

L'INSTITUT DANOIS
DES DROITS
DE L'HOMME

DAAQ & SANTÉ ET
DROITS SEXUELS ET
REPRODUCTIFS

INDICATEURS INTERNATIONAUX DE
DISPONIBILITÉ, D'ACCESSIBILITÉ,
D'ACCEPTABILITÉ ET DE QUALITÉ

DAAQ & SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS **Indicateurs internationaux de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité**

Auteurs : Lena Kähler, Marie Villumsen, Mads Holst Jensen et Pia Falk Paarup

Traduction en français : Hugo Gabbero

Relecture : Owen Beuchet

ISBN: 978-87-93605-03-9

Ce document de discussion a été développé dans le cadre d'un projet avec un groupe d'organisations danoises de la société civile : l'Association danoise pour le planning familial (Sex & Samfund), la Croix-Rouge danoise, Global Nutrition and Health (Metropolitan University College) et Axis.

Le projet a été financé par Globalt Focus - les OSC danoises pour la coopération en matière de développement <http://www.globaltfokus.dk/in-english> (site en anglais)



© 2017 The Danish Institute for Human Rights
Denmark's National Human Rights Institution
Wilders Plads 8K
DK-1403 Copenhagen K
Phone +45 3269 8888
www.humanrights.dk

Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales à condition de mentionner l'auteur et la source.

L'IDH vise à assurer un accès aussi large que possible à ses publications. Nous utilisons de grandes polices de caractères, des lignes courtes (sans virgules), un texte aligné à gauche et des contrastes importants afin d'offrir une lisibilité maximale. Pour de plus amples informations sur l'accessibilité, veuillez cliquer sur : www.humanrights.dk/accessibility (en anglais)

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	6
INTRODUCTION	9
1 LA SANTE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET LE SYSTEME INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME	14
1.1 LE CADRE GENERAL DES DROITS DE L'HOMME EN MATIERE DE SDSR	14
1.1.1 OBLIGATIONS DES ÉTATS	14
1.1.2 LE SYSTEME DES DROITS DE L'HOMME	16
1.1.3 APPROCHE FONDEE SUR LES DROITS DE L'HOMME (AFDH)	16
1.2 SANTE ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS	17
1.2.1 LES DROITS REPRODUCTIFS	19
1.2.2 LA SANTE EN MATIERE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	19
2 L'APPROCHE DE DAAQ	22
3 MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS	26
3.1 REMARQUES SUR LA SANTE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET PRINCIPES RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME	26
3.1.1 NON-DISCRIMINATION	27
3.1.2 PARTICIPATION	27
3.1.3 RESPONSABILITE	28
3.1.4 PERTINENCE CULTURELLE	29
3.1.5 PRISE DE DECISION ECLAIREE	29
3.1.6 VIE PRIVEE ET CONFIDENTIALITE	30
3.2 DAAQ ET SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	30
3.2.1 DAAQ ET PLANNING FAMILIAL	30
3.2.2 DAAQ ET AVORTEMENT SANS RISQUES	31
3.2.3 DAAQ ET SOINS PRE- ET POST-NATALS ET ACCOUCHEMENT SANS RISQUES	33
3.2.4 DAAQ ET PREVENTION ET TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	34
3.3 INDICATEURS ILLUSTRATIFS DE DAAQ EN MATIERE DE SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	35

3.3.1 INDICATEURS DE STRUCTURE :	36
3.3.2 INDICATEURS DE PROCESSUS :	36
3.3.3 INDICATEURS DE RESULTAT :	36
SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE STRUCTURE	38
SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS	39
NOTES DE FIN	40

ABRÉVIATIONS*

AFDH	Approche fondée sur les droits de l'homme
CAT	Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CPRD	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
DAAQ	Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCDH	Haut-Commissariat aux droits de l'homme
ICCPED	Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées
ICERD	Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale
ICRMW	Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille
IDDH	Institut danois des droits de l'homme
INDH	Institution nationale des droits de l'homme
IST	Infections sexuellement transmissibles
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA CIPD	Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TAR	Traitement antirétroviral

* Les acronymes anglais des conventions onusiennes et des organes de traités connexes sont utilisés dans le présent document, conformément au site internet du HCDH (<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx> et <http://www.ohchr.org/FR/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>), à l'exception du PIDCP et du PIDESC, dont les acronymes en français sont largement utilisés dans la littérature spécialisée.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Des millions de femmes meurent chaque année de maladies maternelles et néonatales et d'infections sexuellement transmissibles évitables. Des femmes et des filles se retrouvent dans des situations misérables, causées par les abus sexuels, les grossesses non désirées et les avortements non médicalisés.

La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) constituent un engagement global à lutter contre ces maux, non pas par charité, mais parce que chaque être humain a le droit de vivre dans la liberté et la dignité. La santé et les droits sexuels et reproductifs font partie intégrante du droit à la santé consacré par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), et par un grand nombre d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. En outre, les SDSR sont fermement ancrés dans l'Agenda 2030 pour les Objectifs de développement durable (ODD). La protection et la promotion des SDSR se démarquent notamment comme un engagement central dans le cadre de l'ODD 3 sur la santé, et de l'ODD 5 sur l'égalité des sexes.

Mais les SDSR sont une problématique vaste, complexe et sensible et les principes conçus au niveau de l'ONU sont souvent très éloignés des réalités du terrain. Il est nécessaire de bâtir des liens opérationnels entre les principes et les réalités et ce document vise à y contribuer. Ce document entend notamment illustrer une approche visant à rendre plus concrets les attributs des SDSR par le biais de critères de DAAQ relatifs aux droits de l'homme. L'approche de DAAQ aide à évaluer les normes et les niveaux d'adéquation en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité et ces critères découlent essentiellement du PIDESC et d'autres instruments et interprétations faisant autorité en matière de droits de l'homme. Ainsi, l'approche de DAAQ crée des liens opérationnels entre les principes et les réalités : elle traduit les principes en termes concrets, offrant ainsi des orientations utiles et pratiques.

Afin de cadrer le domaine d'analyse spécifique, le document présente les définitions clés en matière de SDSR et définit le domaine général des SDSR. Sur cette base, il place les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au cœur d'une schématisation et d'une analyse de DAAQ approfondies.

En tant que point de référence général permettant d'analyser de près un certain nombre de catégories spécifiques de services de SSR, le document avance les principes génériques de DAAQ suivants :

- Disponibilité :** Les services de SSR doivent être disponibles en quantité suffisante et fournis de manière continue.
- Accessibilité :** Les services de SSR doivent être accessibles à toute personne, que ce soit en termes d'accès physique, d'accessibilité financière, d'accès à l'information et de non-discrimination.
- Acceptabilité :** Les SSR doivent être acceptables pour les utilisateurs, culturellement appropriés et sensibles aux groupes vulnérables.
- Qualité :** Les services de SSR doivent respecter les normes de qualité en vigueur.

Afin de définir le contexte de cette analyse, le document débute par une introduction à la notion de SDRS et au système des droits de l'homme. En outre, il décrit les principes relatifs à l'approche fondée sur les droits de l'homme (AFDH), utilisée dans la coopération en matière de développement au sein du système de l'ONU et par de nombreux donateurs comme une approche clé pour la mise en œuvre des SDRS.

Le chapitre suivant présente l'approche et la méthodologie de DAAQ. Le chapitre énonce également cinq domaines de services en matière de SSR : le planning familial volontaire, l'avortement sans risques, les soins pré- et post-natals, l'accouchement sans risques et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles. La présentation est complétée par des orientations sur la manière d'extraire et d'organiser les informations provenant de sources relatives aux droits de l'homme afin de conceptualiser et d'opérationnaliser les services de SSR. Les remarques générales sur les principes et concepts relatifs aux droits de l'homme en matière de SSR sont présentées dans le chapitre suivant. Ce chapitre offre en particulier une analyse illustrative de DAAQ des services de SSR.

Le document conclut par un tableau exhaustif qui présente les indicateurs de DAAQ illustrant chaque domaine de service de SSR. Le tableau a pour but de montrer comment les services de SSR peuvent être articulés, grâce à l'approche de DAAQ, en des termes clairs et mesurables.

Le document ne fournit en aucun cas une analyse conclusive de la question complexe des SDR. L'analyse de DAAQ des services de SSR doit être replacée dans le cadre des perspectives plus générales sur les SDR telles que reflétées dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans les engagements en matière de développement. Mais tout en reconnaissant l'ensemble des limites, le document poursuit l'objectif modeste et néanmoins ambitieux, d'illustrer la manière dont l'approche de DAAQ peut contribuer à bâtir des liens opérationnels entre les principes et les réalités. En tant que tel, il vise à constituer une source d'inspiration pour les acteurs du domaine des SDR, qui souhaitent appliquer l'approche de DAAQ pour protéger et promouvoir ces droits de l'homme.

INTRODUCTION

La concrétisation de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) est essentielle pour le développement des sociétés et pour permettre aux femmes et aux filles de vivre dans la dignité. Le système onusien des droits de l'homme a confirmé à de nombreuses reprises que la santé sexuelle et reproductive est un droit de l'homme, établi dans les conventions fondamentales relatives aux droits de l'homme et développé plus en avant dans le droit souple. La Déclaration de Pékin et le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA CIPD)¹ soulignent que les SDSR font partie intégrante du droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint². Dans une perspective de développement plus large, les SDSR figurent aussi parmi les objectifs clés des Objectifs de développement durable (ODD)³ et des références directes aux traités relatifs aux droits de l'homme concernant les SDSR se trouvent dans les cibles elles-mêmes⁴.

Cependant, la mise en œuvre adéquate des engagements des États pour concrétiser les SDSR demeure un défi, particulièrement dans les pays en développement. Chaque année, on estime que 287 000 femmes meurent dans le cadre de leur grossesse ou de leur accouchement et 99 % de ces femmes vivent dans les pays en développement. À l'échelle mondiale, 225 millions de femmes sont confrontées à un besoin non satisfait de contraceptifs, et en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, moins de la moitié des femmes enceintes bénéficie de soins prénatals adéquats. En plus du taux élevé de mortalité maternelle actuel dans les pays en développement, le besoin non satisfait de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) a des conséquences qui pour être moins foudroyantes n'en sont pas moins cruciales pour les femmes et les sociétés. La forte prévalence de maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH, et les taux élevés d'avortements non médicalisés et de filles contraintes de cesser leur scolarisation en raison de grossesses non désirées, sont des réalités alarmantes dans de nombreux pays en développement⁵.

