non étatiques sont tenus de respecter le droit international relatif aux droits de l'homme³⁶. La présente section traite des impératifs de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité et montre que ces exigences en matière de droits de l'homme devraient peut-être faire l'objet d'une analyse plus approfondie dans le contexte des crises humanitaires.

³³ Voir aussi Groupe indépendant sur la responsabilisation, p. 12.

³⁴ Voir A/70/709, par. 110.

³⁵ Voir notamment Mission d'assistance des Nations Unies pour l'Iraq (MANUI) et HCDH, *Promotion and Protection of Rights of Victims of Sexual Violence Captured by ISIL/or in Areas Controlled by ISIL in Iraq* (2017), par. 45.

³⁶ HCDH, *La protection juridique internationale des droits de l'homme dans les conflits armés* (2011), p. 25 à 39 ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 30, par. 16.

41. Les politiques et programmes humanitaires devraient garantir la disponibilité par la mise en place d'un nombre suffisant d'établissements, de biens et de services très diversifiés dans le domaine de la santé sexuelle et procréative. Il s'agit notamment de doter ces établissements d'un personnel qualifié et formé et de prévoir des services complets de santé sexuelle et procréative. Lorsqu'une crise réduit la capacité de l'État à fournir des services complets de santé sexuelle et procréative, le Dispositif minimum d'urgence, conjugué avec les éléments essentiels du droit à la santé sexuelle et procréative tels qu'ils ont été définis par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale n° 22, représente un mécanisme important et un outil de base permettant d'établir quels sont les services prioritaires. Ces services, qui doivent être fournis sans discrimination, supposent la définition et l'application de procédures d'orientation claires et d'approches intégrées³⁷. Il est très important aussi de faire en sorte que les particuliers et leur communauté soient informés de la disponibilité de ces services et sachent où ils peuvent en bénéficier. Les situations de crise humanitaire affaiblissent la capacité des autorités à garantir la disponibilité des services, ce qui signifie qu'une attention particulière doit être accordée aux interventions susceptibles de maximiser l'efficacité, dont le transfert de tâches ou les initiatives lancées par les utilisateurs dans le domaine des soins de santé.

42. En outre, en matière de santé sexuelle et procréative, les services, les établissements et l'information fournis par le secteur public comme par le secteur privé doivent être physiquement et économiquement accessibles à toutes les personnes et communautés concernées, y compris aux communautés d'accueil, et des efforts particuliers doivent être déployés pour repérer les femmes et les filles les plus vulnérables et marginalisées et garantir leur accès à ces services. Pour ce faire, il convient de veiller à ce que ces services et les facteurs fondamentaux déterminants qui y sont associés, dont l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement adéquates, soient physiquement accessibles sans risque à toutes les personnes, y compris aux femmes et aux filles handicapées. L'accessibilité est un défi majeur dans les situations de crise : les infrastructures ne sont plus en état de fonctionner et les possibilités de déplacement des personnes, en particulier des femmes et des filles, sont limitées en raison de l'insécurité qui règne et des restrictions à la liberté de circulation qui leur sont imposées³⁸. Par exemple, en République démocratique du Congo, bien que d'importants projets visant à garantir la santé maternelle et infantile soient en cours d'exécution, les infrastructures du système de santé sont fortement endommagées après plusieurs décennies de conflit, et nombre d'établissements de santé sont privés d'électricité ou d'eau et ne peuvent plus fournir des services essentiels tels que les soins obstétricaux d'urgence³⁹.

43. L'accessibilité englobe également le droit de demander, de recevoir et de transmettre des informations et des idées sur la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents. Ces informations doivent être exactes et présentées sous une forme accessible à toutes les personnes touchées par une crise, compte tenu de l'âge, de la langue et du handicap et d'autres facteurs pertinents. Comme l'organisation IPAS l'a souligné dans sa communication, dans tous les contextes, les jeunes doivent pouvoir bénéficier non seulement de vastes campagnes d'information et de sensibilisation, mais aussi d'une éducation sexuelle complète adaptée à leur âge, acceptable du point de vue culturel, fondée sur des données scientifiques et fiable.

