

# HAKI ZETU

Les droits économiques, sociaux et culturels en pratique

---

## Le droit à la santé

*Haki Zetu* signifie Nos droits en swahili

© 2013 Amnesty International

ISBN 978-90-6463-320-1

Dessin de couverture : Lawson B Sworh, Libéria

Illustrations : Samuel Mwamkinga, (*Jo'une sammi*), Tanzanie

Maquette et mise en page : Connie Kraaikamp, Pays-Bas

Impression : Drukkerij Bariet, Pays-Bas

Ce fascicule fait partie de la série d'ouvrages Haki Zetu, Les DESC en pratique et il doit être utilisé conjointement au Manuel principal de cette série.

Diffusé par :

Amnesty International Pays-Bas

Programme spécial sur l'Afrique (PSA)

PO Box 1968

1000 BZ Amsterdam

Pays-Bas

Email : [spa@amnesty.nl](mailto:spa@amnesty.nl)

Disponible sous le format PDF sur le site Internet : [www.amnesty.nl/spa](http://www.amnesty.nl/spa)

Tous droits de reproduction réservés. La reproduction sur quelque support que ce soit du présent ouvrage est autorisée à titre gracieux dans le cadre d'actions de sensibilisation, de campagnes ou d'enseignement. Reproduction interdite pour la revente. En cas de reproduction de ce document, veuillez préciser la source de ce texte, à savoir Amnesty International Pays-Bas. Dans tous les autres cas, il est interdit de reproduire, de traduire et d'adapter intégralement ou partiellement le présent ouvrage sur quelque support que ce soit sans l'autorisation des éditeurs.



**AMNESTY**  
**INTERNATIONAL**



**AMNESTY  
INTERNATIONAL**



Amnesty International est un mouvement mondial regroupant plus de 3 millions de personnes dans plus de 150 pays et territoires, qui luttent pour mettre fin aux graves atteintes aux droits humains. La vision d'Amnesty International est celle d'un monde où chacun peut se prévaloir de tous les droits énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres instruments internationaux relatifs aux droits humains.

Essentiellement financée par ses membres et les dons de particuliers, Amnesty International est indépendante de tout gouvernement, de toute tendance politique, de toute puissance économique et de toute croyance religieuse.

Cette série de manuels a été élaborée et produite par le Programme spécial sur l'Afrique (PSA) d'Amnesty International Pays-Bas. Le PSA travaille en collaboration avec des partenaires africains afin de faire en sorte que les populations locales comprennent mieux les droits humains.

Le PSA vise à contribuer à :

- La croissance du militantisme en faveur des droits humains en Afrique en mettant l'accent sur la nécessité de faire en sorte que les populations locales puissent s'appuyer sur les droits humains ;
- L'élaboration de stratégies et de méthodes innovantes et plus efficaces afin de contribuer de manière plus significative à la promotion, la protection, le respect et la réalisation des droits humains en Afrique.

Pour de plus amples informations et pour télécharger les publications du PSA, veuillez vous rendre sur le site Internet suivant : [www.amnesty.nl/spa](http://www.amnesty.nl/spa).

Le présent ouvrage a été initialement rédigé par Rajat Khosla qui a également effectué les recherches nécessaires à la rédaction de la première version de ce texte. Rajat Khosla est actuellement coordinateur de politiques sur la santé au sein de la campagne « Exigeons la dignité » et du programme sur les DESC d'Amnesty International. Rajat a travaillé à l'élaboration de ce manuel avant de rejoindre Amnesty International et les points de vue exprimés dans cet ouvrage sont les siens et ne reflètent pas nécessairement la position d'Amnesty International.

Précédemment, Rajat Khosla a travaillé en tant que spécialiste de plaidoyer au sein du Bureau Asie-Pacifique de la campagne du Millénaire des Nations unies sur les peuples autochtones et les OMD. Il a également été consultant auprès du Bureau régional Asie-Pacifique du Fonds des Nations unies pour la population à Bangkok et du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations unies, à Genève. De 2006 à 2008, il a été Chercheur principal au sein du *Human Rights Centre*, où il a assisté le premier Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé, Paul Hunt dans la mise en œuvre de son mandat. Il est le co-auteur avec Paul Hunt des *Human Rights Guidelines for Pharmaceutical Companies in Relation to Access to Medicines*. Ses autres publications incluent : *Health Systems and the Right to Health: an assessment of 194 countries* (Lancet 2007), *Climate Change and the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (CUP, 2009) et *The Human Right to Medicine* (Sur, 2008). Il a dirigé des projets sur le droit à la santé en Ouganda, au Kenya et en Inde. Il a également été le coordinateur d'un enseignement de troisième cycle sur les droits humains et le développement, dans le cadre du Master en droit international des droits humains de l'Université d'Essex. Il avait, auparavant, été chercheur au sein de l'*International Environmental Research Centre et du Centre for the Study of Developing Societies* en Inde. Il a également été avocat auprès de la Cour suprême de l'Inde dans plusieurs affaires d'intérêt public relatives aux droits socio-économiques.

Gillian Nevins, l'auteure principale de la série Haki Zetu, a contribué à la rédaction de ce document en apportant commentaires et suggestions. Elle a travaillé pour Amnesty International durant 25 ans, dont 18 ans en tant que chercheuse au sein du programme Afrique. Au cours de ses deux dernières années à Amnesty International, elle a été coordinatrice des Activités de campagne et de formation au sein de l'Équipe DESC. En sa qualité de chercheuse, elle a rédigé un rapport important sur les expulsions forcées et le droit à un logement convenable en Angola. Au sein de l'Équipe DESC, elle a contribué à préparer la campagne mondiale d'Amnesty International : « Exigeons la dignité ».

Enfin, Rutgers WPF, un centre d'expertise néerlandais sur la santé et les droits sexuels et de la reproduction (SDSR), a contribué à l'élaboration de ce manuel en apportant des données supplémentaires et en suggérant des modifications afin que le présent document traite adéquatement des questions relatives aux SDSR, au genre et à la jeunesse. Ce fascicule a été finalisé par Wim de Regt, responsable actuel du Projet Haki Zetu d'Amnesty International et par Gill Nevins.

Nous tenons à remercier les membres du Comité consultatif éditorial qui ont contribué à l'élaboration du concept et du cadre de cette série d'ouvrages (voir les remerciements plus complets dans le Manuel de cette série).

Nous remercions Paul McAdams pour son travail éditorial et ses conseils pour l'élaboration de la maquette. Sans lui, cette série d'ouvrages ne serait pas aussi facile et agréable à lire.

Peter van der Horst, Coordinateur du Programme spécial pour l'Afrique d'Amnesty International Pays-Bas était chargé de la gestion et de la production de cette série d'ouvrages. Depuis que Peter a pris sa retraite, en octobre 2010, Wim de Regt assume la responsabilité de la gestion du projet Haki Zetu.

La série d'ouvrages *Haki Zetu* a été élaborée par Amnesty International en collaboration avec d'autres acteurs. Il s'agit d'un outil éducatif et non d'un texte énonçant les positions d'Amnesty International. Les faits et les exemples de cas sont directement tirés de sources citées et ils n'ont pas été corroborés par Amnesty International.

## **Liste des schémas, encadrés, tableaux et listes récapitulatives 9**

---

## **Introduction 11**

---

## **1 Comprendre le droit à la santé 14**

---

- 1.1 La situation actuelle du droit à la santé en Afrique 14
- 1.2 Qu'est-ce que le « droit à la santé » 16
  - 1.2.1 Le droit à la santé : ce qu'il recouvre et ne recouvre pas 16
  - 1.2.2 Relier le droit à la santé à d'autres droits 17
  - 1.2.3 Les principales violations du droit à la santé 19
- 1.3 Les systèmes de santé et le droit à la santé 19
  - 1.3.1 Informations de base sur les systèmes de santé et le droit à la santé 19
  - 1.3.2 Informations approfondies sur les systèmes de santé 21
- 1.4 Le droit à des installations, des biens et des services de santé 25
  - 1.4.1 Informations de base sur les installations, les biens et les services de santé 25
  - 1.4.2 Informations approfondies sur les installations, les biens et les services et les déterminants fondamentaux de la santé 27
- 1.5 Le droit à la santé sexuelle et de la reproduction 28
  - 1.5.1 Informations de base sur la santé et les droits sexuels et de la reproduction 28
  - 1.5.2 Informations approfondies sur la santé sexuelle et de la reproduction, y compris la planification familiale 30
  - 1.5.3 Informations de base sur la santé maternelle et infantile 33
  - 1.5.4 Informations approfondies sur la mortalité maternelle 33
- 1.6 Le droit à la santé mentale 36
  - 1.6.1 Informations de base sur la santé mentale 36
  - 1.6.2 Informations approfondies sur la santé mentale 37
- 1.7 Le droit à un environnement naturel et professionnel sain 38
  - 1.7.1 Informations de base sur l'environnement naturel et professionnel sain 38
  - 1.7.2 Informations approfondies sur l'environnement naturel et professionnel sain 39
- 1.8 Le droit à la prévention, au traitement et au contrôle des maladies 40