La concrétisation des SDSR est une tâche complexe et globale, qui requiert des efforts à la fois dans le secteur de la santé et dans la société au sens large. Un certain nombre de problèmes émergent au niveau des actions concrètes relatives aux SDSR. Premièrement, le périmètre des droits est très étendu et

inclut des éléments ayant trait à un grand nombre de droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels allant du droit à une vie sexuelle satisfaisante et sans risques au droit des couples à décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leur naissance⁶. Deuxièmement, il n'existe pas de consensus clair entre les acteurs internationaux quant à une interprétation précise du contenu des SDSR. Par exemple, les droits sexuels continuent d'être un sujet controversé et un ancien Rapporteur sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint note que « même s'il existe (...) une relation étroite entre la santé sexuelle et la santé génésique, (...) la santé en matière de sexualité et la santé en matière de procréation constituent également des aspects distincts du bien-être humain »⁷. Cependant, il est difficile d'identifier avec exactitude ce qui se trouve à l'intersection de ces droits et ce qui appartient séparément à chaque dimension. Troisièmement, étant donné la diversité des contextes et situations pays, les instruments généraux relatifs aux droits de l'homme ne peuvent déterminer spécifiquement la manière dont les droits doivent être mis en œuvre, et doivent donner aux États une certaine flexibilité pour choisir les moyens les plus appropriés à la réalisation des SDSR. Par exemple, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) stipule que les États doivent prendre des mesures pour s'assurer de « la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie »⁸. Cependant, le niveau et le périmètre de ces services, par rapport à la santé reproductive p. ex., ne sont pas spécifiés dans le Pacte, mais développés dans le cadre d'autres forums, comme la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994.

Droits sexuels : lectures utiles

OMS 2015 : Santé sexuelle, droits de l'homme et législation (*Sexual health, human rights and the law* - en anglais uniquement)

OMS 2014 : Santé et droits sexuels et reproductifs : un développement mondial, la santé, et une priorité en matière de droits de l'homme (*Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority* - en anglais uniquement)

OMS 2010 : L'utilisation des droits de l'homme pour la santé sexuelle et reproductive : améliorer les cadres législatifs et réglementaires (*Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks* - en anglais uniquement)

FNUAP 2014 : Les droits reproductifs sont des droits de l'homme : un manuel à destination des Institutions nationales des droits de l'homme (*Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions* - en anglais uniquement)

FNUAP 2014 : Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité

FNUAP 2014 : Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action

CESCR 2000 : Observation générale n° 14 sur le droit à la santé

CESCR 2016 : Observation générale n° 22 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs

Rapporteur spécial sur le droit à la santé 2011 : Rapport à l'Assemblée générale A/66/254 (thème principal : criminalisation de la santé sexuelle et reproductive)

Rapporteur spécial sur le droit à la santé 2010 : Rapport au Conseil des droits de l'homme A/HRC/14/20 (thème principal : criminalisation de la santé sexuelle et reproductive)

Rapporteur spécial sur le droit à la santé 2004 : Rapport à la Commission des droits de l'homme E/CN.4/2004/49 (thème principal : le droit à la santé sexuelle et reproductive)

Sites web :

www.sexualrightsinitiative.com (l'Initiative pour les droits sexuels gère également une base de données sur l'EPU : <http://sexualrightsinitiative.com/universal-periodic-review>) - en anglais uniquement

www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health (en anglais uniquement)

Le système relatif aux droits de l'homme vise à répondre à ces défis par des efforts continus visant à préciser le contenu et l'interprétation des SDSR. En particulier, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), le Rapporteur spécial sur le droit à la santé et le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) ont joué un rôle clé dans la promotion d'un consensus sur les différentes perspectives de droits de l'homme en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans le domaine du développement, les agences de l'ONU comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont détaillé les différentes composantes des SDSR et développé des cadres et orientations de mise en œuvre à destination des parties prenantes⁹. De plus, le cadre des ODD, et notamment les objectifs 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et 5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) fait également ressortir certains SDSR¹⁰. Même si ces cadres mondiaux définissent le contenu, les cibles et les objectifs normatifs des SDSR, ils offrent des orientations opérationnelles limitées quant aux mesures à prendre dans les pays et contextes locaux. Le PA CIPD a contribué à opérationnaliser les engagements politiques de haut-niveau en actions spécifiques à mettre en œuvre. Plus récemment, la Revue du programme d'action de la CIPD pour l'après-2014, portant sur les progrès, lacunes et défis rencontrés dans la réalisation des promesses faites en 1994, a conduit l'Assemblée générale de l'ONU à adopter le Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la CIPD. Le processus a également établi les liens forts et sans équivoque entre le Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la CIPD et l'Agenda de développement durable pour l'après-2015.

L'approche fondée sur les droits de l'homme en matière de développement (AFDH) marque une étape décisive dans la consolidation des liens opérationnels entre les droits de l'homme et les réalités de la coopération internationale en matière de développement. Afin de marquer leur attachement à l'AFDH, les membres du Groupe de développement de l'ONU, dont le PNUD, l'OMS et le FNUAP, ont adopté la Position commune de Stamford en 2003. Cette dernière positionne les droits de l'homme de manière ferme en tant qu'objectif principal des efforts de développement, et applique les principes relatifs aux droits de l'homme sur la participation, la responsabilité et la non-discrimination à tous les processus de développement. De plus, elle a permis de donner une plus grande attention à l'importance d'intégrer les droits de l'homme dans toutes les étapes de programmation, y compris dans les politiques, les objectifs, les processus et les activités. L'AFDH a par conséquent contribué à faire passer les discussions relatives aux SDSR de la nécessité de « bien faire » à une question de mise en œuvre universelle des droits de l'homme.

L'AFDH est utilisée dans la coopération en matière de développement au sein du système de l'ONU ainsi que par de nombreux donateurs, et constitue une approche clé pour la mise en œuvre des SDSR.

Comme résumé plus haut, il existe une documentation et des expériences pratiques multiples sur lesquelles les différents acteurs peuvent se baser dans leurs efforts de mise en œuvre progressive des SDSR. En se fondant sur les ressources existantes, le présent document présente l'approche fondée sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (DAAQ), qui peut être utilisée pour concrétiser et articuler encore davantage les éléments spécifiques aux SDSR. Ce document appliquera l'approche de DAAQ aux services de santé sexuelle et reproductive (le planning familial volontaire ; l'éducation et l'information sur la santé sexuelle et reproductive ; l'avortement et les soins post-avortement ; les soins pré- et post-natals à la fois pour la mère et pour l'enfant, et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/SIDA)¹¹. Le but est de démontrer une méthodologie simple et facile à utiliser pour identifier et organiser les obligations juridiquement contraignantes les plus élevées et les engagements politiques, et les traduire en indicateurs spécifiques dans le cadre de la fourniture de services. Les indicateurs de DAAQ peuvent compléter des cadres d'indicateurs existants et orienter les actions des États, des Institutions nationales des droits de l'homme (INDH), de la société civile et des entreprises dans le domaine des SDSR.

Afin de définir le contexte de cette analyse, le document débute par une introduction à la notion de SDSR et au système des droits de l'homme. Il décrit aussi les principes relatifs à une AFDH. Le chapitre 2 présente l'approche et la méthodologie de DAAQ. Le chapitre énonce également les cinq domaines de services en matière de SSR. La présentation est complétée par des orientations sur la manière d'extraire et d'organiser les informations provenant de sources relatives aux droits de l'homme afin de conceptualiser et d'opérationnaliser les services de SSR. Les remarques générales sur les principes et concepts relatifs aux droits de l'homme en matière de SSR sont présentées dans le chapitre suivant. Ce chapitre offre en particulier une analyse illustrative de DAAQ des services de SSR.

Le document conclut par un tableau exhaustif, qui présente les indicateurs de DAAQ pour chaque domaine de service de SSR. Le tableau a pour but de montrer comment les services de SSR peuvent être articulés, grâce à l'approche de DAAQ, en des termes clairs et mesurables.

CHAPITRE 1

1 LA SANTE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET LE SYSTEME INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME

Ce chapitre offre tout d'abord une introduction aux droits de l'homme, y compris au système des droits de l'homme et à l'AFDH en matière de développement. À l'appui de cette introduction, les SDSR sont présentés dans un contexte lié aux droits de l'homme, et leurs thèmes et sujets sous-jacents sont examinés.

Les droits de l'homme sont un ensemble de droits universels, ce qui signifie qu'ils s'appliquent à tous les êtres humains sans discrimination d'aucune sorte. En outre, les droits de l'homme sont indivisibles (tous les droits ont un statut égal et une importance égale) et interdépendants (chaque droit dépend, partiellement ou totalement, de la réalisation d'autres droits). Par exemple, en ce qui concerne les filles, un mariage et une maternité précoces peuvent avoir une incidence négative sur leur droit à l'éducation. Les droits de l'homme sont exprimés dans les traités internationaux, le droit international coutumier ainsi que dans les constitutions, lois, règlements et politiques nationales.

1.1 LE CADRE GENERAL DES DROITS DE L'HOMME EN MATIERE DE SDSR

1.1.1 OBLIGATIONS DES ÉTATS

Les obligations des états en matière de droits de l'homme sont prévues dans les traités, qui sont juridiquement contraignants pour les États qui les ratifient. La Charte internationale des droits de l'homme comprend la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). De plus, les traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme prévoient des obligations sur des thèmes spécifiques et pour des groupes spécifiques.

Dans le domaine des droits de l'homme, l'État est assujéti à des obligations : c'est le signataire des traités. L'État est responsable envers les individus, détenteurs de droits, et dont les droits sont protégés par les traités.

La compréhension établie des obligations des États au titre du PIDESC (et d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme) fait référence à un cadre qui impose trois obligations à l'État : respecter, protéger et mettre en œuvre¹². L'obligation de respecter signifie que l'État ne doit pas interférer dans la jouissance du droit. L'obligation de protéger signifie que l'État, par le biais de mesures législatives et judiciaires, est tenu de s'assurer qu'aucun tiers n'interfère dans la jouissance du droit. L'obligation de mettre en œuvre implique de prendre des mesures pour la mise en œuvre des droits. Cette dernière est souvent déclinée entre obligations de faciliter, de promouvoir et de garantir. L'obligation de faciliter implique de prendre des mesures positives et d'adopter des stratégies propices à la création de conditions nécessaires permettant aux individus de mettre en œuvre leurs propres demandes. L'obligation de promouvoir implique de sensibiliser aux droits par le biais de l'éducation et de la diffusion d'informations. L'obligation de garantir implique une fourniture directe de biens et services aux individus qui, pour des raisons indépendantes de leur volonté, ne sont pas en mesure de répondre à leurs propres besoins¹³. Lors de l'évaluation du respect des droits de l'homme par un État, cette typologie revêt une importance particulière car elle permet d'identifier plus précisément le non-respect potentiel, et d'orienter les actions requises.