44. Ainsi, tous les services, biens, établissements et informations se rapportant à la santé sexuelle et procréative doivent toujours être axés sur les utilisateurs des services de santé et leur expérience, leur avis et leurs besoins. Ils doivent également être fiables du point de vue scientifique et médical et de bonne qualité ; réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie ; conçus pour respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des

³⁷ Voir aussi la communication du bureau du FNUAP en République démocratique du Congo.

³⁸ Concernant les restrictions à la liberté de circulation, en particulier celles qui sont imposées aux femmes enceintes aux postes de contrôle, voir le document A/HRC/10/35. En ce qui concerne l'absence d'accès aux services, voir HCDH, note 18 supra, p. 23 et 31.

³⁹ Voir le document à l'adresse :

www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2014.pdf, p. 35 ; voir aussi la communication du bureau du FNUAP en République démocratique du Congo.

personnes concernées ; et conformes à l'éthique médicale et adaptés à l'individu du point de vue culturel (acceptables). Par exemple, une gamme complète de moyens de contraception doit être proposée et il faut s'employer à déterminer les méthodes qui ont la préférence des femmes et des filles, l'expérience ayant montré que, dans le cadre de l'application des programmes dans certains pays, les femmes optent souvent pour les méthodes contraceptives à action prolongée lorsqu'elles sont disponibles et de bonne qualité. Dans la plupart des situations de crise humanitaire, les moyens de contraception à court terme semblent être la norme, pour autant que des services de contraception soient proposés⁴⁰. Il convient de souligner que les comportements paternalistes du personnel médical, fondés sur des convictions personnelles plutôt que sur des faits médicaux, vont à l'encontre des prescriptions relatives aux droits de l'homme, qui prônent le respect de l'autonomie des femmes et des filles lorsqu'elles prennent des décisions quant à leur santé sexuelle et procréative. Les notions d'acceptabilité et de qualité sous-entendent une exigence de respect de la vie privée de l'utilisateur ainsi que de la confidentialité quant à sa santé, notamment en l'informant des moyens mis en œuvre pour préserver la confidentialité des renseignements qui le concernent et en garantissant la disponibilité d'espaces sûrs où se déroulent les entretiens avec les conseillers ainsi que les examens et les traitements médicaux, le but étant de permettre une prise de décisions en toute connaissance de cause, à l'écart des pressions, en l'absence de tiers et à l'abri de toute influence extérieure.

45. En dépit des progrès réalisés, la réalité des crises humanitaires fait que les femmes et les filles continuent d'avoir de grandes difficultés à accéder à des services de qualité en raison de l'effondrement des systèmes de santé, du coût prohibitif des services, du manque d'informations et de possibilités de prise de décisions, de l'absence de respect de la vie privée, de l'insécurité, des restrictions à la liberté de circulation et de la crainte qu'elles nourrissent de subir de nouvelles violences parce qu'elles demandent des soins⁴¹. Souvent, le Dispositif minimum d'urgence n'est pas pleinement mis en œuvre et l'accès de certains groupes, dont les adolescentes, aux services continue de poser problème⁴². Par exemple, les femmes et les filles, y compris celles qui ont survécu à des violences sexuelles, peuvent se heurter à des obstacles insurmontables pour accéder à des services d'avortement médicalisé du fait que les prestataires de services ont des idées erronées sur la légalité de l'avortement⁴³, ou parce que certains pensent que l'avortement ne fait pas partie des soins médicaux essentiels⁴⁴. Dans le contexte de la violence sexuelle et de la violence fondée sur le genre, des facteurs tels que la stigmatisation, l'insécurité, la rareté des lieux sûrs où la confidentialité est garantie, l'obligation de signalement et l'opacité des procédures d'orientation découragent les victimes de solliciter des soins médicaux appropriés⁴⁵. En outre, le Dispositif minimum d'urgence n'est toujours pas considéré comme prioritaire et demeure méconnu parmi les principaux acteurs, et des problèmes subsistent en ce qui concerne les ressources, la logistique, le cloisonnement et la coordination des approches ainsi que l'efficacité des mécanismes d'orientation⁴⁶. En outre, la prestation de services de santé est compliquée par les restrictions à la liberté de circulation imposées aussi bien aux femmes et filles, y compris pendant une grossesse, qu'aux intervenants humanitaires qui fournissent des services⁴⁷.