- 1.8.1 Informations de base sur la prévention, le traitement et le contrôle des maladies 40
- 1.8.2 Informations approfondies sur la prévention, le traitement et le contrôle des maladies 41
- 1.8.3 Les maladies négligées et le droit à la santé 42
- 1.8.4 Accès aux médicaments essentiels 43
- 1.8.5 Les dimensions internationales de la santé 44
- 1.8.6 Le VIH/Sida et le droit à la santé 45
- 1.9 Groupes marginalisés et droit à la santé 48
  - 1.9.1 Les femmes 49
  - 1.9.2 Les nourrissons, les enfants et les adolescents 50
  - 1.9.3 Personnes plus âgées 52
  - 1.9.4 Personnes souffrant d'invalidité physiques et mentales 52
  - 1.9.5 Populations autochtones 52
  - 1.9.6 Les migrants 53
  - 1.9.7 Les prisonniers et autres personnes vivant dans des institutions 53

## **2** Se préparer à agir 54

---

- 2.1 Identifier les obligations des gouvernements 55
  - 2.1.1 Obligation de prendre des mesures 56
  - 2.1.2 Obligation de respecter 56
  - 2.1.3 Obligation de protéger 56
  - 2.1.4 Obligation de réaliser 57
  - 2.1.5 Obligations fondamentales 58
  - 2.1.6 Notre obligation de protéger notre propre santé 58
  - 2.1.7 Le droit à la santé dans la législation et les politiques nationales et locales 58
  - 2.1.8 Où trouver les lois et les politiques 59
- 2.2 Appliquer le droit à la santé au niveau national 60
- 2.3 Droits et mécanismes de rendre des comptes à l'échelle régionale 62
  - 2.3.1 Le rôle de la Commission africaine 63
- 2.4 Le rôle des acteurs non étatiques 63
- 2.5 Étude de cas : identifier les violations du droit à la santé 64
- 2.6 Identifier et planifier des stratégies d'action 67

### **3** Actions visant à réaliser le droit à la santé 68

---

- 3.1 Avant d'agir 68
- 3.2 Sensibiliser au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint 69
  - 3.2.1 Sensibiliser la communauté 70
  - 3.2.2 Sensibiliser le grand public 70
  - 3.2.3 Sensibiliser les agents responsables de la santé 71
- 3.3 Surveiller le droit à la santé 73
  - 3.3.1 Surveiller l'accès aux installations, biens et services de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé 73
    - Liste récapitulative 1. Surveiller les installations, biens et services de santé 75
  - 3.3.2 Surveiller les déterminants fondamentaux de la santé 79
    - Liste récapitulative 2. Surveiller les déterminants fondamentaux de la santé 80
- 3.4 Actions visant à améliorer l'accès à la santé sexuelle et de la reproduction 83
  - 3.4.1 Améliorer l'accès à la santé sexuelle et de la reproduction pour les jeunes 83
  - 3.4.2 Lutter contre les pratiques traditionnelles préjudiciables 84
  - 3.4.3 Surveiller la mortalité maternelle et infantile 87
  - 3.4.4 Sensibiliser à la santé maternelle, sexuelle et de la reproduction 87
  - 3.4.5 Prévenir et réduire la mortalité maternelle et infantile 88
- 3.5 Actions visant à lutter contre la discrimination à l'encontre des individus souffrant de handicaps mentaux 89
- 3.6 Actions visant à promouvoir des lieux de travail et un environnement naturel salubres 90
  - 3.6.1 Enquête sur la santé au travail 90
  - 3.6.2 Cartographier les risques en matière de santé dans l'environnement naturel et agir 91
- 3.7 Actions visant à améliorer la prévention, le traitement et le contrôle des maladies 91
  - 3.7.1 Accès à l'immunisation contre les maladies 91
  - 3.7.2 Surveiller l'accès à l'information et à l'éducation en matière de santé 92
  - 3.7.3 Surveiller l'accès aux médicaments 93
- 3.8 Actions visant à améliorer le droit à la santé des groupes marginalisés 94
  - 3.8.1 Surveiller l'accès aux soins de santé des groupes marginalisés 94
- 3.9 Autres actions visant à réaliser le droit à la santé 97
  - 3.9.1 Indicateurs relatifs au droit à la santé 97
  - 3.9.2 Évaluation d'impact sur le droit à la santé 99
  - 3.9.3 Analyser les politiques et les budgets 99
  - 3.9.4 Nouer des alliances, mobiliser les communautés et faire pression sur le gouvernement 100
  - 3.9.5 Soumettre des rapports au CDESCR et à la Commission africaine 100
  - 3.9.6 Arènes internationales et régionales 100



**Acronymes 102**

---



**Glossaire 103**

---



**Notes 114**

---



**Annexes 116**

---

Annexe 1 : Législations et normes internationales et régionales relatives aux droits humains 117

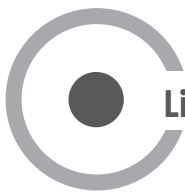
Annexe 2 : Sources et ressources documentaires sur le droit à la santé 128

Annexe 3 : ONG et OIG 132

Annexe 4 : Objectifs du Millénaire pour le développement et leur progression en Afrique 137

Annexe 5 : Modèle pour élaborer votre propre liste récapitulative 139





## Encadrés

---

- Encadré 1 : Ressources allouées à la santé par les gouvernements africains 16
- Encadré 2 : Utiliser la technologie pour améliorer la fourniture des soins de santé 25
- Encadré 3 : Les trois retards 34
- Encadré 4 : Sensibiliser l'opinion publique au problème de la santé mentale 37
- Encadré 5 : Changements climatiques et santé 38
- Encadré 6 : Le déversement de déchets toxiques provoque des problèmes de santé graves en Côte d'Ivoire 40
- Encadré 7 : Stigmatisation et discrimination liées à des problèmes de santé négligés 42
- Encadré 8 : Pratiques préjudiciables 44
- Encadré 9 : Les médecines traditionnelles et le VIH/Sida 46
- Encadré 10 : Enregistrement des naissances et santé 51
- Encadré 11 : Le Mouvement pour la santé des peuples et les campagnes de promotion du droit à la santé au Bénin 54
- Encadré 12 : La Stratégie de santé de l'Afrique (2007-2015) 55
- Encadré 13 : Les Conseils de l'ordre des médecins 57
- Encadré 14 : Le droit à la santé dans certaines constitutions africaines 59
- Encadré 15 : Le rôle des juridictions 61
- Encadré 16 : L'affaire Ogoni 62
- Encadré 17 : La Commission africaine et le droit à la santé 63
- Encadré 18 : Sensibiliser au VIH et au sida au Nigéria 72
- Encadré 19 : Le Health Rights of Women Assessment Instrument (HeRWAI – Outil d'évaluation du droit à la santé des femmes) 73
- Encadré 20 : Comment utiliser les listes récapitulatives 74
- Encadré 21 : Évaluer les politiques en matière de violence domestique 84
- Encadré 22 : Exemple d'une ONG africaine travaillant sur le changement climatique 91
- Encadré 23 : Les pères prennent davantage de responsabilités à l'égard de la santé de leurs enfants 92
- Encadré 24 : Une coalition africaine travaillant sur le droit à la santé 93



## Schémas

---

Schéma 1 : Le piège de la pauvreté 15

Schéma 2 : Les déterminants de la santé 18

Schéma 3 : Les « six pierres angulaires fondamentales » d'un système de santé, selon l'OMS 20



## Tableaux

---

Tableau 1 : Thèmes pour la sensibilisation 72

Tableau 2 : Surveiller l'accès à des services obstétricaux (accouchement) d'urgence 85

Tableau 3 : Surveiller l'accès aux soins de santé des peuples autochtones 95

Tableau 4 : Élaborer des indicateurs relatifs au droit à la santé 98

Tableau 5 : Le droit à la santé 119

Tableau 6 : Programmes internationaux relatifs au droit à la santé 127



## Listes récapitulatives

---

Liste récapitulative 1 : Surveiller les installations, biens et services de santé 75

Liste récapitulative 2 : Surveiller les déterminants fondamentaux de la santé 80

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint est un droit humain fondamental. La bonne santé ne se limite pas à l'absence de maladie, et est plus largement un « *état de bien-être total physique, mental et social* »<sup>1</sup>. Être en bonne santé nous permet de jouir d'autres droits tels que le droit de travailler, le droit à l'éducation et celui de participer à la vie de la communauté. Être en bonne santé nous donne la capacité de vivre une vie plus digne et de remplir pleinement notre rôle dans la société. Afin de jouir d'un bon état de santé, nous avons besoin d'avoir accès aux soins médicaux et aux informations relatives à la santé. Il est tout aussi important d'avoir accès à des éléments qui nous maintiennent en bonne santé, notamment l'eau potable et un assainissement adéquat, une nourriture saine et suffisante, un logement convenable et une éducation appropriée. Ces éléments sont appelés les « déterminants fondamentaux de la santé » parce qu'ils déterminent ou influent sur la santé des populations. La série d'ouvrages Haki Zetu comprend des fascicules distincts sur le droit à l'alimentation, le droit à l'eau et à l'assainissement et le droit au logement.

Les mots précédés du signe > sont définis dans le Glossaire.

Au cours des dernières décennies, des progrès remarquables ont été accomplis pour améliorer la santé et lutter contre les maladies. Cependant, dans de nombreux pays, seules les populations riches profitent des bénéfices de services de santé bien équipés et fonctionnant correctement. Ceux qui vivent dans la pauvreté ont beaucoup moins de chances de mener une vie saine, en raison du cercle vicieux d'une alimentation insuffisante, d'une plus grande vulnérabilité aux maladies (telles que la > diarrhée, le > paludisme et le VIH/Sida), d'un accès limité aux soins médicaux et d'opportunités plus restreintes de subvenir à leurs besoins et d'obtenir une éducation appropriée. La > charge de morbidité pèse sur des familles entières et se transmet de génération en génération.