Le niveau de mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels au titre du PIDESC dépendra des ressources et des infrastructures de l'État. Tout en reconnaissant que les États peuvent ne pas avoir les ressources suffisantes pour mettre pleinement en œuvre les droits contenus dans le PIDESC, un ensemble d'obligations fondamentales a été établi pour chaque droit. Les États doivent prioriser ces obligations de manière immédiate. Les SDSR sont partiellement couverts par les obligations fondamentales, car ils incluent la « santé reproductive, maternelle et infantile »¹⁴. Cependant, il n'est pas suffisant que les États se conforment aux obligations fondamentales, et par conséquent, il convient d'adopter une approche basée sur la mise en œuvre progressive de tous les droits contenus dans le PIDESC, prévoyant une mise en œuvre graduelle de ces derniers au fil du temps. Afin d'y parvenir, l'État doit utiliser le maximum de ressources disponibles, y compris ses propres ressources ainsi que l'assistance d'autres pays. Ce principe de mise en œuvre progressive donne aux États une certaine flexibilité pour définir les priorisations nécessaires, y compris dans le secteur de la santé. Ces priorisations peuvent par exemple consister à limiter le nombre d'hôpitaux offrant des services de santé particulièrement coûteux, ou à combiner des classes de planning familial et d'éducation sexuelle afin de réduire les coûts.

1.1.2 LE SYSTEME DES DROITS DE L'HOMME

Le système onusien des droits de l'homme comprend différents instruments, mécanismes et institutions visant à soutenir et superviser la mise en œuvre des droits de l'homme par les États. Chacun des traités onusiens a créé un Organe de supervision (Comité d'experts) destiné à superviser la mise en œuvre par les États et à préciser l'interprétation des traités. L'Organe de supervision du PIDESC est le CESCR. Le Comité examine tous les États parties à intervalles réguliers sur la base de rapports nationaux relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels. Au cours de ce processus, la société civile et les INDH peuvent soumettre des rapports alternatifs, qui sont pris en considération lorsque le Comité adresse des recommandations à l'État. Les SDSR ont été abordés dans plusieurs rapports du Comité, à l'instar du Chili, du Koweït et du Brésil¹⁵. Les organes de supervision des traités publient également leurs propres interprétations de leurs traités respectifs, sous la forme d'Observations générales. Par exemple, le CESCR a publié l'Observation générale n° 14 sur le droit à la santé et l'Observation générale n° 22 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. En plus des Organes de supervision des traités, le Conseil des droits de l'homme a établi un certain nombre de Procédures spéciales (p. ex. Rapporteurs spéciaux), qui sont mandatées pour faire rapport et conseiller sur des thématiques spécifiques relatives aux droits de l'homme ou sur des pays spécifiques. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé est particulièrement important pour les SDSR. Les mandats des Procédures spéciales sont variables et peuvent inclure des visites pays, des recommandations aux États en réponse aux informations soumises par la société civile et d'autres acteurs du domaine des droits de l'homme, des compilations de bonnes pratiques, des actions de coopération avec les professionnels du développement, etc.

1.1.3 APPROCHE FONDEE SUR LES DROITS DE L'HOMME (AFDH)

L'émergence de l'approche fondée sur les droits de l'homme (AFDH) a changé la manière dont les problématiques relatives au développement sont articulées, et a renforcé la position des DESC au sein de l'agenda international des droits de l'homme.

L'AFDH est une méthode qui permet aux professionnels du développement et à d'autres acteurs de positionner fermement les droits de l'homme en tant qu'objectif pour le développement, de lier explicitement les efforts en matière de développement aux normes relatives aux droits de l'homme et de faire en sorte que les principes clés relatifs aux droits de l'homme orientent systématiquement le processus de développement. L'AFDH se fonde sur le système des droits de l'homme et clarifie les droits, obligations, rôles et capacités des titulaires de droits et d'obligations. L'approche trouve sa source dans les instruments et mécanismes relatifs aux droits de l'homme, qui

contraignent juridiquement et/ou orientent légitimement les actions des États, des prestataires du secteur privé et de la société civile. Grâce à l'AFDH, les droits de l'homme deviennent une partie intégrante du développement humain, car les objectifs de développement sont liés aux normes connexes relatives aux droits de l'homme, et les principes relatifs aux droits de l'homme sont appliqués à tous les stades de la planification et de la mise en œuvre de projets et programmes. Les principes fondamentaux de l'AFDH sont décrits plus en détail ci-dessous.

1.2 SANTE ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

En dépit de la documentation abondante confirmant et détaillant les SDRS, il peut se révéler difficile de déterminer avec exactitude ce que cet ensemble de droits implique et quels titulaires de droits peuvent bénéficier d'une fourniture de services. Cette section présente les définitions clés en matière de SDRS, et place les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au cœur d'une schématisation et d'une analyse de DAAQ approfondies.

Les SDRS se fondent sur un ensemble de garanties fondamentales relatives aux droits de l'homme, contenues dans les traités internationaux et régionaux en la matière. Les traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme pertinents sur le plan du droit général à la santé comportent les dispositions suivantes concernant les SDRS :

ILLUSTRATION N° 1 : DISPOSITIONS CONCERNANT LA SANTÉ ET SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
TRAITE RELATIF AUX DROITS DE L'HOMME	DISPOSITIONS CONCERNANT LA SANTE ET SEXUELLE ET REPRODUCTIVE
PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS	Art. 12 (1) : les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2) : Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) La diminution de la mortalité infantile et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la

	lutte contre ces maladies ; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.
CONVENTION SUR L'ELIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION A L'EGARD DES FEMMES	Art. 12 : 1. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. 2. (...) les États parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.
CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES	Art. 25 (a) : fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires ;
CONVENTION INTERNATIONALE SUR LA PROTECTION DES DROITS DE TOUS LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ET DE LEUR FAMILLE	Art. 28 : Les travailleurs migrants et les membres de leur famille ont le droit de recevoir tous les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence pour préserver leur vie ou éviter un dommage irréparable à leur santé, sur la base de l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État en cause. De tels soins médicaux d'urgence ne leur sont pas refusés en raison d'une quelconque irrégularité en matière de séjour ou d'emploi. Art. 43 : 1. Les travailleurs migrants bénéficient de l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État d'emploi, en ce qui concerne : e) L'accès aux services sociaux et sanitaires, sous réserve que les conditions requises pour avoir le droit de bénéficier des divers programmes soient remplies ;

Les SDSR englobent également un certain nombre de droits civils et politiques contenus dans le PIDCP, comme le droit à la vie (art. 6), le droit à la liberté et à la sécurité (art. 9), le droit à la vie privée (art. 17), et le droit à recevoir et répandre des informations (art. 19)¹⁶. Les libertés liées aux SDSR comprennent un droit à disposer de sa santé et de son corps. Les viols et violences sexuelles, les

stérilisations et avortements forcés ainsi que les mariages forcés constituent des violations des libertés sexuelles et reproductives¹⁷.

En s'appuyant sur l'élan suscité par la reconnaissance des SDSR dans les traités relatifs aux droits de l'homme, la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994 a consolidé l'égalité des droits des femmes et des filles, et reconnu que l'accomplissement universel des SDSR était une condition préalable au développement durable¹⁸. En reconnaissant les SDSR comme une problématique centrée sur les droits et le bien-être et non comme un moyen de contrôle de la population, le PA CIPD est l'un des documents les plus exhaustifs sur le sujet. Le PA CIPD est mentionné dans l'Observation générale n° 14 sur le droit à la santé et l'Observation générale n° 22 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. Il est aussi fréquemment cité par le Rapporteur spécial sur le droit à la santé en relation avec les SDSR. En outre, le PA CIPD est explicitement cité dans la cible 5.6 des ODD, réaffirmant ainsi son importance comme une source clé dans le domaine des SDSR¹⁹.

Le PA CIPD établit que :

1.2.1 LES DROITS REPRODUCTIFS

” correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme »²⁰.

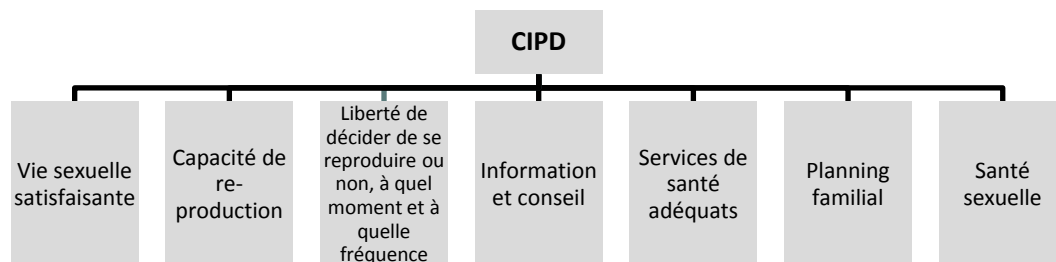
1.2.2 LA SANTE EN MATIERE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

” désigne le « bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé en matière sexuelle et reproductive suppose donc qu'une personne puisse mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité,

qu'elle soit capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé »²¹.

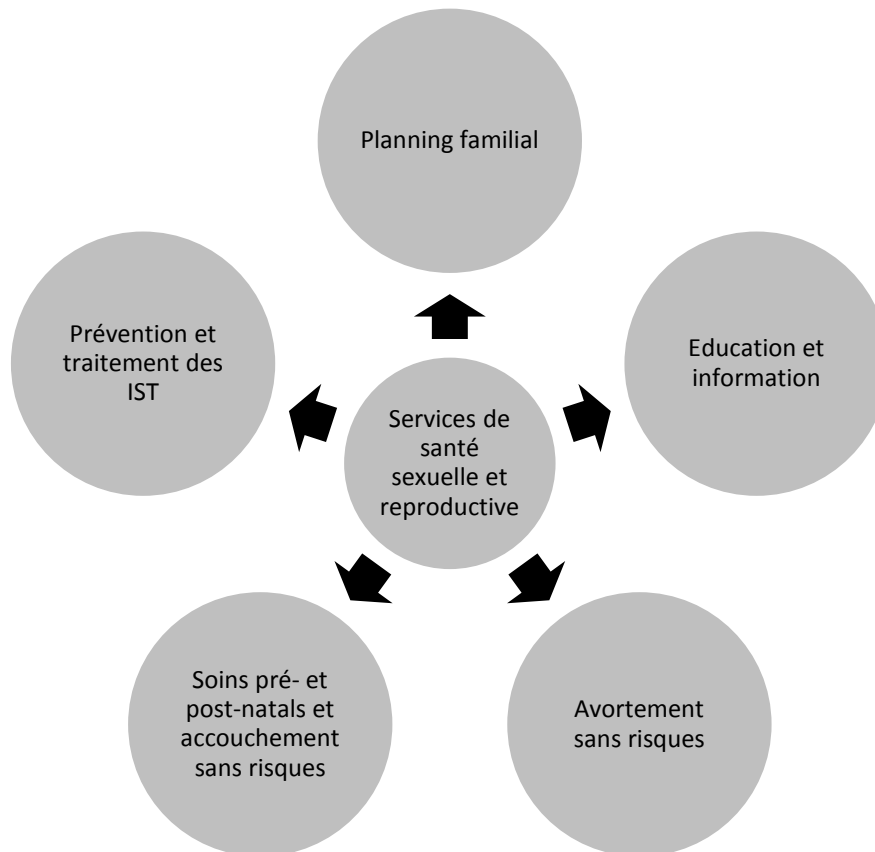
Le PA CIPD comporte un éventail de questions thématiques dont l'ensemble constitue une approche globale en matière de SDR.