⁴⁰ *État de la population mondiale*, p. 65.

⁴¹ Ibid., p. 38 à 40 ; et communications de l'OMS et de l'International Planned Parenthood Federation.

⁴² Voir notamment la communication de l'OMS ; et Groupe de travail interorganisations, 2017 *Evaluation of the Use of Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (2017), p. 14 à 16, disponible à l'adresse : http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/01/Report-on-the-Use-of-the-IARH-Kits_11.2017.pdf.

⁴³ Selon le FNUAP, « 99 % de la population mondiale vit dans les pays où l'avortement est autorisé sous certaines conditions ». *État de la population mondiale*, p. 68. Voir également le rapport de la MANUI et du HCDH, par. 46.

⁴⁴ Voir T. McGinn et S. Casey, "Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services?", *Conflict and Health* (2016) ; A. Radhakrishnan, "Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers", *Reproductive Health Matters* (novembre 2017), p. 40 à 47.

⁴⁵ Voir, par exemple, A/HRC/31/46 (2016), par. 38.

⁴⁶ M. Onyango, B. Hixon, S. McNally, "Minimum Initial Service Package for reproductive health during emergencies: time for a new paradigm", *Global Public Health* (2013), p. 342 à 356. Voir également *État de la population mondiale*, p. 43, 44 et 68.

⁴⁷ Voir les communications de la Commission nigériane des droits de l'homme, de l'OMS, du Center for Reproductive Rights, de l'International Planned Parenthood Federation, de Marie Stopes International et de Women Enabled International.

46. Une approche fondée sur les droits de l'homme consiste aussi à analyser un cycle de programmation à la lumière des principes relatifs aux droits de l'homme, de la non-discrimination et de l'égalité, de la participation et de l'autonomisation, de la durabilité et de l'assistance internationale, de la transparence et de la responsabilité⁴⁸.

2. Non-discrimination et égalité

47. La discrimination à l'égard des femmes est l'une des raisons qui explique que la priorité ne soit pas accordée aux services dont seules les femmes ont besoin, notamment les services de santé maternelle et, plus généralement, de santé sexuelle et procréative, ce qui est révélateur des inégalités dans la société quant aux personnes qui comptent et à celles qui ne comptent pas. Cette discrimination se conjugue en outre avec des formes multiples et croisées de discrimination, notamment celle fondée sur l'âge, l'appartenance ethnique, la race, la religion et le statut au regard de l'immigration⁴⁹. Par exemple, l'accès à la contraception est souvent limité dans les situations de crise humanitaire. Même lorsque ces services sont disponibles, les adolescentes, les femmes célibataires et les filles y ont très difficilement accès du fait que, dans de nombreux pays, des normes sexistes jettent l'opprobre sur les femmes qui ont des relations sexuelles hors mariage, ce qui peut avoir une influence sur l'attitude des travailleurs de la santé et des prestataires de services⁵⁰. Dans le même ordre d'idées, et comme l'a souligné le Global Respectful Maternity Care Council dans sa communication, les femmes enceintes et les filles sont souvent victimes de mauvais traitements et de sévices au plan individuel comme au plan structurel, ce qui est souvent dû au mauvais état des infrastructures, aux ruptures de stock et au stress, au surmenage et au non-paiement des salaires du personnel médical, entre autres.

48. Appliquer le principe de non-discrimination et d'égalité signifie donc accorder une attention particulière aux femmes et aux filles qui risquent le plus d'être laissées pour compte. Cela permet aussi de détecter et de combattre les causes profondes des violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative et de la violence fondée sur le genre dans les sphères publique et privée. Par exemple, au Brésil, l'épidémie de maladie à virus Zika a touché de plein fouet les jeunes femmes et les filles de couleur vivant dans la région la plus pauvre du pays⁵¹. Les causes profondes de leur vulnérabilité à l'infection par le virus Zika et de leur absence de liberté de choix en matière de sexualité et de procréation sont non seulement la discrimination fondée sur le sexe et l'appartenance ethnique dont elles sont victimes, mais aussi les privations qu'elles endurent en raison de leur situation socioéconomique et de leurs conditions de vie.