Des millions de personnes en Afrique et dans le monde ne reçoivent pas de soins médicaux, soit par manque d'informations sur les soins de santé, soit parce que les centres de santé ne sont pas facilement accessibles ; ou parce que les installations manquent de matériel et d'équipements médicaux adéquats. En d'autres termes, des personnes souffrent ou meurent en raison de problèmes médicaux qui auraient pu être évités ou traités si les services de santé étaient améliorés.

Les femmes et les enfants sont affectés de manière disproportionnée par la pauvreté. De plus, en raison de l'inégalité dans les relations entre les > genres, les femmes sont dépossédées de

la maîtrise de leur destin. Elles risquent également davantage d'avoir des problèmes de santé du fait de la grossesse et de la maternité. Les enfants de moins de cinq ans sont plus exposés aux maladies et un grand nombre d'entre eux meurent souvent de maladies évitables telles que la diarrhée et la malnutrition ou de l'absence de soins médicaux adéquats.

Réaliser effectivement le droit à la santé permettrait à chacun, quel qu'il soit et quels que soient ses problèmes de santé, de recevoir une assistance et des soins. De manière générale, l'amélioration de l'état de santé de la population serait bénéfique pour l'économie et la société dans son ensemble.

Les États ont l'obligation de mettre en place et d'assurer le bon fonctionnement d'un système de santé opérationnel offrant notamment des services de base (tels que des postes de santé et des points d'eau). Dans de nombreux pays africains, le système de santé ne répond pas aux besoins des populations. Cela s'explique d'abord par l'insuffisance des financements alloués au secteur de la santé par les États. Par ailleurs, les fonds ne parviennent pas aux niveaux administratifs inférieurs dans les régions rurales et les zones plus éloignées. Cependant, même dans les grandes villes africaines, notamment dans les bidonvilles, les services de santé sont inadéquats. Il arrive également que les fournitures soient détournées aux niveaux administratifs inférieurs. Il y a une pénurie de personnel qualifié, surtout dans les régions reculées. Les traditions et les cultures locales contribuent parfois aux problèmes de santé. C'est le cas, par exemple, des mariages précoces (qui augmentent considérablement les risques de complications durant la grossesse et l'accouchement) et de la promiscuité (qui accroît le risque de contagion > d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de VIH/Sida). Il peut également y avoir des > tabous interdisant toute discussion sur certaines questions, et empêchant donc les personnes souffrant de maladies de rechercher une assistance médicale.

Certains pays africains ont pris des mesures pour améliorer la santé de la population ; par exemple, la > mortalité infantile causée par le paludisme a été réduite de manière significative au Kenya, au Rwanda et en Éthiopie<sup>2</sup>. Toutefois, un grand nombre de pays n'ont pas élaboré de plans de santé efficaces et n'ont pas alloué de ressources suffisantes pour soutenir les services de santé.

Les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations de la société civile (OSC) peuvent contribuer de manière significative à améliorer cette situation en promouvant le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Les ONG et les OSC ont encouragé les gouvernements à réaliser le droit à la santé. Elles l'ont fait en surveillant les politiques gouvernementales, en attirant l'attention sur les violations du droit à la santé et en donnant aux communautés la capacité de participer à la réalisation de leur droit à la santé. Lu conjointement avec le Manuel de la présente série Haki Zetu, ce fascicule explique comment cet objectif peut être atteint.

Ce fascicule est divisé en trois sections et comprend cinq annexes :

- La Section 1 présente une brève introduction du droit à la santé ainsi qu'aux principales

questions auxquelles sont confrontées les OSC travaillant sur le droit à la santé. Ces informations sont présentées de deux manières :

- Les informations de base fournissent au lecteur des informations générales sur une composante du droit à la santé. Ces informations sont indiquées par le sigle ci-contre placé en marge du texte.
- Les informations approfondies fournissent au lecteur des informations supplémentaires sur le droit à la santé. Elles sont indiquées par le sigle ci-contre placé en marge du texte.



Les lecteurs souhaitant seulement comprendre les éléments essentiels du droit à la santé peuvent se contenter de lire la partie relative aux informations de base et se reporter ensuite directement à la Section 2.

- La Section 2 fournit des conseils sur la façon de se préparer à travailler sur le droit à la santé :
  - Comment identifier les obligations incombant à l'État en matière de droit à la santé ;
  - Quel est le rôle des acteurs non étatiques en matière de droit à la santé ;
  - Comment identifier les violations du droit à la santé ;
  - Comment repérer les dispositions relatives au droit à la santé dans les législations et politiques nationales ;
  - Comment travailler avec les communautés afin d'élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à promouvoir le droit à la santé.
- La Section 3 porte sur la réalisation en pratique de ce droit. Elle présente plusieurs activités visant à surveiller et à exercer les droits relatifs aux principales questions évoquées dans la Section 1.
- Vous trouverez, à la fin du fascicule, un glossaire, une liste d'acronymes et les notes de fin.
- Il y a cinq annexes :
  - Les extraits pertinents de normes internationales et africaines relatives au droit à la santé ;
  - Une liste de sources et de documents de référence sur le droit à la santé ;
  - Une liste d'organisations travaillant sur le droit à la santé ;
  - Les objectifs du Millénaire pour le développement et leur état d'avancement en Afrique ;
  - Un modèle afin de vous permettre d'établir votre propre liste récapitulative.

Il est fortement conseillé aux utilisateurs du présent fascicule de nouer des liens avec des professionnels de la santé et de collaborer avec eux.

Ce fascicule peut aussi être utile pour les > praticiens de la santé qui désirent se familiariser avec une approche de la santé fondée sur les droits humains.

Ce fascicule contient des liens hypertextes qui s'ouvriront seulement s'ils sont copiés dans leur totalité dans un navigateur Web.

# 1 Comprendre le droit à la santé

Cette Section présente brièvement au lecteur l'état actuel du droit à la santé en Afrique, ce que ce droit signifie, et certains des défis auxquels sont confrontées les OSC travaillant sur le droit à la santé.

## 1.1 La situation actuelle du droit à la santé en Afrique

---

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Afrique supporte 25% de la charge mondiale de > morbidité alors qu'elle ne compte que 1,3% des effectifs mondiaux de la santé. La plupart des pays du continent devront augmenter leurs capacités d'au moins 140% pour pouvoir faire face à leurs besoins grandissants en matière de santé<sup>3</sup>.

Des millions de mères, de nouveau-nés et d'enfants meurent chaque année de maladies évitables et guérissables. « Chaque année, 4,4 millions d'enfants (dont 1,2 million de nouveau-nés) et 265 000 mères meurent en Afrique sub-saharienne. Ce qui revient à 13 000 décès par jour ou près de neuf décès chaque minute. L'Afrique sub-saharienne a le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde. Elle compte également la moitié des décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants du monde<sup>4</sup>. » Dans certaines régions d'Afrique, environ 60% des décès d'enfants de moins de cinq ans sont liés à la malnutrition<sup>5</sup>.

Depuis le début des années 1990, peu de progrès ont été réalisés dans le domaine de la santé maternelle, néo-natale et infantile. Et, dans de nombreuses régions d'Afrique et dans certains pays, il y a eu un recul en la matière. Cela est largement dû à > l'épidémie de VIH/Sida et aux conflits armés. L'épidémie de VIH/Sida provoque des problèmes de santé pour les mères et les nouveau-nés et, de manière générale, elle impose un fardeau lourd sur le système de santé. Dans les zones de conflit, le système de santé est fortement affecté, alors même que les besoins médicaux augmentent.

Les > maladies infectieuses (également appelées maladies transmissibles), dont un grand nombre sont évitables ou guérissables, constituent un obstacle majeur au développement humain en Afrique. En fait, les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans sont des maladies évitables et guérissables telles que la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. Les maladies liées à la sous-nutrition augmentent les risques de décès suite à des infections. Selon l'OMS, trois maladies - le VIH/Sida, la > tuberculose et le paludisme -

tuent plus de trois millions d'individus en Afrique chaque année. Le nombre de cas de VIH/Sida est particulièrement élevé dans les pays d'Afrique australe. Le VIH/Sida accroît le risque d'apparition d'autres maladies infectieuses, en particulier la tuberculose. Des progrès ont toutefois été accomplis. Selon le rapport 2010 d'ONUSIDA, le taux des nouvelles infections par le VIH en Afrique sub-saharienne a chuté dans 22 pays<sup>6</sup>.

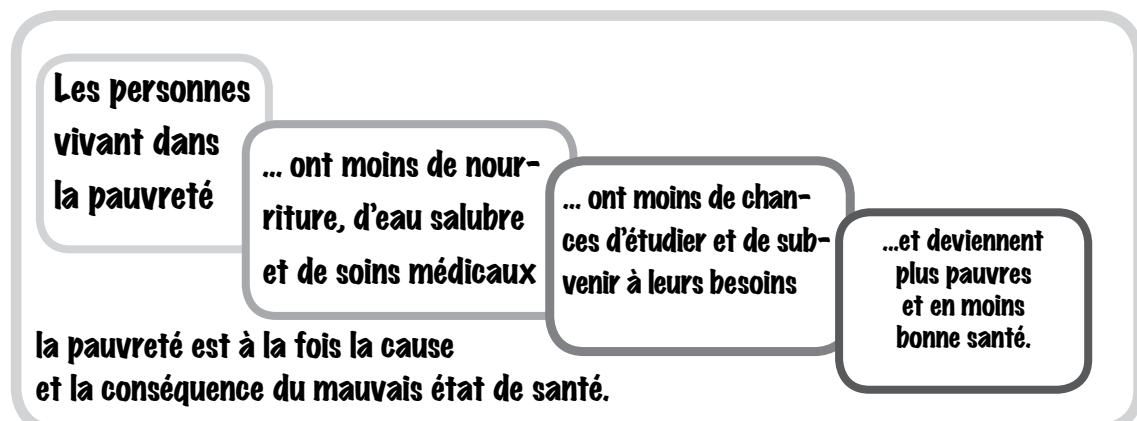
Les > maladies non transmissibles, à savoir celles qui ne peuvent pas être « contractées » d'une autre personne, sont en général liées à un mode de vie plus « urbanisé » ou plus luxueux. Ce type de maladies, telles que le > diabète et les maladies cardiaques, représente un problème de santé de plus en plus important en Afrique. Bien que les maladies non transmissibles et les blessures représentent 27% de la charge de morbidité de la région, les gouvernements africains n'ont pas les moyens ou la volonté d'allouer les ressources nécessaires pour lutter contre ce problème.