ILLUSTRATION N° 2 : QUESTIONS THEMATIQUES INCLUSES DANS LE PA CIPD



Parmi les actions requises pour mettre en œuvre les SDR, le PA CIPD énonce que les États doivent s'efforcer de rendre disponibles certains services de SSR. Ces services comprennent le planning familial volontaire ; l'éducation et l'information sur la santé sexuelle et reproductive ; l'avortement et les soins post-avortement²² ; les soins pré- et post-nataux à la fois pour la mère et pour l'enfant, et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/SIDA (cf. illustration n° 2)²³. Ces services se retrouvent non seulement dans les initiatives des États, mais aussi dans celles des principales agences onusiennes, comme le FNUAP²⁴ et l'OMS²⁵.

ILLUSTRATION N° 3 : SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, CIPD 1994



Les parties suivantes de ce document de discussion se concentreront sur le groupe de services de SSR issu de la CIPD et présenté dans l'illustration n° 3 ci-dessus. Le but est de conceptualiser le sens de ces services, afin d'ouvrir la voie à une analyse de DAAQ et à l'identification d'indicateurs illustratifs de DAAQ. L'importance accordée à la question de la fourniture de services de SSR ne doit pas être perçue comme une tentative de réduire le vaste champ des SDSR, qui englobent à la fois des libertés et des droits. Cependant, étant donné que l'approche de DAAQ est particulièrement pertinente pour évaluer le respect des droits de l'homme dans le cadre de la fourniture de services, les services de SSR mentionnés dans le PA CIPD ont été retenus comme sujets d'analyse. L'analyse de DAAQ des services de SSR doit être replacée dans le cadre des perspectives plus générales sur les SDSR telles que reflétées dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans les engagements en matière de développement.

CHAPITRE 2

2 L'APPROCHE DE DAAQ

Tous les droits de l'homme sont interdépendants et étroitement liés, ce qui implique que la mise en œuvre d'un droit dépend souvent, totalement ou partiellement, de la mise en œuvre d'autres droits. Par exemple, la mise en œuvre du droit à la santé peut dépendre, dans certaines circonstances, de la mise en œuvre du droit à l'éducation ou du droit à l'information. Ce principe est au cœur des droits de l'homme, et est énoncé, p. ex., dans l'Observation générale n° 22²⁶.

Par conséquent, la méthodologie de DAAQ ne vise aucunement à compartimenter ou réduire le périmètre des droits de l'homme, mais à fournir des orientations explicites sur la manière d'opérationnaliser adéquatement les critères de DAAQ en lien avec certains droits sociaux. Il doit donc être entendu dès le départ que la méthodologie de DAAQ se concentre sur les critères de DAAQ en ce qu'ils se rapportent aux droits sociaux, sans couvrir de manière exhaustive tous les aspects de ces droits, et sans limiter ces droits aux critères de DAAQ. Le champ d'application fondamental de l'approche de DAAQ est le domaine des droits sociaux, qui prévoit que les États, entre autres, ont une obligation de garantir certains biens, services et installations.

ILLUSTRATION N° 4 : LES QUATRE CRITERES DE DAAQ



Le point de départ pour entreprendre une analyse des critères de DAAQ sur un droit donné consiste à identifier les dispositions spécifiques des instruments pertinents relatifs aux droits de l'homme, qui stipulent globalement le contenu et l'étendue de ce droit. Au cours de ce processus, une attention particulière doit être accordée à la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), considérée comme du droit international coutumier, et aux traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, qui représentent le socle du système international des droits de l'homme, et qui sont juridiquement contraignants pour une grande majorité d'États (cf. illustration n° 5).

ILLUSTRATION N°5 : LES DIX TRAITES FONDAMENTAUX RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME²⁷

CONVENTION INTERNATIONALE SUR L'ELIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION RACIALE (ICERD)	1965
PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS CIVILS ET POLITIQUES (PIDCP)	1966
PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS	1966
CONVENTION SUR L'ELIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION A L'EGARD DES FEMMES (CEDAW)	1979
CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DEGRADANTS (CAT)	1984
CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT	1989
CONVENTION INTERNATIONALE SUR LA PROTECTION DES DROITS DE TOUS LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ET DE LEUR FAMILLE (ICRMW)	1991
PROTOCOLE FACULTATIF A LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DEGRADANTS	2002
CONVENTION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE TOUTES LES PERSONNES CONTRE LES DISPARITIONS FORCEES (ICCPED)	2006
CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES (CRPD)	2006

L'analyse de ces instruments clés relatifs aux droits de l'homme permet une identification préliminaire des éléments et attributs fondamentaux appartenant à un droit donné. Par la suite, la compréhension de l'étendue, du contenu et des implications opérationnelles d'un droit donné peut être plus amplement détaillée en identifiant et en étudiant d'autres sources d'autorité ayant contribué à l'ensemble des acquis. Dans ce contexte, les organes de supervision des traités, créés pour superviser la mise en œuvre des traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, revêtent une importance particulière. Par exemple, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), dans ses Observations générales n° 14 et 22, a fourni des éléments précieux sur les critères de DAAQ

relatifs au droit à la santé. D'autres sources comprennent des accords internationaux, comme la Déclaration de Pékin et la Plateforme d'action, le PA CIPD, les ODD, ainsi que des documents élaborés par des institutions internationalement reconnues, agences onusiennes, ONG internationales, universitaires, etc.

La Commission de la population et du développement, organe de supervision du document final de la CIPD et principal contributeur au rapport de la CIPD pour l'après-2014²⁸ suggère la typologie de sources suivante pour parvenir à une cartographie exhaustive en matière de droits de l'homme :

1. **Instruments juridiquement contraignants** : conventions, pactes, traités (PIDESC, CEDAW, CRPD, CRC)
2. **Engagements intergouvernementaux en matière de droits de l'homme** : déclarations, résolutions
3. **Autres engagements intergouvernementaux** : résultats de conférences et documents de consensus (ICPD, ODD)
4. **Autres documents de droit souple** : principes directeurs, observations générales, recommandations, observations finales des organes de supervision des traités

Afin d'organiser et de prioriser ces sources de manière plus précise, l'approche de DAAQ fonctionne selon une hiérarchie juridique et une ligne de déduction, qui commence au niveau des traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, et englobe les engagements intergouvernementaux relatifs aux droits de l'homme et les autres engagements intergouvernementaux. Enfin, d'autres documents de droit souple, comme les observations générales, sont analysés. Dans le cadre de ce processus, les principaux contenus, périmètres et implications opérationnelles du droit en question sont identifiés, établissant ainsi les principaux attributs à prendre en considération. En outre, l'analyse de documents permet d'identifier des indicateurs génériques, qui peuvent être utilisés pour évaluer systématiquement les critères de DAAQ relatifs au droit en question. Les indicateurs de DAAQ sont directement liés aux normes relatives aux droits de l'homme, et sont par conséquent qualifiés d'« indicateurs relatifs aux droits de l'homme » au sens du HCDH, en ce qu'ils peuvent générer une « information spécifique faisant le point sur l'état ou la situation d'un objet, d'un événement, d'une activité ou d'un résultat susceptible d'être rattaché aux règles et normes en matière de droits de l'homme ; qui concerne et reflète les préoccupations et les principes relatifs aux droits de l'homme ; et qui peut être utilisée pour évaluer et surveiller la promotion et la mise en œuvre des droits de l'homme »²⁹. L'approche de DAAQ suit les recommandations du HCDH selon

lesquelles les droits de l'homme doivent être évalués sur la base d'indicateurs de structure, de résultat et de processus. La complémentarité des indicateurs de structure, de processus et de résultat est expliquée dans l'illustration n° 6 ci-dessous³⁰.

ILLUSTRATION N° 6 : INDICATEURS DE STRUCTURE, DE PROCESSUS ET DE RESULTAT

Indicateurs de structure	Indiquent si des structures et mécanismes essentiels à la réalisation d'un droit donné sont en place. Des exemples de structures et mécanismes de ce type peuvent être la ratification de traités internationaux contenant des SDSR, un plan d'action national de mise en œuvre des SDSR et l'existence de mécanismes de traitement de plaintes ayant trait aux SDSR.
Indicateurs de processus	Mesurent les efforts déployés par les États pour mettre en œuvre un droit donné via des programmes, activités ou interventions. De tels indicateurs de processus peuvent être par exemple le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de conseils et d'un dépistage du VIH, et le pourcentage de personnes bénéficiant d'informations sur la santé
Indicateurs de résultat	Mesurent l'impact de programmes, activités et interventions initiés pour mettre en œuvre les SDSR. De tels indicateurs de résultat peuvent être par exemple le taux de mortalité maternelle ou le taux de prévalence du VIH

CHAPITRE 3

3 MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Ce chapitre est divisé en trois sections. Premièrement, des considérations et remarques sur les SDSR en lien avec les principes et concepts relatifs aux droits de l'homme sont introduites. Les SDSR englobent un certain nombre de principes et concepts relatifs aux droits de l'homme déjà établis, et la première partie aborde la signification et les applications spécifiques de ces concepts dans le contexte des SDSR. Deuxièmement, une analyse illustrative de DAAQ des services de SSR identifiés ci-dessus (2) est présentée. Cette analyse offre une description des critères de DAAQ pour chacun des services identifiés (le planning familial volontaire ; l'éducation et l'information sur la santé sexuelle et reproductive ; l'avortement et les soins post-avortement³¹ ; les soins pré- et post-nataux à la fois pour la mère et pour l'enfant, et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/SIDA). Troisièmement, en s'appuyant sur l'analyse de DAAQ, les indicateurs illustratifs de DAAQ sont listés en référence aux principales sources relatives aux SDSR. Collectivement, les trois sections visent à opérationnaliser des aspects clés de la fourniture de SDSR en appliquant l'approche de DAAQ et en listant des indicateurs de DAAQ pour les principaux services de SSR.

3.1 REMARQUES SUR LA SANTE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET PRINCIPES RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME

Avant de présenter l'analyse illustrative de DAAQ et les indicateurs connexes concernant les services de SSR, il est important de réfléchir à certains principes et concepts relatifs aux droits de l'homme, qui jouent un rôle vital dans la fourniture de services de SSR. Les principes relatifs aux droits de l'homme incluent la non-discrimination, la participation et la responsabilité, alors que les concepts concernent la pertinence culturelle, la prise de décision éclairée et les questions liées à la vie privée et à la confidentialité. Ces principes sont généralement désignés par l'expression « principes relatifs à l'AFDH ».