3. Participation et autonomisation

49. Les femmes et les filles continuent d'être considérées par nombre d'institutions comme des victimes nécessairement vulnérables, qui ont besoin d'une protection, et comme des bénéficiaires passives d'une assistance. Or, elles manifestent leur capacité d'agir de plusieurs manières, notamment en tant que défenseuses des droits de l'homme, prestataires de services de santé et premières intervenantes, combattantes ou membres de groupes armés ou de mouvements de résistance, militantes écologistes, rescapées et participantes actives à des processus de paix officiels et informels⁵². Outre le fait qu'elle garantit une gestion de l'action humanitaire qui tient compte du point de vue, des expériences et des besoins des femmes et des filles, l'approche fondée sur les droits de l'homme, à l'instar des principes de l'action humanitaire, reconnaît aux femmes et aux filles le droit de participer aux décisions susceptibles d'avoir des incidences sur leur vie, y compris en ce qui concerne la santé

⁴⁸ Voir aussi Center for Reproductive Rights, "Ensuring sexual and Reproductive health and rights of women and girls affected by conflict" (New York, 2017), p. 28 et 29.

⁴⁹ Voir notamment A/HRC/32/18, par. 38 et 39.

⁵⁰ *État de la population mondiale*, p. 42.

⁵¹ Human Rights Watch, *Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil* (2017), p. 8.

⁵² Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 30, par. 6.

sexuelle et procréative et les droits y afférents⁵³. Les femmes et les filles pourraient notamment participer aux comités des camps ainsi qu'à la prise de décisions et aux mécanismes de coordination qui concernent, directement ou indirectement, la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents.

50. La création de partenariats solides avec les groupes locaux de femmes et l'allocation d'aides financières à ces groupes sont cruciales pour la prestation efficace de services de santé. Ces partenariats permettent de mieux comprendre les incidences qu'ont les valeurs, les coutumes et les convictions sur la santé sexuelle et procréative dans une communauté donnée et, en conséquence, de concevoir, d'appliquer et d'évaluer des politiques et des programmes acceptables du point de vue culturel et inclusifs, tout en renforçant les relations de confiance avec les communautés locales et en garantissant l'accès à ces politiques et programmes⁵⁴.

4. Durabilité et assistance internationale

51. L'assistance internationale devrait avoir pour objectif de renforcer les systèmes de santé nationaux et d'aider les États à recommencer à assumer pleinement leurs responsabilités essentielles en tant que porteurs de devoirs et à s'acquitter de leurs obligations. Appuyer les initiatives tendant à dépasser l'antagonisme entre action en faveur du développement et action humanitaire revêt également une importance cruciale. Comme l'a souligné le FNUAP, garantir les droits et la santé des femmes et des adolescentes en matière de sexualité et de procréation devrait fortement contribuer à la réalisation de l'objectif du développement inclusif et équitable et rendre les sociétés plus résilientes et capables de surmonter les crises et de se reconstruire d'une manière qui consolide leur résilience⁵⁵.

52. La durabilité des interventions est renforcée lorsque les communautés et les individus concernés participent et adhèrent à la revendication de leurs droits et que des mesures sont prises pour aider les acteurs nationaux et locaux à s'acquitter de leurs obligations. On pourrait ainsi envisager de renforcer les capacités des prestataires nationaux de services de santé, notamment en leur dispensant des formations dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et des droits y afférents, de transférer des tâches au système de santé chargé des populations touchées par une crise humanitaire et de mobiliser les associations professionnelles nationales et régionales dans les zones touchées⁵⁶. La durabilité requiert en outre un examen particulièrement attentif de la façon dont les crises accroissent les risques auxquels certains individus et groupes de population sont exposés.