Les personnes qui vivent en Afrique doivent aussi faire face à un certain nombre de risques de santé environnementaux. Ainsi, l'approvisionnement en eau insalubre, l'assainissement inadéquat et la préparation de la nourriture dans des conditions non hygiéniques expliquent la prévalence importante de diarrhées et de maladies infectieuses. Un grand nombre d'individus sont également confrontés à des conditions de travail insalubres du fait du contact avec des produits chimiques et parfois de taux de pollution de l'air très élevés. Les changements climatiques augmentent le risque d'inondation et de sécheresse, qui sont l'une comme l'autre des facteurs de maladies et de perturbations des services essentiels.

La charge de mortalité (décès) et de morbidité (maladies) qui pèse sur l'Afrique résulte de plusieurs facteurs :

- La pauvreté et le piège de la pauvreté (voir Schéma 1) ;
- L'absence de développement durable et la pénurie de services essentiels ;
- Les facteurs environnementaux provoquant de la pollution ;
- Des systèmes de santé défectueux et faiblement dotés en ressources.

#### Schéma 1 : Le piège de la pauvreté



### Encadré 1 : Ressources allouées à la santé par les gouvernements africains

Les pays africains allouent entre 2 et 17 % du budget de l'État à la santé, la moyenne sur le continent étant donc de 10%. Ces budgets sont loin d'être suffisants pour maintenir le bon niveau de santé de populations en constante augmentation. En moyenne, la part consacrée à la santé n'a que très faiblement augmenté depuis 1995, à l'exception du Botswana, du Burkina Faso, du Liberia, du Rwanda, et de la Tanzanie qui ont effectivement accru leurs investissements dans ce secteur. D'autres pays, notamment la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, la République démocratique du Congo, la Sierra Leone et même le Kenya, ont au contraire réduit, en termes relatifs, le budget alloué à la santé.

Source : Site Internet de l'OMS, Données et statistiques : [www.who.int/gho/health\\_financing/en/index.html](http://www.who.int/gho/health_financing/en/index.html) et [gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/health\\_financing/atlas.html?indicator=i1&date=2009](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_financing/atlas.html?indicator=i1&date=2009)

## 1.2 Qu'est-ce que le « droit à la santé »

### 1.2.1 Le droit à la santé : ce qu'il recouvre et ne recouvre pas

La Constitution de l'OMS définit la santé ainsi : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou > d'infirmité* ». Les personnes, qui sont affaiblies en raison du manque de nourriture, des suites de violences ou parce qu'elles vivent dans des conditions insalubres, ne sont pas dans un état de « bien-être mental et social ».

Les expressions « *droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* » et « *droit à la santé* » sont souvent employées comme versions abrégées de la notion de « *droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* » - telle que formulée à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC).

Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé ! Les États ne peuvent pas être tenus responsables de la santé personnelle de chacun, car celle-ci dépend également de facteurs individuels et de styles de vie. Tous les individus passent par des phases de maladie ou de moins bon état de santé. Le droit à la santé doit être compris comme le droit de bénéficier de divers installations, biens et services et des conditions nécessaires à la réalisation du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Les États parties au PIDESC sont tenus de respecter, de protéger et de prendre des mesures afin de réaliser ce droit. Les gouvernements

Le CESCR est l'organe qui surveille la mise en œuvre du PIDESC. Il émet des Observations générales sur des aspects relatifs au droit à la santé. Voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 3.5.



doivent mettre en place des plans d'action et des politiques visant à fournir à tous de meilleurs soins de santé dans les plus brefs délais.

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ne se limite pas au fait d'avoir accès à des soins médicaux appropriés dans des délais rapides. Il renvoie également aux déterminants fondamentaux de la santé, qui incluent les soins médicaux, l'accès à de l'eau salubre et à un assainissement adéquat, l'approvisionnement en nourriture saine et suffisante, un logement convenable, et l'absence de discrimination.

Dans son Observation générale N°14 sur le droit à la santé, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) énumère également certains facteurs sociaux essentiels à la bonne santé (« les déterminants sociaux du droit à la santé », tels que la sûreté de l'environnement, l'éducation, le développement économique et > l'équité entre les sexes). Voir également la Section 1.2.2 ci-dessous et le Schéma 2.

La série d'ouvrages *Haki Zetu* comprend des fascicules distincts relatifs à ces déterminants fondamentaux : le droit à l'eau et à l'assainissement, le droit à l'alimentation et le droit à un logement convenable.

### 1.2.2 Relier le droit à la santé à d'autres droits

Pour les OSC travaillant sur le droit à la santé, il est important de comprendre non seulement ce que signifie le droit à la santé mais également comment il est relié à d'autres droits humains.

Le droit à la santé inclut le droit au contrôle de sa propre santé et de son propre corps, notamment en ce qui concerne les choix relatifs à la santé sexuelle et de la > reproduction, ainsi que le droit de ne subir aucune ingérence - telle que la torture, des relations sexuelles forcées et un traitement médical imposé sous la contrainte.

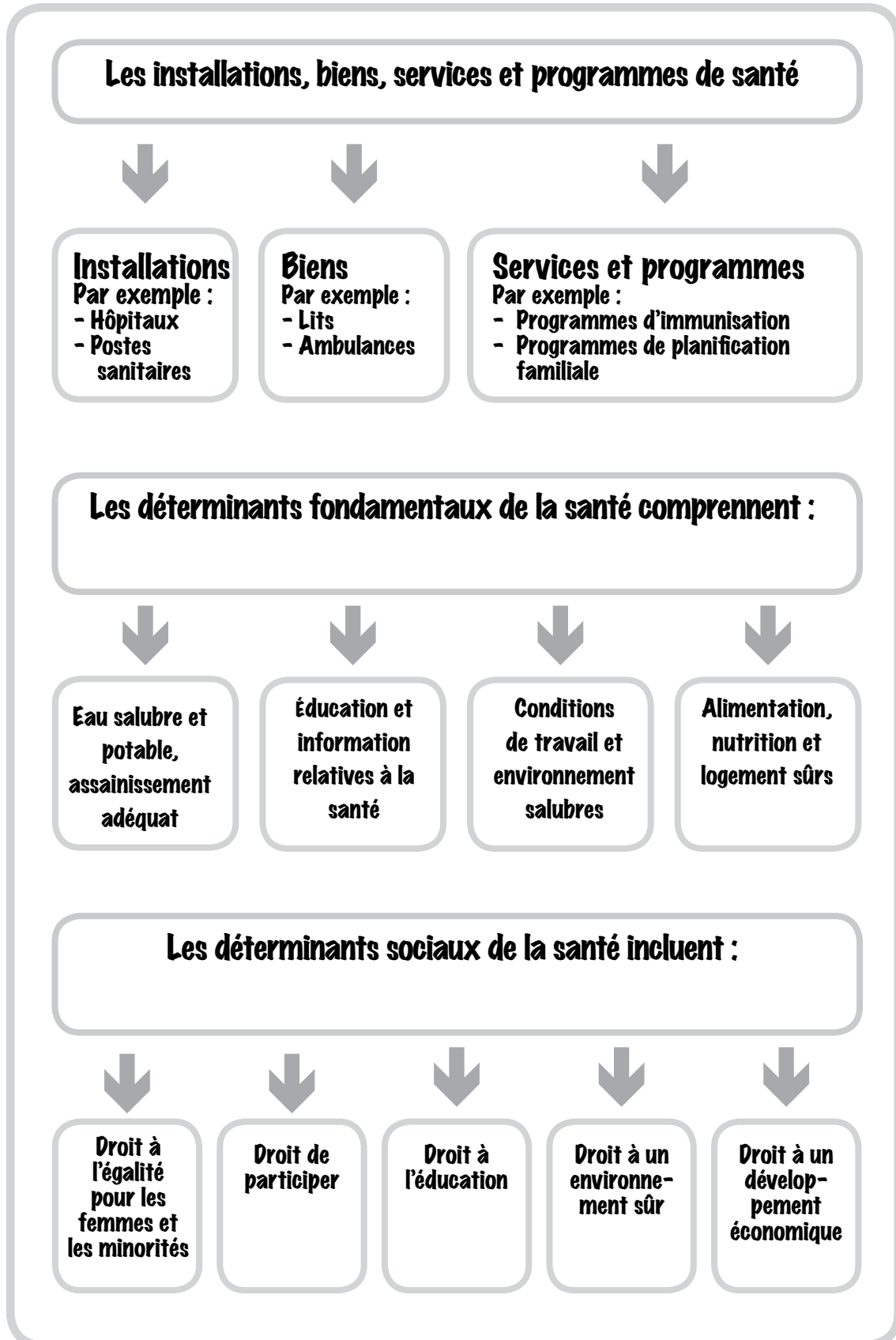
Le droit à la santé donne aussi des « prérogatives » (éléments que nous avons le droit de revendiquer). Cela inclut le droit de chacun d'avoir accès à des soins médicaux.