3.1.1 NON-DISCRIMINATION

Tous les individus sont égaux en tant qu'êtres humains et tous les être humains jouissent pleinement de leurs droits de l'homme sans discrimination d'aucune sorte. La priorité doit être donnée aux individus les plus exposés au risque de discrimination et aux conséquences négatives des inégalités économiques, sociales et politiques. Le genre constitue un motif principal d'inégalité et doit être pris en compte à tout moment et à tous niveaux.

Les critères de DAAQ incluent la notion de non-discrimination comme sous-critère de la partie « accessibilité », aux côtés de l'accessibilité physique, économique et à l'information. Dans le contexte de l'AFDH, la non-discrimination est aussi un principe transversal relatif aux droits de l'homme, qui s'applique à tous les critères de DAAQ. Cela implique par exemple de fournir des informations dans les langues locales pertinentes ou d'adapter les interventions aux préférences et besoins particuliers des groupes vulnérables (acceptabilité). Le respect du principe transversal de non-discrimination implique que les données concernant tous les indicateurs soient ventilées selon les catégories de discrimination interdites. Selon l'Observation générale n° 22, « les ressources, les biens, l'information et les services de santé liés à la santé sexuelle et procréative doivent être accessibles à toutes les personnes et tous les groupes sans discrimination »³². Elle s'inscrit dans la lignée de l'Observation générale n° 14, qui présente les motifs de discrimination interdits comme : la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre³³. En plus des motifs généraux d'interdiction de la discrimination, la déclaration de Pékin et la CEDAW appellent à une attention particulière envers les adolescentes, les femmes rurales et les femmes en situations difficiles telles que celles prises au piège dans des conflits armés, ou encore les femmes réfugiées³⁴. Dans une perspective plus large relative aux SDRS, les autres groupes vulnérables peuvent inclure les travailleuses du sexe, les victimes de trafic, les femmes migrantes, les femmes rurales et les peuples autochtones³⁵.

3.1.2 PARTICIPATION

Toute personne a le droit de participer activement, librement et de manière significative à un développement économique, social, culturel et politique. La participation vise à assurer une inclusion systématique des titulaires de droits en les encourageant à exprimer leurs besoins et leurs droits, à demander des comptes aux titulaires d'obligations, et à prendre en main leur propre développement. Les mécanismes de participation doivent être accessibles à toute personne, y compris aux groupes les plus vulnérables. La participation

effective requiert l'accès à l'information ; la liberté d'expression, d'association et de rassemblement ; et une gouvernance transparente et accessible. La participation effective dépend souvent d'un principe de subsidiarité, selon lequel les décisions doivent être prises au plus près des personnes les plus affectées par ces dernières.

En ce qui concerne les services de santé sexuelle et reproductive, la participation du public est essentielle pour parvenir à des résultats positifs. Selon la CIPD, des programmes de santé reproductive doivent être conçus pour répondre aux besoins des femmes, y compris des adolescentes, et doivent impliquer les femmes dans le leadership, la planification, la prise de décision, la gestion, la mise en œuvre, l'organisation et l'évaluation des services. Les gouvernements et les autres organisations doivent prendre des mesures positives pour inclure les femmes à tous les niveaux du système de santé³⁶. La CEDAW exige spécifiquement des États qu'ils s'assurent que les femmes aient le droit de participer pleinement et d'être pleinement représentées dans la formulation des politiques publiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux³⁷.

3.1.3 RESPONSABILITE

La responsabilité est un principe général découlant de plusieurs droits de l'homme distincts et implique l'obligation de rendre compte, l'obligation de s'expliquer et l'obligation de mettre en œuvre³⁸. L'obligation de rendre compte implique que les personnes en position d'autorité soient assujetties à des obligations clairement définies et à des normes de performance, pour permettre une évaluation transparente et objective de leur comportement. L'obligation de s'expliquer exige que les agents publics et les institutions fournissent des justifications motivées de leurs actions et décisions aux personnes concernées. L'obligation de mettre en œuvre exige de créer des mécanismes de supervision du respect des normes établies par les prestataires de services et institutions publiques, d'imposer des sanctions en cas de non-respect et de s'assurer que des actions correctives et réparatrices appropriées soient prises lorsque cela est nécessaire.

La supervision, les recours et la participation peuvent constituer des mécanismes efficaces de responsabilisation. La supervision est une condition préalable pour que les politiciens développent des politiques de santé éclairées, par exemple, sur les SDR. Les États doivent également créer des organes de supervision, capables de surveiller les actions du système de santé et de son personnel afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre des politiques³⁹. La responsabilisation efficace exige une participation de la société, y compris la participation des groupes vulnérables. Cela est particulièrement important en matière de SDR, qui constituent une question sensible pour beaucoup d'entre eux. Ainsi, c'est

seulement en garantissant la participation des femmes et des filles que les services peuvent être fournis de manière acceptable. Sans participation, les femmes et les filles ne peuvent accéder aux connaissances et aux informations concernant leurs SDSR, qui peuvent justement leur permettre de revendiquer ces droits⁴⁰.

3.1.4 PERTINENCE CULTURELLE

Selon l'Observation générale n° 14, « Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés ». Un exemple du droit à bénéficier de services de santé appropriés se trouve dans la Déclaration de l'ONU sur les droits de peuples autochtones, qui énonce que les peuples autochtones ont « droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital »⁴¹. Dans le contexte des SDSR, le terme « pertinence culturelle » est souvent mal interprété. L'expression « services de santé culturellement appropriés » sous-entend le respect de la culture et des perceptions culturelles des titulaires de droits, et ne doit donc pas être interprétée comme une faille permettant à des titulaires d'obligations ou à des tiers d'empêcher ou d'enfreindre les SDSR des femmes au motif qu'ils seraient contraires aux normes et systèmes culturels et religieux. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes souligne que ni les États ni les prestataires de services ne peuvent refuser de fournir des services de santé sexuelle et reproductive en invoquant des « objections de conscience » et si tel était le cas, il convient de s'assurer que les femmes sont dirigées vers un prestataire de santé alternatif⁴². De plus, indépendamment de la pertinence culturelle, les États et autres acteurs ne doivent pas « empêcher les femmes d'avoir accès à certains services de santé (...) au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation de leur mari, de leur partenaire, de leurs parents ou des autorités sanitaires, ou parce qu'elles ne sont pas mariées, ou tout simplement parce que ce sont des femmes »⁴³.

3.1.5 PRISE DE DECISION ECLAIREE

Afin de respecter les SDSR des femmes il est essentiel de s'assurer que les choix en rapport avec la santé sexuelle et reproductive sont effectués de manière autonome. L'autonomie reproductive est un principe bien connu dans le domaine du droit à la santé et garantit qu'aucun être humain ne doit être soumis à des interventions non souhaitées⁴⁴. L'accès à une prise de décision préalable,

libre, pleine et éclairée est un thème essentiel de la déontologie médicale, consacré par le droit relatif aux droits de l'homme. L'information, le conseil et le soutien doivent être rendus accessibles à toute personne sans discrimination et en accordant une attention particulière aux jeunes⁴⁵.

3.1.6 VIE PRIVEE ET CONFIDENTIALITE

Le droit à la vie privée est un droit de l'homme garanti par le PIDCP⁴⁶, et inclut le droit à l'autonomie personnelle. Dans le contexte des SDR, le droit à la vie privée signifie que lorsque des personnes demandent des informations et services en matière de santé, elles ne doivent pas faire l'objet d'ingérences dans leur vie privée. Selon la Déclaration de Pékin, le droit à la vie privée inclut également le droit de contrôler et de décider de manière libre et responsable des aspects de la sexualité et de la vie sexuelle⁴⁷. Les services de santé sexuelle et reproductive constituent pour beaucoup un sujet sensible, et par conséquent, la confidentialité, qui oblige le personnel de santé à ne pas divulguer d'informations et de données de santé privées, est essentielle à la mise en œuvre des SDR⁴⁸.

3.2 DAAQ ET SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Cette section présente les critères de DAAQ appliqués aux principaux services de SDR. L'analyse n'est en aucun cas exhaustive. Elle constitue plutôt une source d'inspiration pour les acteurs du domaine des SDR qui souhaitent appliquer l'approche de DAAQ à des actions programmatiques.

3.2.1 DAAQ ET PLANNING FAMILIAL

La garantie d'un accès universel à un large éventail de méthodes et services connexes de planning familial sûrs et fiables vise à aider les couples et les individus à atteindre leurs objectifs de reproduction et à décider eux-mêmes du nombre de leurs enfants⁴⁹. Le planning familial désigne la possibilité pour les individus et les couples d'anticiper et d'obtenir le nombre désiré d'enfants ainsi que l'espacement de leur naissance. La possibilité pour les femmes d'espacer et de limiter leurs grossesses a un impact direct sur leur santé et leur bien-être ainsi que sur la santé et le bien-être des bébés⁵⁰. Le PA CIPD dénonce fermement la coercition et les mesures forcées en matière de planning familial et souligne que le principe du choix libre et éclairé est essentiel à la réussite à long terme des programmes de planning familial⁵¹. Selon l'Observation générale n° 14 sur le droit à la santé, le planning familial en matière de santé sexuelle et reproductive doit satisfaire aux critères de DAAQ :

Disponibilité Se réfère à l'existence d'actions éducatives, d'informations et de services relatifs au planning familial en quantité suffisante. Cela inclut les méthodes de prévention comme les contraceptifs.

Accessibilité Se réfère à l'éloignement et au coût du planning familial, et à la question de savoir si les services de planning familial sont fournis sans discrimination et sur la base d'informations appropriées. Ainsi, les centres de planning familial doivent se trouver dans un périmètre raisonnable et doivent être financièrement accessibles à tous, en particulier aux pauvres. Toute personne doit avoir accès aux informations concernant le planning familial comme par exemple les méthodes de prévention, tout en ayant la garantie du droit au respect de sa vie privée et à la protection de ses données personnelles. Les services de planning familial doivent être fournis sans aucune discrimination ni aucune autre motivation illicite.

Acceptabilité Se réfère à la conformité des actions éducatives, des informations et des services de planning familial à la déontologie médicale et à la culture des différents groupes. Cela peut inclure la fourniture de conseils et d'actions éducatives sur le planning familial sensibles aux questions de genre, et répondant spécifiquement aux besoins des communautés et individus à l'instar des femmes et des jeunes filles.

Qualité Se réfère à la nécessité que les actions éducatives, les informations et les services de planning familial soient scientifiquement et médicalement pertinents et de bonne qualité. Cela requiert, entre autres, l'existence d'un personnel de santé qualifié et formé aux questions relatives au planning familial, une garantie de qualité des normes relatives aux méthodes de planning familial mises en œuvre (comme la validité des pilules anticonceptionnelles ou autres contraceptifs), ainsi que des conseils sur les effets indésirables.