53. Le Manuel de terrain interorganisations souligne que tous les acteurs humanitaires, y compris les États, devraient collaborer et faire la transition dans les meilleurs délais entre le Dispositif minimum d'urgence et les activités visant à intégrer des services complets en matière de santé sexuelle et procréative dans les soins de santé primaires. Idéalement, ces tâches devraient être réalisées en trois à six mois, mais elles peuvent aussi être accomplies en quelques semaines. Conformément à l'approche fondée sur les droits de l'homme, si les États et d'autres acteurs sont à même d'opérer la transition vers des soins complets s'agissant de certains volets de la santé sexuelle et procréative, y compris au tout début d'une situation d'urgence, ils devraient le faire au plus vite.

54. Bien que les ressources destinées à la santé procréative pendant les situations d'urgence soient en augmentation, des lacunes importantes subsistent en ce qui concerne : a) l'affectation des ressources axée sur les besoins des femmes, dans tous les secteurs de l'humanitaire ; b) la volonté politique d'étoffer les crédits destinés aux groupes exclus ; c) la nécessité de fournir des services minimums ; et d) la capacité limitée et/ou l'absence

⁵³ Ibid. Voir aussi le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015) ; et les objectifs de développement durable (2015).

⁵⁴ ActionAid, "On the frontline: Catalyzing women's leadership in humanitarian action" (Johannesburg, Afrique du Sud, 2016).

⁵⁵ *État de la population mondiale*, p. 76.

⁵⁶ Communication de l'OMS.

de volonté de certains donateurs et gouvernements d'allouer des ressources à la santé sexuelle et procréative et aux droits y afférents à tous les stades d'une situation d'urgence⁵⁷.

5. Transparence et responsabilité

55. Le principe de la responsabilité en matière de droits de l'homme est omniprésent dans le cycle de la programmation et se manifeste sous des formes multiples, participatives et transparentes de suivi, d'examen et de supervision, qui englobent notamment la responsabilité administrative, sociale, politique et juridique d'une multiplicité d'acteurs humanitaires. La reddition de comptes peut être assurée non seulement par les organes judiciaires, mais aussi par des mécanismes et procédures tels que les institutions nationales des droits de l'homme, les commissaires à la santé, les conseils locaux de la santé élus démocratiquement, les auditions publiques, les comités des camps, les évaluations des besoins et de l'impact, la collecte et l'analyse des données et le contrôle par la collectivité des finances et de la qualité des soins dispensés dans les centres de prestation de services⁵⁸. À l'instar des systèmes de santé, il n'est pas rare que les mécanismes de responsabilisation – pour autant qu'ils aient été en place avant que ne survienne une situation d'urgence – s'effondrent en cas de crise. Une plus grande attention devrait être portée à la recherche d'approches novatrices et efficaces pour promouvoir le principe de responsabilité, y compris de la responsabilité sociale, dans les situations de crise humanitaire.

56. Les mécanismes indépendants d'examen, lorsqu'ils sont utilisés dans des conditions de sécurité et dans le respect de la déontologie, peuvent jouer un rôle capital en déterminant quelles personnes risquent le plus d'être laissées pour compte, en examinant les causes profondes des violations et en veillant à ce que toutes les personnes aient accès aux services nécessaires dans des conditions d'égalité. Il peut s'agir d'organes d'enquête tels que les commissions d'enquête et les missions d'établissement des faits mandatées par différents organismes des Nations Unies, organes qui peuvent avoir une importance cruciale dans la promotion d'un programme intégré qui reconnaisse et prenne en considération tout le spectre des violations des droits de l'homme subies par les femmes et les filles dans les situations de crise. Ces organes peuvent notamment livrer une analyse critique de l'évolution de la situation en ce qui concerne les violations des droits liés à la santé sexuelle et procréative, examiner si, dans la pratique, les mécanismes d'orientation et les mesures de suivi donnent satisfaction et tiennent compte du point de vue, de l'expérience et des besoins de la personne concernée et si des recours utiles sont disponibles lorsque les services de santé sexuelle et procréative sont défaillants. Jusqu'ici, les préoccupations relatives aux droits de l'homme se rapportant à la santé sexuelle et procréative ont rarement été prises en compte, ou ne l'ont été que ponctuellement, dans le contexte des travaux de ces organes⁵⁹.