La bonne santé dépend dans une large mesure des déterminants fondamentaux de la santé, en particulier des déterminants sociaux. Cela souligne que le droit à la santé dépend de la réalisation de nombreux autres droits humains tout en contribuant à leur respect. Ces liens sont expliqués dans le Schéma 2.

Parmi les autres droits importants qui sous-tendent le droit à la santé figurent :

- les droits à l'égalité et à la non-discrimination ;
- le droit de participer à toutes les prises de décisions liées à la santé aux niveaux communautaire, national et international ;
- le droit de recevoir et de fournir des informations (en matière de santé), afin de pouvoir participer pleinement à la prise de décisions.

Schéma 2 : Les déterminants de la santé



### 1.2.3 Les principales violations du droit à la santé

---

Des violations du droit à la santé peuvent être commises si les gouvernements ne respectent pas, ne protègent pas et ne réalisent pas le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Des violations surviennent lorsque les gouvernements :

- Refusent l'accès aux installations, biens et services de santé à des individus ou à des groupes en raison d'une discrimination ;
- Refusent délibérément de donner des informations, ou fournissent de fausses informations qui peuvent être vitales pour protéger la santé ou pour un traitement médical ;
- Ne prennent pas de mesures pour améliorer les déterminants fondamentaux de la santé ;
- Agissent peu ou pas du tout pour réduire les taux de mortalité maternelle et infantile ;
- Ne prennent pas de mesures pour faire en sorte d'assurer un environnement naturel et de travail salubre ;
- Ne mettent pas en place de systèmes pour la prévention, le traitement et le contrôle des maladies.

Les acteurs non étatiques peuvent commettre des actions similaires mais celles-ci sont généralement qualifiées d'« atteintes aux droits humains ». Ces violations et atteintes font l'objet d'un développement plus approfondi dans la Section 2.

## 1.3 Les systèmes de santé et le droit à la santé

---

### 1.3.1 Informations de base sur les systèmes de santé et le droit à la santé

Dans toute société, un système de santé efficace constitue une institution fondamentale, au même titre qu'un système de justice équitable ou un régime politique démocratique. Cependant, selon l'OMS, dans de nombreux pays, les systèmes de santé sont déficients ou sont en train de s'effondrer<sup>7</sup>.

Pour être efficace et intégré, un système de santé doit couvrir à la fois les soins médicaux et les déterminants fondamentaux de la santé. Il faut que le système soit adapté aux situations nationales et locales (caractéristiques et dynamiques démographiques, facteurs géographiques, système de gouvernance, etc.), et il doit être accessible à tous.

L'OMS a identifié « six pierres angulaires fondamentales » formant le socle d'un système de santé pouvant offrir le meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ceux-ci sont : les services de santé, les > personnels de santé, le système d'information sanitaire, les produits médicaux, les > vaccins et les technologies, le financement de la santé et la direction et gouvernance des systèmes de santé<sup>8</sup>.



Schéma 3 : Les « six pierres angulaires fondamentales » d'un système de santé, selon l'OMS

**Services de santé :**

**Services d'urgence,  
Services de maternité,  
Services de planification  
familiale**

**Personnels de santé :**

**Médecins, infirmier(e)s,  
accoucheurs(euses) qualifié(e)s,  
dentistes, radiologues,  
nutritionnistes**

**Système d'information  
sanitaire :**

**Antécédents médicaux du  
patient, orientation vers  
d'autres services, normes  
cliniques**

**Produits médicaux,  
vaccins et  
technologies :**

**Éléments utilisés pour effectuer  
un diagnostic, surveiller ou  
traiter des maladies**

**Financement  
de la santé :**

**Budgets pour :  
Maintenance des bâtiments,  
salaires des employé(e)s,  
biens et services**

**Direction et  
gouvernance des  
systèmes de santé :**

**Ministère de la Santé,  
médecins chefs,  
inspecteurs de santé,  
éthique médicale**

Ces pierres angulaires peuvent être remises en cause par l'absence de progrès dans l'amélioration des déterminants fondamentaux : par exemple en n'améliorant pas l'accès à un logement convenable, à une alimentation nutritive, et à de l'eau et à un assainissement salubres.

Il faut donc que les politiques gouvernementales en matière de santé, de logement et d'environnement soient coordonnées. Les ministères gouvernementaux responsables de l'agriculture, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation, de l'information et des services sociaux doivent tous être impliqués. Ceci s'appelle une « approche multi-sectorielle » des problèmes de santé.

### 1.3.2 Informations approfondies sur les systèmes de santé

Les systèmes de santé sont mis en place par les États mais des acteurs non étatiques, notamment des entreprises privées, des bailleurs de fonds internationaux, des agences internationales et des ONG, contribuent souvent à leur gestion. Pour plus d'informations, voir la Section 2.1.3.



Il existe trois niveaux de soins de santé : primaire, secondaire et tertiaire.

Les systèmes de santé modernes ont été influencés par la Déclaration d'Alma Ata qui a été adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins primaires qui s'est tenue à Almaty (anciennement Alma-Ata) au Kazakhstan en 1978. Cette Déclaration a énoncé des principes relatifs aux soins de santé primaires et a défini certaines > interventions essentielles en matière de santé (actions entreprises afin de prévenir, améliorer ou stabiliser un état de santé). Les principes d'Alma Ata relatifs aux > soins de santé primaires figurent à l'Annexe 1, Tableau 5.

- Les **soins de santé primaires** concernent la prévention de la maladie ou de l'invalidité, par exemple les programmes > d'immunisation des enfants, les programmes de > planification familiale, et la prévention contre le paludisme. C'est le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, dans la mesure où ces soins de santé doivent être le plus proche possible du lieu d'habitation et de travail des populations. Ces soins sont généralement assurés par :
  - Des postes ou des stations de santé dans lesquels des travailleurs de la santé communautaires peuvent fournir des > médicaments essentiels pour les maladies mineures fréquentes ;
  - Des centres de santé accessibles dans des villes ou des sous-districts et qui fournissent des services de consultation externe, y compris des services de maternité, par le biais d'un personnel médical semi-qualifié et professionnel.



La Stratégie de santé de l'Afrique (2007-2015) adoptée par l'Union africaine (UA) conseille aux États de renforcer et de revitaliser la politique en matière de soins de santé primaires. L'UA a élaboré cette stratégie afin d'harmoniser les stratégies de santé actuelles en Afrique.

- Les **soins de santé secondaires** concernent le traitement des maladies, telles que la bronchite ou la tuberculose et soignent des blessures telles que, par exemple, un bras cassé. Il s'agit également de tous les soins de santé fournis par des médecins spécialistes, dans des hôpitaux ou des cliniques spécialisées (cependant, les hôpitaux fournissent souvent également des soins de santé primaires).
- Les **soins de santé tertiaires** (troisième niveau) concernent les cas plus difficiles tels que les opérations chirurgicales complexes nécessaires pour le traitement du cancer, la chirurgie cardiaque, etc. Ces soins sont assurés par des spécialistes hautement qualifiés utilisant souvent une technologie avancée dans des hôpitaux de référence au niveau tertiaire (souvent des hôpitaux universitaires).



### Égalité et non-discrimination

Un État a l'obligation juridique de faire en sorte que les soins médicaux ainsi que les déterminants fondamentaux de la santé soient accessibles à tous sans discrimination. Cela implique de faire en sorte que l'information soit disponible et que des programmes appropriés soient mis en place afin que les personnes et les communautés désavantagées bénéficient effectivement du même accès que les populations plus avantagées.

Garantir la non-discrimination implique de traiter exactement de la même manière des cas similaires - à moins qu'il n'existe des motifs objectifs et raisonnables de fournir un traitement différent. Cela ne signifie pas que chaque personne doit recevoir les mêmes soins. Par exemple, il peut être raisonnable de fournir gratuitement des lunettes aux enfants souffrant de mauvaise vue et de demander aux adultes ayant un emploi rémunéré de payer les leurs.

La discrimination en matière de santé est souvent liée à des préjugés générationnels (par exemple contre les jeunes), à l'orientation sexuelle et/ou aux relations entre les sexes.

Un grand nombre de personnes sont confrontées à la discrimination, à un traitement irrespectueux - ou une absence de traitement -, en raison de tabous sexuels et de barrières

sociales, par exemple :

- Les femmes : qui ne sont pas autorisées à parcourir seules de longues distances afin d'obtenir des soins médicaux, ou dont les affections ne sont pas traitées avec sérieux ;
- Les jeunes : qui sont privés des informations nécessaires relatives à la sexualité et à leurs droits, et/ou qui ne sont pas traités avec respect ou qui n'ont pas accès à des moyens de > contraception ou à un traitement pour les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Les personnes séropositives qui sont privées de traitement ;
- Les homosexuels, les lesbiennes et les > transgenres, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les travailleurs du sexe qui n'ont accès ni à l'information ni à un traitement ;
- Les personnes handicapées, par exemple celles atteintes d'albinisme (pour d'autres informations, voir l'Encadré 7).