En substance, la mise en œuvre d'un planning familial volontaire conforme aux critères de DAAQ implique de s'assurer que des méthodes efficaces de contraception ainsi que des actions éducatives et des informations sur la santé sexuelle et reproductive sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

3.2.2 DAAQ ET AVORTEMENT SANS RISQUES

L'avortement est une question sensible dans le domaine des SDRS étant donné que la légalité et les lois sur l'avortement varient d'un pays à l'autre. Selon le PA CIPD, les services d'avortement et les soins post-avortement font partie des responsabilités du système de santé, lorsque cela n'est pas contraire à la loi. L'ancien Rapporteur spécial sur le droit à la santé, Anand Grover, a appelé à la légalisation de l'avortement, à tout le moins dans les cas d'urgence médicale ou d'agression sexuelle⁵². L'Observation générale n° 22 énonce une position claire

en faveur de la légalisation : « Il existe un grand nombre de lois, de politiques et de pratiques qui compromettent l'autonomie et le droit à l'égalité et à la non-discrimination dans le plein exercice du droit à la santé sexuelle et procréative, à titre d'exemple la criminalisation de l'avortement ou bien des lois restrictives sur l'avortement »⁵³. Selon l'Observation générale n° 14 sur le droit à la santé, les services d'avortement et les soins post-avortement relatifs à la santé sexuelle et reproductive doivent satisfaire aux critères de DAAQ :

Disponibilité Se réfère à l'existence d'installations de santé dotées de personnel et d'équipements nécessaires à la réalisation d'avortements sans risques et efficaces, par voie médicale ou chirurgicale, ainsi qu'à la fourniture de soins post-avortement⁵⁴.

Accessibilité Se réfère à l'éloignement et au coût des services d'avortement, et à la question de savoir si les services d'avortement sont fournis sans discrimination et sur la base d'informations appropriées. Ainsi, les centres d'avortement doivent se trouver dans un périmètre raisonnable ; l'OMS recommande un maximum de deux heures de trajet⁵⁵. Le critère d'accessibilité financière requiert que les femmes puissent accéder aux services légaux d'avortement indépendamment de leur capacité à payer, et l'OMS recommande que les femmes ne soient en aucun cas soumises à des obstacles ou à des retards dans la réalisation d'un avortement en raison de leur incapacité à payer⁵⁶. Les femmes doivent avoir accès aux informations relatives aux services d'avortement et pouvoir bénéficier de conseils avant de décider ou non d'un avortement. Cependant, il est essentiel que ces conseils soient fournis aux femmes sur une base volontaire, confidentielle et non directive. L'avortement et les soins post-avortement doivent toujours être fournis sans discrimination ni autre motivation illicite et toute discrimination potentielle à l'encontre de femmes souhaitant accéder à des services d'avortement doit être traitée.

Acceptabilité Se réfère au respect de la déontologie médicale et à la culture des individus dans la réalisation d'avortements et la fourniture de soins post-avortement. Selon les directives de l'OMS sur l'avortement⁵⁷, les femmes sont plus enclines à trouver une méthode d'avortement (médicale ou chirurgicale) acceptable si elles l'ont choisie elles-mêmes. Ainsi, la garantie d'acceptabilité implique notamment que les femmes soient impliquées et informées tout au long du processus de prise de décision.

Qualité Se réfère à la nécessité que les services d'avortement et de soins post-avortement soient scientifiquement et médicalement

pertinents et de bonne qualité. Cela requiert, entre autres, l'existence d'un personnel de santé qualifié et formé pouvant réaliser des avortements conformément aux méthodes recommandées par l'OMS en matière d'avortement et de complications connexes, ainsi que des équipements nécessaires à la réalisation des avortements, y compris les déterminants sous-jacents comme p. ex. de l'eau salubre.

En substance, la fourniture de services d'avortement et de soins post-avortement conformément aux critères de DAAQ implique de s'assurer que des installations et personnels de santé capables réaliser des avortements et formés à la transmission d'informations et de conseils aux femmes qui en font la demande sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

3.2.3 DAAQ ET SOINS PRÉ- ET POST-NATALS ET ACCOUCHEMENT SANS RISQUES

Les soins pré- et post-natals désignent les services fournis sur la période de temps critique pour la mère et l'enfant avant et après la naissance. Les soins prénatals incluent le dépistage, la prévention et le traitement d'un éventail de maladies, comme p. ex. le paludisme et l'hypertension, susceptibles d'affecter la santé de la femme ou de l'enfant à naître. Des soins pré- et post-natals appropriés sont essentiels pour s'assurer que les complications au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement ou après la naissance n'ont pas de conséquences mortelles pour la mère ou l'enfant à naître⁵⁸. Selon l'Observation générale n° 14, les soins pré- et post-natals relatifs à la santé sexuelle et reproductive doivent satisfaire aux critères de DAAQ :

Disponibilité Se réfère à l'existence d'installations de santé dotées de personnel et d'équipements nécessaires à la réalisation de consultations prénatales. L'OMS recommande au moins quatre consultations prénatales au cours de la grossesse, dont une doit se tenir au cours du premier trimestre de la grossesse⁵⁹. Les soins post-natals doivent être disponibles dans les deux jours suivant la naissance. En outre, afin de garantir un accouchement sans risques, la disponibilité d'une installation de santé et d'un personnel qualifié est essentielle.

Accessibilité Se réfère à l'éloignement et au coût des services de soins pré- et post-natals, et à la question de savoir si ces soins sont fournis sans discrimination et sur la base d'informations appropriées. Ainsi, les centres de soins pré- et post-natals doivent se trouver dans un périmètre raisonnable. Les centres de soins pré- et post-natals

doivent être accessibles à tous et ne pas désavantager les pauvres de manière disproportionnée. Les informations sur la santé et le bien-être pendant et après la grossesse et l'accouchement sont essentielles à la bonne santé de la mère. Les soins pré- et post-natals doivent être fournis sans aucune discrimination ni aucune autre motivation illicite.

Acceptabilité Se réfère au respect de la déontologie médicale et à la culture des individus dans la fourniture de soins pré- et post-natals. Il est essentiel de s'assurer que les femmes ont accès à des installations de santé acceptables en termes, p. ex., de culture, religion, genre, etc. pour augmenter leurs chances de recevoir des soins pré- et post-natals et de choisir d'accoucher sous la supervision d'un personnel formé.

Qualité Se réfère à la nécessité que les soins pré- et post-natals soient scientifiquement et médicalement pertinents et de bonne qualité. Cela implique, entre autres, un personnel de santé compétent et une fourniture de soins conformément aux directives de l'OMS⁶⁰.

En substance, la fourniture de soins pré- et post-natals conformément aux critères de DAAQ implique de s'assurer que des installations de santé équipées, des personnels de santé compétents, ainsi que des informations sur l'accouchement et sur les soins pré- et post-natals sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

3.2.4 DAAQ ET PREVENTION ET TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Parmi les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH est peut-être la plus connue. Une prévention et un traitement efficaces des IST requièrent une combinaison de services incluant des services préventifs (éducation sexuelle, distribution de contraceptifs et promotion des comportements centrés sur la recherche de soins) et des services curatifs (détection de symptômes, diagnostics et gestion des maladies). La combinaison des services préventifs et curatifs est désignée par l'OMS sous le nom de « gestion globale des cas d'IST »⁶¹. Selon l'Observation générale n° 14 sur le droit à la santé, la prévention et le traitement des IST en lien avec la santé sexuelle et reproductive doivent satisfaire aux critères de DAAQ :

Disponibilité Se réfère à l'existence d'installations de santé, de biens et de services nécessaires à la prévention et au traitement des IST. Cela peut inclure, entre autres, les services de prévention (p. ex. les contraceptifs), les équipements de diagnostic et les médicaments pour un traitement conforme à la gestion globale des cas.

Accessibilité Se réfère à l'éloignement et au coût des services de gestion des IST, et à la question de savoir si les services de prévention et de traitement sont fournis sans discrimination et sur la base d'informations appropriées. Ainsi, les centres de gestion des IST doivent se trouver dans un périmètre raisonnable. Les centres de gestion des IST doivent être accessibles à tous et ne pas désavantager les pauvres de manière disproportionnée. La fourniture d'informations sur les IST, y compris sur les comportements sexuels sans risques et sur le respect des traitements, est essentielle tant à la prévention qu'au traitement des IST. La gestion globale des cas d'IST doit être assurée sans aucune discrimination ni aucune autre motivation illicite.

Acceptabilité Se réfère au respect de la déontologie médicale et à la culture des individus dans le cadre de la gestion globale des cas d'IST. Les personnes vivant avec le VIH ou d'autres IST constituent un groupe vulnérable car elles sont souvent l'objet de stigmatisation et parfois même de violations de droits de l'homme, à l'instar de diagnostics et traitements coercitifs. Ainsi, il est essentiel de s'assurer que la prévention et le traitement des IST sont acceptables, et proposés dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.

Qualité Se réfère à la nécessité que les services de gestion globale des IST soient scientifiquement et médicalement pertinents et de bonne qualité. Cela implique, entre autres, un personnel de santé compétent, des outils fiables de diagnostic et une fourniture de soins conforme aux directives de l'OMS sur le sujet⁶².

En substance, la prévention et le traitement des IST conformément aux critères de DAAQ impliquent de s'assurer que des installations équipées, des médicaments essentiels ainsi que des informations relatives aux comportements sexuels et à la prévention des IST sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

3.3 INDICATEURS ILLUSTRATIFS DE DAAQ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

L'analyse de DAAQ concernant les services de SDRS pourra être plus amplement développée en identifiant des indicateurs de DAAQ spécifiques. Ces indicateurs visent à servir d'outils d'appui dans l'application de l'AFDH à la planification, la supervision et l'évaluation de projets relatifs à la santé sexuelle et reproductive,

positionnant ainsi fermement les normes relatives aux droits de l'homme en tant qu'objectif des actions de développement.

Les indicateurs illustratifs sont organisés autour du cadre relatif à la structure, au processus et au résultat (SPR).

3.3.1 INDICATEURS DE STRUCTURE :

mesurent l'acceptation et l'engagement de l'État à mettre en œuvre les droits de l'homme par l'adoption de cadres législatifs et réglementaires, de politiques et de mécanismes en matière de respect, de protection et de réalisation des droits de l'homme. Les indicateurs de structure ont trait au statut de certains documents (ratification de traités, promulgation de lois et adoption de politiques). Les indicateurs de structure sont rarement liés à des critères de DAAQ spécifiques, mais il est important d'analyser les différents documents législatifs et politiques afin de vérifier s'ils répondent aux critères de DAAQ ; p. ex. en vérifiant si la politique nationale relative à la santé sexuelle et reproductive répond à chacun des quatre critères de DAAQ.

3.3.2 INDICATEURS DE PROCESSUS :

mesurent les efforts continus des États pour concrétiser les engagements législatifs et politiques conformément aux résultats voulus à travers la conception, l'application et la supervision de programmes de mise en œuvre progressive des droits de l'homme. Les indicateurs de processus ont trait à l'obligation de moyens de l'État, qui implique une action de l'État pour permettre l'exercice d'un droit via la mise en œuvre de politiques et l'affectation de ressources. Les indicateurs de processus sont souvent liés à des critères de DAAQ spécifiques bien que certains puissent être utilisés pour évaluer plusieurs critères ; p. ex. l'indicateur « % d'installations de santé primaires offrant des services de SSR et de planning familial » répond à chacun des quatre critères de DAAQ.