57. Les données fiables permettant de déterminer si toutes les femmes et filles touchées par une crise peuvent bénéficier de services de santé sexuelle et procréative de qualité accessibles, disponibles et satisfaisants demeurent rares⁶⁰. En outre, il existe un écart entre les données et la documentation relatives à l'efficacité des interventions, notamment au regard de l'approche fondée sur les droits, et le suivi de ces interventions et la continuité des soins après l'orientation des patientes⁶¹. Parmi les facteurs faisant obstacle à une collecte adéquate de données, on peut citer les difficultés d'accès à toutes les composantes de la société et à des données ventilées, l'absence de garanties quant au respect de la

⁵⁷ 2017 *Evaluation of the Use of Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, p. 15. *État de la population mondiale*, p. 14.

⁵⁸ Voir <http://governance.care2share.wikispaces.net/Social+Accountability>.

⁵⁹ Voir, par exemple, le rapport contenant les conclusions détaillées de la Commission d'enquête sur les droits de l'homme en Érythrée, par. 123 à 125, disponible à l'adresse : <https://ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ColEritrea/Pages/ReportColEritrea.aspx> ; et A/HRC/25/63, par. 60.

⁶⁰ Voir à ce propos HCDH, *Guidance note on the application of a human rights-based approach to data collection* (2016), disponible à l'adresse : <https://ohchr.org/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData.pdf>.

⁶¹ Voir pour ces deux cas les communications de la République démocratique du Congo, du Mali, de la Commission nigérienne des droits de l'homme et de l'OMS. Voir Blanchet *et al.*, "Evidence on public health interventions in humanitarian crises", *The Lancet* (8 juin 2017).

confidentialité, l'insuffisance des moyens de financement et des réticences vis-à-vis des approches normalisées intégrées et de la coordination, y compris en ce qui concerne les méthodes⁶².

58. Les femmes et les filles touchées par une situation d'urgence ont un rôle à jouer dans le suivi de la prestation des services. En ce sens, il est essentiel de les sensibiliser et de renforcer leur capacité à revendiquer leurs droits. Des mécanismes de responsabilisation devraient être mis en place dans les établissements de soins de santé afin que les avis dont les utilisatrices de services de santé font part puissent servir de base à un réexamen du système de prestation de services, et notamment donner lieu à l'élaboration, à l'application et au suivi d'un plan d'action pour y donner suite. En outre, les données contextuelles et analyses émanant d'acteurs humanitaires, notamment les évaluations sur lesquels ils s'appuient pour élaborer leurs programmes, pourraient être communiquées aux groupes de femmes afin d'appuyer leur revendication d'établissement des responsabilités.

59. La transparence des politiques, de la programmation et de la coordination dans tous les secteurs est essentielle pour l'application efficace du principe de responsabilité. Les titulaires de droits et les porteurs d'obligations devraient être au clair sur un certain nombre de questions : qui sont les prestataires et quels sont les services qu'ils fournissent ; comment ces services sont coordonnés ; pourquoi certains services passent avant d'autres ; à quel endroit ces services sont assurés et comment les patientes peuvent s'y rendre ; comment, par qui et pourquoi certains services sont financés ; combien de temps ces services continueront d'être assurés ; quels sont les objectifs de ces services et quel est le plan de sortie, s'il y en a un ; qui n'a pas accès aux services ; et quel raisonnement sous-tend les décisions prises sur ces questions.

60. Enfin, conformément au principe de responsabilisation, les titulaires de droits peuvent demander réparation lorsque les porteurs de devoirs n'ont pas rempli leurs obligations. Les voies de recours ne se limitent pas aux actions en justice, sachant que les systèmes judiciaires nationaux peuvent avoir des difficultés considérables à mener leurs activités, être fragilisés ou avoir complètement cessé de fonctionner. Dans l'action visant à garantir l'accès à des recours utiles, il faut prendre en considération et éliminer les obstacles particuliers auxquels les femmes et les filles peuvent se heurter lorsqu'elles cherchent à obtenir justice. Pour ce faire, il convient notamment de mettre en place des mécanismes confidentiels et impartiaux chargés de recevoir et de traiter les plaintes et d'apporter des améliorations notables aux services. Enfin, un recours utile doit également prévoir une réparation complète, propre à faire évoluer les rapports entre les sexes, et axée sur la victime.