L'obligation de mettre fin à la discrimination signifie que l'État doit tenir des statistiques actualisées afin d'identifier les groupes victimes d'inégalités et de discriminations. Pour atteindre cet objectif, les gouvernements doivent recueillir des > informations ventilées basées sur les motifs interdits de discrimination (voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 4.3, Encadré 10). Toutefois, de nombreux États ne donnent pas la priorité à la collecte et à la publication de ces données. Cela s'explique peut-être par le fait qu'ils craignent que ces statistiques ne mettent en lumière leurs lacunes en la matière.

L'inégalité entre les genres porte atteinte à la santé des femmes et à leur accès aux soins de santé, comme le montrent les faits suivants :

- Plus de la moitié des personnes vivant dans la pauvreté sont des femmes ;
- Chaque jour en Afrique sub-saharienne, 570 femmes en moyenne meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement<sup>9</sup>;
- Les femmes, beaucoup plus que les hommes, sont victimes de violences domestiques, de relations sexuelles forcées et d'agressions sexuelles. Leur premier rapport sexuel est souvent effectué sous la contrainte ;
- Les jeunes femmes (15-24 ans) ont entre 2,5 et 4 fois plus de risques d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes en Afrique sub-saharienne.

Vous pouvez trouver d'autres informations relatives à l'inégalité entre les genres dans la Section 1.9.1.

Les femmes et les jeunes filles ont moins accès à l'éducation, qui est essentielle à la prise de décisions informées sur les soins de santé dont elles-mêmes, et leurs enfants, ont besoin.

Bien que les femmes soient plus affectées par ce phénomène, les normes en matière de virilité et la rigidité des rôles attribués à chaque sexe sont également facteurs de discrimination à l'encontre des hommes.

Pour de plus amples informations sur les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 3.3.2.

### **Le droit à l'information sur la santé et le droit à la vie privée**

Le droit à la santé requiert la liberté de chercher, recevoir et diffuser des informations et des idées de toutes sortes. Cela inclut les informations relatives à la santé et l'éducation à la santé.

Toutefois, les informations concernant l'état de santé des individus peuvent être utilisées de manière dévoyée. L'« état de santé » renvoie aux informations relatives à la santé des individus, par exemple l'infection au virus VIH, un cancer ou des > anomalies génétiques ; ou d'autres facteurs tels que leur > orientation sexuelle, ou leurs habitudes, par exemple s'ils fument. Les gouvernements doivent, par conséquent, mettre en place des systèmes afin de veiller à ce que ces données soient traitées avec soin et en toute confidentialité.

Les individus ont le droit de consulter leurs dossiers médicaux.

### **Les droits et devoirs des professionnels et des travailleurs de la santé**

Selon la Stratégie de santé de l'Afrique, le moral des travailleurs de la santé est généralement bas et les patients se plaignent de l'attitude négative du personnel médical. Par exemple, les prestataires de santé peuvent faire preuve de brutalité et refuser de fournir à la population des soins adéquats. Ils peuvent manquer de respect envers les jeunes ou les personnes atteintes du VIH/Sida – notamment en ce qui concerne les services sexuels et de la reproduction – ainsi qu'envers les migrants<sup>10</sup>.

Les professionnels de la santé sont des personnes dotées de qualifications adéquates qui doivent rendre des comptes à un > organe d'accréditation indépendant dont ils sont tenus de respecter les normes et les principes éthiques.

Les principes éthiques des professionnels de la santé comportent la protection des droits des patients, à savoir :

- Être traité avec respect (cela s'applique aussi aux membres de leurs familles et aux communautés) ;
- Recevoir des informations concernant leur traitement ;
- Donner ou refuser leur consentement aux interventions médicales (le consentement doit être complet, libre et éclairé. Ce principe est décrit dans le Manuel de cette série, Partie II, Section 6.6, en ce qui concerne le consentement des personnes avant tout entretien) ;
- Bénéficier de la confidentialité et du respect de la vie privée. Les professionnels de la santé ne peuvent pas donner à autrui des informations concernant un patient sans l'accord de celui-ci.

### **Les travailleurs de la santé communautaires**

Les travailleurs de la santé communautaires sont des membres de la communauté qui sont nommés par celle-ci et reçoivent une formation et un soutien de la part du système de santé. Leurs tâches peuvent inclure l'éducation à la santé, > l'hygiène environnementale, les premiers soins et le traitement d'affections simples et fréquentes. Les professionnels de la santé et les autres travailleurs de la santé ont aussi le droit de « *travailler dans des*



*conditions équitables et satisfaisantes et de percevoir un salaire égal pour un travail égal »*  
(Charte africaine, article 15).

### Encadré 2 : Utiliser la technologie pour améliorer la fourniture des soins de santé

Des travailleurs de la santé et des opérateurs télécom se sont rencontrés à Accra au Ghana en décembre 2010 pour explorer les moyens d'utiliser les téléphones portables afin d'améliorer la fourniture des soins médicaux dans les communautés éloignées. Il existe déjà de nombreuses façons d'utiliser les téléphones portables pour améliorer la santé. Par exemple, certains travailleurs de la santé envoient des SMS à leurs patients pour leur rappeler de prendre leurs médicaments. Ces messages peuvent aussi être utilisés pour évaluer (et améliorer) les connaissances des populations en matière de prévention de maladies telles que le VIH et la tuberculose. Ils peuvent aussi permettre aux agents de santé sur le terrain de recevoir des informations ou des conseils de la part d'autres professionnels de la santé.

Source : PlusNews. « Africa: Mobile phones for health ». Décembre 2010.  
Disponible en ligne : [www.plusnews.org/Report.aspx?ReportID=91287](http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportID=91287).

## 1.4 Le droit à des installations, des biens et des services de santé

### 1.4.1 Informations de base sur les installations, les biens et les services de santé

Les installations de santé - hôpitaux, cliniques et postes de santé - doivent être facilement accessibles. Ils doivent fournir divers types de services de soins essentiels destinés à établir un > diagnostic (identification) et traiter les maladies.

Les gouvernements doivent progressivement faire en sorte que les installations de santé soient réparties dans l'ensemble du pays en fonction des besoins. Ces installations doivent être pourvues du personnel, du matériel et des services médicaux nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Cela signifie que le budget doit être utilisé judicieusement et cibler en priorité les populations les plus vulnérables.

Il existe deux niveaux principaux d'installations et services :

- Les installations et services au niveau communautaire ;
- Les installations et services au niveau du district ou de la région.



**Les établissements de santé** comprennent les hôpitaux, les cliniques et les postes de santé.

**Les biens de santé** comprennent les équipements médicaux et les médicaments.

**Les services de santé** regroupent tous les services nécessaires à l'amélioration de la santé de la population, tels que les tests sanguins et les programmes d'éducation à la santé.

Une installation de santé communautaire (souvent appelée « poste de santé ») doit être dotée de :

- Un personnel qualifié en nombre suffisant ;
- Des > médicaments essentiels et autres matériels médicaux en nombre suffisant ;
- Du matériel d'éducation à la santé ;
- Des services de prévention (tel que du matériel de dépistage afin de détecter et de prévenir la tuberculose) ;
- Un équipement médical approprié ;
- D'autres équipements, tels que des téléphones fiables ;
- Un système efficace d'enregistrement des dossiers médicaux ;
- Un système efficace d'orientation pour conserver les informations relatives au traitement des patients aux différents niveaux du système de santé (voir ci-dessous) ;
- Un approvisionnement ininterrompu en électricité et eau salubre ;
- De bons systèmes de gestion, y compris en matière de gestion de l'approvisionnement (assurer le suivi de l'approvisionnement en équipements et en médicaments).

#### **Au niveau de la région ou district**

Une installation de santé entièrement équipée (clinique ou hôpital) doit être pourvue de :

- Tout ce qui a été énuméré ci-dessus ; et
- Des services plus perfectionnés, tels que des laboratoires, des banques de sang, des salles d'opération, des services > d'anesthésie et un matériel de radiologie.

Il existe un troisième niveau d'établissements de santé dans lesquels on trouve un personnel

et des équipements spécialisés destinés au traitement de problèmes spécifiques, telles que les maladies infectieuses.

Pour qu'un système de santé soit adéquat, il est essentiel d'avoir un bon système d'enregistrement des dossiers médicaux. Cela évite de commettre des erreurs, comme de prescrire de mauvais médicaments. Les dossiers enregistrent également l'histoire médicale des patients, leurs maladies et les traitements qu'ils ont reçus. Les systèmes de santé doivent être bien coordonnés de façon à pouvoir orienter les patients d'un établissement à l'autre. Pour être efficace, le système d'orientation doit conserver le dossier du traitement des patients au fur et à mesure que ceux-ci sont transférés d'un niveau à l'autre du système de santé, par exemple lorsque les patients sont envoyés chez un médecin spécialiste ou, le cas échéant, vers un centre entièrement équipé. Les dossiers doivent noter ces orientations. Les patients ont le droit de consulter leurs dossiers et de signaler toute erreur.

Les établissements de santé ne doivent pas être surchargés de cas de personnes souffrant de maladies évitables. Un système de santé intégré doit offrir :

- Des programmes visant à améliorer les déterminants fondamentaux de la santé, en particulier un logement convenable, de la nourriture nutritive, de l'eau et un assainissement salubres ;
- Des programmes d'éducation publique sur les problèmes de santé.

Malheureusement, un grand nombre d'établissements de santé ne remplissent pas encore ces critères et n'ont pas la capacité de fournir des soins médicaux de base.