3.3.3 INDICATEURS DE RESULTAT :

mesurent le niveau réel de mise en œuvre des droits de l'homme du point de vue des titulaires de droits, et analysent les effets des initiatives structurelles et pratiques en matière de respect, de protection et de réalisation des droits de l'homme. Les indicateurs de résultat ont trait à l'obligation de résultat de l'État, selon laquelle les États doivent atteindre des cibles spécifiques pour satisfaire à une norme particulière en matière de droits de l'homme. Les indicateurs de résultat mesurent souvent les résultats combinés de la réponse aux critères de DAAQ conjuguée à d'autres processus complémentaires, comme le développement de l'infrastructure de santé et l'amélioration de l'éducation

primaire et secondaire. Par exemple, l'indicateur de résultat « taux de mortalité maternelle » dépend d'une multitude de facteurs, comme le niveau général d'éducation, la qualité de la nutrition et l'infrastructure du système de santé. Par conséquent, il n'est pas toujours possible d'évaluer spécifiquement les quatre critères de DAAQ individuellement au niveau des indicateurs de résultat.

Les indicateurs de DAAQ ne doivent pas être considérés comme un système d'indicateurs autonome opérant de manière indépendante des autres cadres d'indicateurs nationaux et internationaux existants. Il s'agit plutôt d'une analyse complémentaire pouvant être utilisée pour compléter et combler les lacunes des cadres d'indicateurs existants. Par exemple, certains des indicateurs définis par d'autres cadres de supervision et d'indicateurs se concentrent sur le résultat sans aborder directement les raisons des réussites ou des échecs dans l'application d'un indicateur donné. Ainsi, l'indicateur « besoin non satisfait de contraceptifs » est peu utile pour identifier les raisons de la non-satisfaction du besoin. Une analyse de la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de la contraception peut mettre en lumière les causes profondes⁶³. Dans un souci de non-duplication, les indicateurs existants ont été utilisés en priorité lors de l'identification des indicateurs illustratifs de DAAQ. Les indicateurs existants comprennent les indicateurs proposés dans le cadre de la supervision de la CIPD⁶⁴ et des ODD, ainsi que ceux utilisés dans les statistiques de santé de l'OMS. Les indicateurs sont extraits des sources analysées conformément à la méthodologie de DAAQ, et comprennent des éléments provenant de l'ensemble des sources de la typologie présentée ci-dessus. Cependant, des critères importants de DAAQ ne sont pas inclus dans la supervision actuelle des services de SSR au niveau international. C'est le cas, par exemple, de l'éloignement des installations, des biens et des services de santé (accessibilité physique) et de la perception subjective de l'acceptabilité des installations, des biens et des services de santé. Dans de tels cas, des indicateurs supplémentaires tirés de sources d'autorité et secondaires, sont ajoutés dans le tableau d'indicateurs génériques de DAAQ.

Les indicateurs génériques de DAAQ proposés sont présentés dans le tableau ci-dessous. Certains indicateurs sont communs à plusieurs services de SSR, alors que d'autres concernent une catégorie particulière de service. L'origine de l'indicateur est clairement indiquée et référencée dans le tableau et le symbole « # » est ajouté pour indiquer une disponibilité de données limitée pour l'indicateur en question. Un tableau listant les sources se trouve en dessous du tableau relatif aux indicateurs.

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE STRUCTURE

Indicateurs de SPR*DAAQ	Planning familial y compris éducation sexuelle	Avortement	Soins pré- et post-natals et accouchement sans risques	Prévention et traitement des IST
GÉNÉRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Temporalité et étendue de la politique nationale relative à la santé sexuelle et reproductive⁴ • Part gouvernementale dans la dépense totale affectée aux services de santé sexuelle et reproductive¹ • Ligne budgétaire dédiée à l'achat de produits contraceptifs¹ • Des ressources nouvelles et/ou supplémentaires ont été affectées aux services de santé sexuelle et reproductive au cours des deux dernières années¹ • Traités internationaux relatifs aux droits de l'homme abordant le droit à la santé ratifiés par l'État (PIDESC / CRC / CEDAW / ICERD)^{4,7} • % de <i>dépense gouvernementale de santé</i> affectée à la santé sexuelle et reproductive⁷ • <i>Montant</i> par habitant affecté à la santé sexuelle et reproductive⁷ • L'État a-t-il une loi pour assurer un <i>accès universel</i> aux soins de santé sexuelle et reproductive ?⁷ • L'État a-t-il une stratégie et un plan d'action nationaux en matière de santé sexuelle et reproductive ?⁷ • Nombre de pays ayant des lois et réglementations garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans un accès aux soins, aux informations et aux actions éducatives en matière de santé sexuelle et reproductive³ 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Ligne budgétaire dédiée au planning familial¹ • La loi de l'État prévoit-elle une éducation complète à la santé sexuelle au cours de la scolarité obligatoire ?⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Situations dans lesquelles l'avortement est autorisé¹ • Temporalité et étendue de la politique nationale relative à l'avortement et à la détermination du sexe du fœtus⁴ • L'État a-t-il une loi autorisant l'avortement ?⁷ 		

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS

	Planning familial y compris éducation sexuelle	Avortement	Soins pré- et post-natals et accouchement sans risques	Prévention et traitement des IST
Disponibilité Fonctionnement des services publics de santé devant être disponibles en quantité suffisante.	<ul style="list-style-type: none"> % d'installations de santé primaires offrant des services de SSR et de planning familial¹ 			
	<ul style="list-style-type: none"> % d'installations offrant un éventail de méthodes fiables, dont 4 catégories de méthodes contraceptives : court terme ; réversibles à longue durée d'action ; permanentes ; et contraception d'urgence¹ % d'installations affirmant ne pas avoir souffert d'une pénurie de nouvelle forme de contraceptif au cours des 6 derniers mois¹ Disponibilité de conseils et d'interventions éducatives sensibles à la dimension de genre^{6#} % d'installations de santé primaires fournissant des services complets de planning familial (large éventail d'informations, de conseils et de moyens contraceptifs selon un minimum de six méthodes, comprenant la contraception pour homme et pour femme, temporaire, permanente, et d'urgence)⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'installations offrant des services d'avortement sans risques, pour 500 000 personnes⁵ % de points de fourniture de services réalisant des avortements et/ou des soins post-avortement⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'installations offrant des soins prénatals, pour 10 000 personnes² Nombre d'installations offrant des soins post-natals, pour 10 000 personnes² % de naissances accompagnées par un personnel soignant qualifié^{1,2,3,7} Couverture des services essentiels de santé (correspond à la couverture moyenne de services essentiels sur la base 	<ul style="list-style-type: none"> % d'installations de santé primaires proposant des tests de diagnostic rapide des IST¹ % d'installations de santé proposant des prophylaxies post-exposition⁸ % d'installations de santé proposant des TAR⁸ % d'installations de santé proposant des TAR⁸ % d'installations de santé proposant des TAR sur la base d'un contrôle des CD4 conformément aux

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de préservatifs disponibles pour une diffusion au niveau national (au cours des 12 derniers mois) pour les personnes âgées de 15 à 49 ans⁷ • % de points de fourniture de services de planning familial offrant des conseils pour se protéger à la fois contre les infections sexuellement transmissibles / le VIH, et contre les grossesses non désirées⁷ 		<p>d'interventions suivies incluant la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non-transmissibles ainsi que la capacité et l'accès aux services, au sein de la population générale et de la population la plus défavorisée)³</p>	<p>lignes directrices ou aux politiques nationales, sur place ou via un médecin référent⁸</p>
--	--	--	---	--

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS

Accessibilité	Planning familial y compris éducation sexuelle	Avortement	Soins pré- et post-nataux et accouchement sans risques	Prévention et traitement des IST
Accessibilité physique Les services de santé doivent se trouver dans un périmètre raisonnable	<ul style="list-style-type: none"> % de population vivant à moins de deux heures de trajet des installations de santé offrant des services de SSR¹ 			
	<ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il des services mobiles de santé pour améliorer l'accès des populations géographiquement isolées ?^{6#} 	<ul style="list-style-type: none"> % de population vivant à moins de deux heures de trajet d'une installation de santé proposant des services d'avortement sans risques⁵ 		
Accessibilité économique Les services de santé doivent être financièrement accessibles à tous	<ul style="list-style-type: none"> Paiement direct concernant la santé (% de la dépense courante concernant la santé)² % de population protégée contre les dépenses de santé directes pouvant mener à un surendettement / appauvrissement[#] % de population préservée des risques d'appauvrissement en raison de dépenses de santé directes[#] % de foyers protégés contre le risque de dépenses de santé directes pouvant mener à un surendettement[#] 			
Accessibilité à l'information Le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé	<ul style="list-style-type: none"> Fourniture d'informations factuelles et exhaustives, éducation et conseils pour renseigner au maximum^{6#} 			
	<ul style="list-style-type: none"> % de personnes ayant accès à des informations sur : (a) les soins maternels et du nouveau-né (b) les services de planning familial (c) l'avortement / les soins post-avortement (d) la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles^{7#} 			
Non-discrimination	<ul style="list-style-type: none"> Taux de refus de consultations médicales, par groupe cible^{4#} 			

Les services de santé doivent être accessibles à tous, y compris aux personnes les plus vulnérables ou marginalisées, sans discrimination

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS

	Planning familial y compris éducation sexuelle	Avortement	Soins pré- et post-nataux et accouchement sans risques	Prévention et traitement des IST
<p>Acceptabilité Les services de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, culturellement appropriés, et réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les installations de santé sont-elles dotées de personnel, d'espaces de conseil et de documentation éducative accessibles et adaptés aux différents niveaux d'alphabétisation, de compréhension, de diversité et d'acceptabilité culturelle, y compris sur le plan du langage et du format ?⁹ • Les installations de santé garantissent-elles un environnement propice à la préservation de la vie privée et de la confidentialité, y compris sur le plan de la divulgation et des discussions avec les usagers exposés à des violences conjugales et/ou sexuelles ? (par exemple, posters dans les lieux publics tels que les salles d'attente, salles d'examens, couloirs)⁹ 			

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS

	Planning familial y compris éducation sexuelle	Avortement	Soins pré- et post-nataux et accouchement sans risques	Prévention et traitement des IST
Qualité Les services de santé doivent être scientifiquement et médicalement pertinents et de bonne qualité. Cela requiert, entre autres, un personnel médical formé, des médicaments scientifiquement approuvés et non périmés, et des équipements hospitaliers	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures garantissant un choix éclairé^{1#} • La vie privée est-elle respectée lors de la fourniture d'informations et de services, y compris en termes de confidentialité des informations médicales et autres données personnelles ?^{6#} • Existe-t-il une garantie de qualité visant à s'assurer du respect des normes médicales ?⁶ • Le personnel de santé est-il formé à la fourniture d'informations, de connaissances et de services conformément aux normes de l'OMS ?^{6#} • % de professionnels de santé ayant reçu une formation sur : la confidentialité des informations de santé personnelles et l'exigence d'un consentement éclairé pour accepter / refuser un traitement^{7#} • % de personnes pensant que les informations personnelles transmises aux professionnels de santé demeurent confidentielles^{7#} 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Points de fourniture de services utilisant les méthodes recommandées par l'OMS concernant les avortements provoqués⁵ • Points de fourniture de services utilisant les méthodes recommandées par l'OMS concernant la gestion des 		

		complications liées aux avortements ⁵		
--	--	--	--	--

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS

<p>Responsabilité Le droit à la santé doit satisfaire aux principes de respect, de protection et de mise en œuvre + d'accès à des voies de recours juridictionnelles efficaces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes sont-ils supervisés et évalués de manière à garantir le plus haut degré de qualité et de respect des droits de l'homme ? ^{6#}
<p>Participation La participation de la population dans toutes les prises de décision relatives à la santé aux niveaux communautaire, national et international</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les communautés, et notamment les personnes directement affectées, ont-elles la possibilité de participer de manière significative à tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre et de la supervision des programmes et politiques ?

SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INDICATEURS DE PROCESSUS

RÉSULTAT	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'hommes et de femmes jamais marié(e)s âgé(e)s de 15 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport¹ • Taux de naissances chez les adolescentes^{1,2,3} • Taux de mortinatalité (pour un total de 1 000 naissances)² • Taux de mortalité maternelle^{2,3,4,7} • Taux de mortalité néo-natale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) • Taux de mortalité périnatale⁴ 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'adolescentes ayant bénéficié d'une éducation sexuelle complète et d'informations sur la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes et les droits de l'homme parmi les adolescentes scolarisées et non-scolarisées¹ • Taux de prévalence de la contraception² • Demande de planning familial satisfaite grâce à des méthodes modernes² / Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant leurs propres décisions de manière éclairée en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé reproductive³ • Pourcentage de femmes ayant une connaissance des méthodes de contraception⁷ • % de femmes exposées à une grossesse utilisant (ou dont le partenaire utilise) une 	<ul style="list-style-type: none"> • Admissions obstétriques et gynécologiques dues à un avortement⁵ • Taux d'hospitalisations dues à un avortement non médicalisé, pour 1 000 femmes⁵ • Avortements, pour 1 000 naissances vivantes⁵ • Décès maternels attribués à un avortement⁵ • Taux d'avortements 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture de soins prénatals² • Taux de naissances chez les adolescentes (âgées de 10 à 14 ans ; âgées de 15 à 19 ans), pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge³ • Couverture de soins post-partum² • Taux de décès chez les moins de cinq ans³ • Taux de mortalité néo-natale³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant¹ • Pourcentage de jeunes femmes et hommes entre 15 et 24 ans identifiant correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH et qui rejettent les principales idées reçues sur le VIH¹ • Taux de prévalence du VIH chez les jeunes¹ • Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST)² • Couverture de traitements par thérapie antirétrovirale (TAR)² • Nombre de personnes dépistées séropositives dans le cadre de soins au cours des 12 derniers mois² • Nombre de nouvelles infections par le VIH, pour 1 000 personnes non-

	<p>méthode de contraception (toutes méthodes)⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de personnes âgées de 15 à 19 ans ayant reçu une éducation sexuelle complète à l'école⁷ 	<p>(nombre d'avortements, pour 1 000 femmes en âge de procréer)⁷</p>		<p>infectées, par sexe, âge et catégorie de population³</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de personnes âgées de 15 à 24 ans qui savent comment prévenir les infections par le VIH⁷ <p>Prévalence du VIH dans les sous-populations ayant un comportement à haut risque⁷</p>
--	--	---	--	---

SOURCES DES INDICATEURS	
1	CIPD pour la suite à donner après 2014
2	OMS 2015. 100 Indicateurs sanitaires de base
3	Indicateur ODD
4	HCDH 2012. Indicateurs illustratifs sur le droit à la santé
5	OMS 2012 : Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé
6	OMS 2014 : Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception. Orientations et recommandations
7	Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé 2006 : E/CN.4/2006/48
8	ONUSIDA 2007 : Indicateurs de base pour les programmes nationaux de lutte contre le sida. UNGASS. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base.
9	OMS / FNUAP 2015 : <i>Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide</i> (en anglais uniquement)

#	Disponibilité de données limitée (indicateur non encore évalué / manque de données disponibles / données n'ayant pas reçu la note de « A » en matière de faisabilité par la Commission de statistique de l'ONU)
---	---

NOTES DE FIN

- ¹ Déclaration de Pékin, art. 30 ; CIPD art. 7.3
- ² PIDESC, art. 12 ; étayé dans la CEDAW, et la CRPD
- ³ Assemblée générale de l'ONU, 2015 : Pour une analyse approfondie sur les liens entre les droits de l'homme et les ODD, veuillez consulter le Guide sur les droits de l'homme dans les ODD sur <http://sdg.humanrights.dk/fr>, et l'analyse des questions thématiques clés dans le cadre de l'agenda 2030 sur www.humanrights.dk/our-work/sustainable-development/human-rights-sdgs (en anglais)
- ⁴ Objectif 3 : permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être, et Objectif 5 : égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles
- ⁵ CIPD, 1994, FNUAP 2014, A/66/254 2011
- ⁶ CIPD, 1994, FNUAP 2014
- ⁷ E./CN.4/2004/49 para 20(c)
- ⁸ PIDESC, art. 12 (2)(d)
- ⁹ Par exemple : *Adding It Up 2014* (FNUAP - en anglais uniquement) ; *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services*, 2014 (OMS - en anglais uniquement) ; *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide*, 2015 (OMS et FNUAP - en anglais uniquement)
- ¹⁰ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/> et <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/> Pour une analyse générale sur les liens entre les droits de l'homme et les ODD, veuillez consulter <http://sdg.humanrights.dk/fr>
- ¹¹ CIPD, para. 7.3
- ¹² Dans la documentation relative aux droits de l'homme, ces dernières sont généralement connues sous le nom de « Directives de Maastricht relatives aux violations des droits économiques, sociaux et culturels » (1997), qui se fondent sur les « Principes de Limburg concernant l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », 1987
- ¹³ HCDH (2006 : 2)
- ¹⁴ Observation générale n° 14 sur le droit à la santé, para. 44
- ¹⁵ E/C.12/1/Add.105 ; E/C.12/1/Add.98 ; E/C.12/BRA/CO/2
- ¹⁶ PIDCP, 1966
- ¹⁷ Rapport du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, 2004
- ¹⁸ CIPD pour la suite à donner après 2014

¹⁹ Cible 5.6 : « Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi ». Les deux indicateurs relatifs à la cible 5.6 confirment l'empreinte des SDRS : 5.6.1 : « Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant leurs propres décisions de manière éclairée en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé reproductive » et 5.6.2 : « Nombre de pays ayant des lois et réglementations garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans un accès aux soins, aux informations et aux actions éducatives en matière de santé sexuelle et reproductive » <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/>

²⁰ CIPD, 1994, para. 7.3

²¹ CIPD, 1994, chapitre 7.A.

²² Lorsque cela n'est pas contraire à la loi

²³ CIPD, para. 7.3

²⁴ FNUAP 2014 : *Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions* (en anglais uniquement) ; OMS / Secrétaire général des Nations Unies 2010 : Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant

²⁵ Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. OMS. 2011

²⁶ Observation générale, para. 9-10.

²⁷ <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx>

²⁸ CIPD pour la suite à donner après 2014, p. 11

²⁹ HCDH : Indicateurs des droits de l'homme : un guide pour mesurer et mettre en œuvre, 2016 : 16

³⁰ E/CN.4/2006/48

³¹ Lorsque cela n'est pas contraire à la loi

³² Observation générale n° 22, para. 15-19, en conjonction avec l'Observation générale n° 14, para. 12 (b)

³³ Observation générale n° 14 sur le droit à la santé, para. 18

³⁴ Déclaration de Pékin, para. 95 ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, para. 14.

³⁵ FNUAP 2014 ; E/CN.4/2006/48, para. 49

³⁶ CIPD, para. 7.7.

³⁷ OMS 2015 : *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide* (en anglais uniquement)

³⁸ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Centre pour les droits économiques et sociaux (2013) : Qui sera responsable ?

³⁹ Toebes et al. 2012. *Health and human rights in Europe. Intersentia* (en anglais uniquement).

- ⁴⁰ OMS 2015 : *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide* (en anglais uniquement)
- ⁴¹ Déclaration de l'ONU sur les droits de peuples autochtones, art. 24
- ⁴² Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, observation générale n° 24, para. 11.
- ⁴³ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, observation générale n° 24, para. 14. La qualification suivante fournie par l'Observation générale n° 22, paragraphe 20, est pertinente dans ce contexte : « L'ensemble des ressources, des produits, de l'information et des services de santé sexuelle et procréative doivent être respectueux de la culture des individus, des minorités, des populations et des groupes et satisfaire aux critères liés au sexe, à l'âge, au handicap, à la diversité sexuelle et au cycle de vie. Cela ne peut cependant être un motif pour justifier le refus d'assurer à tel ou tel groupe des ressources, des biens, une information ou des services adaptés ».
- ⁴⁴ *Toebes et al. 2012. Health and human rights in Europe. Intersentia* (en anglais uniquement).
- ⁴⁵ OMS 2015 : *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide* (en anglais uniquement)
- ⁴⁶ PIDCP, art. 23
- ⁴⁷ Déclaration de Pékin, para. 96
- ⁴⁸ OMS 2015 : *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide* (en anglais uniquement)
- ⁴⁹ PA CIPD, paragraphe 7.16
- ⁵⁰ OMS 2014 : Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : Orientations et recommandations
- ⁵¹ CIPD 1994, para. 7.12
- ⁵² Rapport du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint 2011, Visite pays au Guatemala
- ⁵³ Observation générale n° 22, para. 34
- ⁵⁴ OMS 2012 : Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé
- ⁵⁵ OMS : Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé
- ⁵⁶ OMS : Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé
- ⁵⁷ OMS : Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé
- ⁵⁸ OMS 2012 : Recommandations concernant la santé maternelle et périnatale
- ⁵⁹ OMS 2015 : Liste mondiale de référence de 100 Indicateurs sanitaires de base
- ⁶⁰ OMS 2012 : Recommandations concernant la santé maternelle et périnatale

- ⁶¹ OMS 2003 : Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles
- ⁶² OMS 2003 : Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles
- ⁶³ OMS 2015 : 100 Indicateurs sanitaires de base
- ⁶⁴ CIPD pour la suite à donner après 2014