VI. Recommandations

61. Le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme prend acte avec satisfaction des nombreuses initiatives que les parties prenantes ont lancées dans le monde entier pour appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme aux activités visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Compte tenu de l'utilité du guide, qui complète et éclaire la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours dans un monde en proie à des crises humanitaires de plus en plus complexes et prolongées, dont les effets sur la mortalité et la morbidité maternelles sont disproportionnés et dévastateurs, le Haut-Commissaire recommande au Conseil de rester saisi de cette importante question. En particulier, il estime nécessaire d'intensifier les efforts tendant à mieux faire comprendre comment l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans l'action menée pour éliminer la mortalité et la morbidité maternelles peut être concrètement mise en œuvre dans les situations de crise humanitaire.

⁶² Communication de l'International Planned Parenthood Federation.

62. Les recommandations ci-après s'adressent aux États, aux acteurs humanitaires et à d'autres parties prenantes, selon qu'il convient :

a) Diffuser aussi largement que possible le guide technique et les outils pertinents élaborés par le HCDH et en promouvoir la mise en œuvre aux niveaux national et infranational ainsi qu'aux échelons international et régional ;

b) Mettre les lois et politiques en matière de santé sexuelle et procréative, y compris les politiques d'aide internationale, en conformité avec les normes internationales relatives aux droits de l'homme ;

c) Inclure des renseignements sur la façon dont le guide technique a été mis en œuvre par l'État dans les rapports qu'il soumet aux mécanismes internationaux et régionaux chargés des droits de l'homme, notamment dans le contexte du Programme 2030 et du Sommet mondial sur l'action humanitaire ;

d) Adopter une approche intégrée plus globale plaçant les femmes et les filles au centre de l'élaboration et de l'organisation de l'action humanitaire et reconnaissant la nécessité de décloisonner les approches et de cesser de fragmenter les programmes ;

e) Donner la priorité à la pleine mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence en santé reproductive dès le début d'une situation d'urgence humanitaire, en accordant une attention particulière aux femmes et aux filles en situation de vulnérabilité, et opérer au plus tôt une transition vers des services complets de santé sexuelle et procréative ;

f) Établir des procédures claires d'orientation plaçant l'utilisatrice des services de santé, son point de vue, son expérience et ses besoins au centre des préoccupations et faire en sorte que ces procédures soient connues des groupes concernés, qu'elles favorisent l'application d'une approche intégrée et qu'elles mettent l'accent sur la continuité des soins et du suivi ;

g) Veiller à ce que les femmes et les filles, compte tenu de leur capacité d'agir, participent véritablement au recensement et à la détermination des besoins, des priorités en matière de financement et de services, des procédures régissant l'accès aux services et leur fourniture ainsi que des interventions en cas de crise ;

h) Financer et promouvoir une méthode fiable, transparente et participative de collecte de données ventilées concernant la disponibilité, l'accessibilité, l'adéquation et la qualité des services de santé sexuelle et procréative destinés à toutes les femmes et filles des populations touchées, y compris des populations hôtes ;

i) Envisager d'intégrer systématiquement la question de la santé sexuelle et procréative et des droits y afférents dans le mandat des organes d'enquête créés par le Conseil des droits de l'homme, notamment des commissions d'enquête et d'établissement des faits, et promouvoir un programme d'action intégré qui reconnaisse et prenne en considération tout le spectre des violations des droits de l'homme que subissent les femmes et les filles dans les situations de crise ainsi que leurs conséquences, notamment les déplacements de population et les conditions de vie dans le contexte des crises humanitaires ;

j) Intégrer la notion de « cercle de responsabilisation » dans le cycle des programmes humanitaires, notamment en y incorporant des formes multiples, participatives et transparentes de suivi, d'examen et de contrôle, y compris dans les domaines administratif, social, politique et juridique ;

k) Garantir la transparence des politiques, de la programmation et de la coordination au sein de tous les secteurs et groupes dans le cadre d'une intervention humanitaire, notamment en communiquant des informations claires présentées sous une forme accessible par toutes les personnes touchées par une crise, en particulier les femmes et les filles.