#### **1.4.2 Informations approfondies sur les installations, les biens et les services et les déterminants fondamentaux de la santé**



L'Observation générale N°14 du CESCR sur le droit à la santé précise que le droit à la santé inclut les éléments suivants :

- Disponibilité : les installations, les biens et les services de santé ainsi que les déterminants fondamentaux, doivent être disponibles en quantité suffisante.
- Accessibilité : les installations, les biens et les services de santé ainsi que les déterminants fondamentaux, doivent être accessibles à tous les individus sans discrimination. L'accessibilité renvoie à quatre dimensions interdépendantes :
  - Non-discrimination (ils doivent être accessibles à chacun sans discrimination d'aucune sorte) ;
  - Accessibilité physique (les soins médicaux doivent être accessibles sur l'ensemble du territoire) ;
  - Accessibilité économique (les soins médicaux doivent être d'un coût abordable pour tous) ;
  - Accessibilité de l'information (l'information concernant les soins médicaux et les déterminants fondamentaux doit être libre d'accès).

- Acceptabilité : les installations, les biens et les services de santé ainsi que les déterminants fondamentaux doivent être :
  - Respectueux de l'éthique médicale ;
  - Culturellement appropriés ;
  - Adaptés aux besoins des patients selon leur genre et leur âge ;
  - Conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des personnes concernées.
- Qualité :
  - Les installations, les biens et les services de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Les déterminants fondamentaux doivent également être de bonne qualité.

**Remarque** : la notion de « bonne qualité » signifie que tous ces éléments doivent servir l'objectif d'assurer des soins médicaux adéquats ou de promouvoir la bonne santé.

## 1.5

### Le droit à la santé sexuelle et de la reproduction

---

La santé sexuelle et de la > reproduction est un élément essentiel du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. La santé sexuelle et reproductive traite de tous les aspects de la santé relatifs à la sexualité, la grossesse et l'accouchement. Les Nations unies utilisent l'expression « *santé de la mère, de l'enfant et santé de la reproduction* » pour regrouper ces différents aspects.

De nombreux éléments de la sexualité ne sont pas liés à la reproduction. Les relations sexuelles ne visent pas seulement à avoir des enfants, il s'agit également d'une modalité d'expression de l'amour et du plaisir. Par conséquent, la santé sexuelle et celle de la reproduction sont intimement liées, mais elles sont aussi distinctes.

#### 1.5.1 Informations de base sur la santé et les droits sexuels et de la reproduction

Les droits sexuels et de la reproduction sont un élément fondamental pour la réalisation des droits humains de chacun. Le respect de ces droits est essentiel à la dignité humaine et à la jouissance du bien-être physique, émotionnel, mental et social. Plusieurs instruments internationaux ont reconnu les droits sexuels et de la reproduction (voir Annexe 1). Les États parties au PIDESC ont l'obligation d'inclure ces droits dans leur législation nationale.

Selon l'OMS, la santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres.

Les droits sexuels incluent les droits de tout homme et de toute femme (y compris des adolescent(e)s) à :

- Décider si, et quand, être sexuellement actif/active ou non ;
- Ne pas faire l'objet d'attouchements à caractère sexuel, ou avoir des rapports sexuels, sans consentement mutuel ;
- Choisir son partenaire ;
- Épouser le partenaire de son choix ;
- Décider si, et quand, avoir des enfants ;
- Mener une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sûre ;
- Recevoir des informations relatives à la santé sexuelle et bénéficier d'une éducation sexuelle ;
- Recevoir une assistance et des conseils en cas de viols ou d'abus sexuels ;
- Avoir accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction, y compris un accès à la prévention et au traitement des maladies sexuellement transmissibles, telles que le VIH/Sida.

Les droits en matière de reproduction incluent les droits de tout homme et de toute femme (y compris des adolescent(e)s) à :

- Décider librement du nombre, de l'espacement et du moment des naissances de leurs enfants ;
- Avoir accès à l'information et à l'éducation relatives à la santé sexuelle et de la reproduction ;
- Être informé(e) et avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, financièrement abordables et acceptables de > planification familiale (y compris en matière de contraception) ;
- Avoir accès aux biens et services visant à prévenir la mortalité (décès) et la morbidité (maladie) maternelles évitables ;
- Avoir accès aux biens et services afin de prendre soin de ses enfants (maternité sans risques) ;
- Ne pas être l'objet de > stérilisation forcée, d'avortement forcé, et de grossesse forcée ;
- Ne pas être l'objet de mariages forcés (y compris pour les enfants) ni de pratiques traditionnelles préjudiciables qui mettent en danger la santé sexuelle et de la reproduction, telles que les > mutilations génitales féminines (MGF).

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes (Protocole africain sur les femmes) ajoute, à l'article 14, que le droit à la santé de la reproduction inclut le droit des femmes d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/Sida, conformément aux normes et aux bonnes pratiques internationalement reconnues.

Les droits sexuels et de la reproduction évoqués ci-dessus sont également applicables aux adolescents et aux jeunes tels que prévus dans le cadre d'une série de conférences internationales (Conférence du Caire sur la population et le développement, Conférence de

Beijing sur les femmes), ainsi que dans des chartes (Charte africaine de la jeunesse) et des principes (par exemple, ceux de l'IPPF).

Si les droits sexuels et de la reproduction doivent être interprétés à la lumière du contexte culturel et social existant, les arguments socio-culturels ne doivent pas être utilisés pour nier ces droits.

### **Identité sexuelle**

Chaque individu a une > identité sexuelle (hétérosexuelle, homosexuelle, transgenre et autres) et est bénéficiaire de droits protégeant cette identité. Cela comprend le droit à :

- La non-discrimination et l'égalité devant la loi ;
- La vie privée et la vie de famille ;
- Ne pas être soumis à des mauvais traitements physiques ;
- La liberté d'expression et d'association ;
- Le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint ;
- La liberté de prendre des décisions relatives à sa sexualité et à la santé sexuelle et de la reproduction et le droit de ne faire l'objet d'aucune contrainte (force).

### **1.5.2 Informations approfondies sur la santé sexuelle et de la reproduction y compris la planification familiale**

La > santé de la reproduction est un sujet qui préoccupe les femmes et les hommes tout au long de leur vie, de l'enfance à la vieillesse. Durant leurs années de fécondité, il est essentiel que les individus, notamment les adolescent(e)s et les jeunes adultes aient accès à des informations relatives à la santé sexuelle et de la reproduction. Durant cette période, les soins de santé comprennent la planification familiale, les soins nécessaires à la grossesse et à l'accouchement et le traitement des IST et des infections de l'appareil génital. Les problèmes de santé qui apparaissent à un âge plus avancé comprennent les infections chroniques et le risque de cancer du col de l'utérus et du sein pour les femmes et du cancer de la prostate pour les hommes.

Durant de nombreuses années, les femmes ont été à la fois les cibles et les bénéficiaires principales des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction. Les décideurs politiques, les planificateurs de la santé et les fournisseurs de services accordent maintenant davantage d'attention au rôle important joué par les hommes sur la santé sexuelle et de la reproduction de leurs familles et de leurs partenaires sexuels. Il s'agit là d'une question cruciale pour assurer la santé des hommes eux-mêmes ainsi que le bien-être de leurs partenaires et de leurs proches. Les attitudes des hommes à l'égard du genre et des relations sexuelles sont acquises durant leur enfance et façonnent alors souvent leurs comportements de manière durable. Les hommes et les garçons doivent être informés de leur responsabilité en matière sexuelle et apprendre la notion d'égalité dans les relations intimes. Pour cela, il faut les sensibiliser de manière continue à la santé sexuelle et aux comportements qu'ils doivent avoir au moment de la formation de la famille. Les deux sexes doivent bénéficier de soins de santé sexuelle et de la reproduction adaptés à leur âge.



### **Infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/Sida**

La santé sexuelle peut être atteinte par des infections et des maladies, telles que la > chlamydia et la > gonorrhée qui sont causées par des > bactéries transmises entre des partenaires lors de rapports sexuels à risque (non protégés). L'utilisation d'un > préservatif prévient généralement les IST. Les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples courent des risques accrus d'être contaminées par des IST. Quasiment toutes les IST peuvent être soignées si elles sont détectées à un stade précoce.

Le > virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est également transmis par le biais de rapports sexuels à risque. Il entraîne le syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) qui ne peut pas être guéri. L'accès à des médicaments adéquats peut toutefois aider les individus atteints de cette maladie à vivre plus longtemps. Le meilleur moyen de prévenir le VIH est de réduire le nombre de partenaires sexuels et d'utiliser des préservatifs.



Pour de plus amples informations sur le VIH/Sida, voir la Section 1.8.6.

### **Planification familiale et avortement**

La planification familiale est parfois appelée « espacement des naissances ». Le fait d'avoir plusieurs enfants dans un laps de temps court est dangereux à la fois pour la mère et pour ses bébés. Le fait d'avoir un grand nombre d'enfants peut également plonger toute la famille dans la pauvreté.

Les services de planification familiale doivent fournir des informations et des conseils appropriés et proposer divers types de moyens de contraception, tels que les préservatifs (masculins et féminins), les pilules contraceptives et des dispositifs intra-utérins (DIU), qui sont insérés dans l'utérus. En Afrique sub-saharienne, seules 17% des femmes mariées utilisent des contraceptifs fiables, alors que la demande est bien supérieure<sup>11</sup>. On parle

alors de « besoins non satisfaits ». L'accès à ces services peut être problématique du fait du manque d'information, de leur non-disponibilité ou en raison de leurs coûts.

De nombreuses jeunes filles et femmes ont des grossesses non désirées (39% des grossesses en Afrique sont non désirées/non planifiées)<sup>12</sup>. Cette situation s'explique notamment par l'absence de moyens de contraception. Elle est également la conséquence de cas de viols ou d'incestes, de grossesses précoces chez des jeunes filles qui ne sont pas encore prêtes pour la maternité, ou du fait d'avoir déjà de nombreux enfants (qu'il est difficile à nourrir). Ces grossesses non désirées s'expliquent aussi par une cause sous-jacente importante : en raison de convictions religieuses, culturelles et traditionnelles, les femmes et les jeunes filles sont souvent privées de la capacité de décider pour elles-mêmes si et comment avoir des rapports sexuels. Confrontées à une grossesse (non désirée), elles – et non leurs partenaires – doivent souvent en assumer les conséquences. Cela entraîne une > stigmatisation sociale et un abandon scolaire. La grossesse non désirée peut même contraindre des femmes à devenir des travailleuses du sexe afin de nourrir leur enfant.

### **Avortement<sup>13</sup>**

Dans de nombreux pays, > l'avortement constitue une infraction pénale (sauf exception, notamment lorsque cet acte est nécessaire afin de sauver la vie d'une femme). De ce fait, seules les femmes qui ont les moyens financiers de bénéficier de services de santé (privés) de qualité ont accès à des avortements pratiqués dans des conditions sûres par un personnel médical qualifié et utilisant les instruments et/ou médicaments adéquats. La majorité des jeunes filles et des femmes doivent ainsi s'en remettre à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses par des personnes non qualifiées qui utilisent des instruments domestiques, non stérilisés (infectés) et/ou des herbes. Ces pratiques peuvent gravement endommager l'utérus, entraînant des hémorragies et même la mort. Certaines femmes et jeunes filles tentent d'avorter le > fœtus en utilisant des bouteilles cassées et de fortes doses de médicaments. En Afrique, 97% des avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses et le nombre d'avortements dangereux ne cesse de croître. Soixante pour cent des femmes âgées de moins de 24 ans ont subi des avortements dangereux. Les avortements dangereux représentent un décès maternel sur sept ou huit. Lorsque l'avortement est autorisé légalement - comme en Éthiopie et en Afrique du Sud - et qu'il est pratiqué en respectant des procédures appropriées, cela entraîne une diminution du nombre d'avortements dangereux et du nombre de décès. En Afrique du Sud, où l'avortement a été légalisé en 1996, le taux de décès dû à des avortements a baissé de 91%.

L'accès à des services d'avortement sûrs constitue un élément essentiel des droits : au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ; à la vie privée ; de ne pas être soumis à des traitements cruels, inhumains ou dégradants ; et de prendre des décisions sur sa propre santé reproductive et pour sa vie.

La Stratégie de santé de l'Afrique<sup>14</sup> appelle à ce que la planification familiale soit intégrée à



un programme plus large de santé sexuelle qui assure aussi :

- Le dépistage et le traitement des IST ;
- Des services d'avortements sûrs ;
- Des conseils sur > l'infertilité et la > ménopause ;
- Des programmes d'éducation aux questions de genre et à la sexualité ;
- Des services adaptés aux jeunes et aux femmes, visant spécifiquement à réduire les grossesses précoces et les maladies sexuellement transmissibles ;
- L'accès à un traitement contraceptif post-exposition (> contraception d'urgence) pour les victimes de viols.

### 1.5.3 Informations de base sur la santé maternelle et infantile



Comme il a été souligné dans la Section 1.1, l'Afrique connaît le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde. Elle compte aussi un taux de mortalité infantile élevé (nombre d'enfants qui meurent avant, durant ou après la naissance). Dans la plupart des cas, ces décès auraient pu être évités. Des femmes et des jeunes filles meurent parce qu'elles n'ont pas un accès facile à des soins médicaux, notamment à des soins obstétricaux (voir ci-dessous). Les examens > prénataux permettent souvent de révéler des problèmes qui, s'ils sont diagnostiqués à un stade précoce, peuvent facilement être traités. Il y a une pénurie grave d'>accoucheurs(euses) qualifié(e)s dans de nombreux pays. Il arrive que les centres de soins ne soient pas dotés des équipements nécessaires pour faire face aux urgences.

Conformément à l'article 12 du PIDESC et à l'article 14 du Protocole africain sur les femmes, les États ont l'obligation de prendre des mesures pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Ils doivent agir afin de :

- Améliorer la santé maternelle et infantile ;
- Fournir des services de santé sexuelle et de la reproduction, y compris l'accès à la planification familiale ;
- Fournir des soins pré et post-nataux, notamment des soins > obstétricaux (relatifs aux accouchements) d'urgence (souvent désignés sous l'acronyme SOU) ;
- Assurer l'accès à l'information.

En 2000, les dirigeants du monde entier sont convenus de formuler huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD, voir le Manuel principal, Partie I, Section 6.3). Si la santé constitue une préoccupation prédominante dans tous les OMD, l'Objectif 4 traite spécifiquement de la santé maternelle. En 2005, cet Objectif a été reformulé en ces termes : « *atteindre l'accès universel aux services de santé sexuelle et de la reproduction* ». Pour des informations plus détaillées sur les OMD et leur impact sur le droit à la santé, voir l'Annexe 4.

### 1.5.4 Informations approfondies sur la mortalité maternelle



Comme souligné dans la Section 1.3.2, en Afrique sub-saharienne environ 570 femmes

meurent chaque jour des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. De plus, l'Afrique sub-saharienne compte plus de la moitié des cas de mortalité maternelle<sup>15</sup>. Alors que le taux global de mortalité maternelle a diminué, il demeure élevé en Afrique. Les complications qui surgissent avant, durant et après l'accouchement provoquent 85% des décès maternels.

Les complications qui entraînent la plupart des décès maternels sont :

- Les saignements graves (principalement après l'accouchement), appelés > hémorragies ;
- Les infections (généralement après l'accouchement) ou > septicémies ;
- L'hypertension durant la grossesse et/ou lorsque la femme tombe dans le coma ou a des convulsions peu avant ou peu après la naissance (pré-éclampsie et > éclampsie) ;
- Le travail dystocique (obstructions diverses) ;
- Les avortements dangereux.

Les autres décès sont causés par des maladies telles que le paludisme, l'anémie et le VIH/Sida durant la grossesse.

### Encadré 3 : Les trois retards

Les traitements tardifs des complications survenant durant la grossesse et l'accouchement sont une cause majeure de mortalité maternelle. Il existe trois principaux types de retards et chacun est étroitement lié à l'absence de l'un ou de plusieurs des éléments au droit à la santé :

- Retard dans la décision de recourir à une assistance médicale appropriée en cas d'accouchement d'urgence et ce, en raison :
  - du coût ;
  - du fait de ne pas reconnaître le besoin urgent de soins médicaux ;
  - du manque d'informations sur les facteurs de risque ; ou
  - du manque d'autorité de la mère au sein de la famille en matière de prise de décisions ;
- Retard dans l'accès à une structure de santé appropriée en raison :
  - de la distance, du mauvais état des routes ou de l'absence de transport ;
- Retard dans l'accès à des soins adéquats après avoir atteint le centre de soins, du fait de :
  - pénurie de personnel, absence des compétences requises, manque d'équipements ou de médicaments ;
  - manque d'électricité, d'eau et de fournitures de base.

### Causes indirectes de la mortalité maternelle

Il existe un certain nombre de causes indirectes de mortalité maternelle, notamment :

- Le manque d'informations sur les principales causes et les facteurs de risque ;
- Des systèmes de santé déficients qui ne peuvent pas répondre aux cas d'urgences ;
- Discrimination à l'encontre des femmes et manque d'autonomie des femmes ;

- Barrières culturelles et sociales, notamment :
  - Les mariages précoces et les grossesses précoces : les jeunes filles ne sont pas encore suffisamment développées physiquement pour porter un enfant et être enceintes, ce qui peut entraîner de graves problèmes physiques et psychologiques ;
  - La violence domestique et les agressions sexuelles ou le viol ;
  - Les mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E), qui augmentent le risque de complications à l'accouchement et de mort des nouveaux-nés<sup>17</sup> ;
  - Le faible statut des femmes au sein de la famille ;
- Lorsque les femmes ne connaissent pas ou n'ont pas accès à la planification familiale et à la contraception.

### Facteurs de risque

Il faut également prendre en compte un certain nombre de facteurs de risque :

- Les grossesses répétées : le risque est réitéré à chaque fois qu'une femme tombe enceinte ; plus elle est âgée, plus le risque est important. La réduction du nombre de grossesses réduit la mortalité maternelle ;
- Les femmes souffrant d'anémie (le fait de ne pas avoir suffisamment de globules rouges).

La plupart de ces décès, qu'ils aient des causes médicales ou sociales, sont évitables. Différentes interventions en matière de santé sont nécessaires pour réduire la mortalité maternelle, notamment :

- Des soins obstétricaux d'urgence (SOU) ;
- Un(e) accoucheur(euse) qualifié(e) ;
- Une éducation et des informations sur la santé sexuelle et de la reproduction ;
- Des services d'avortement sûrs ;
- D'autres services de santé sexuelle et de la reproduction, tels que les services de planification familiale ;
- Des services de santé primaires.

### Soins obstétricaux d'urgence

Ces soins sont nécessaires en cas de complications lors de l'accouchement. Il existe deux sortes de services obstétricaux d'urgence - des services de base et des services complets.

- Les services de base incluent la fourniture d'antibiotiques et d'autres médicaments et des opérations telles que l'extraction manuelle du > placenta (« paroi de l'utérus ») ;
- Les services plus complets comportent tous les services de base et également des installations pour procéder à des opérations (l'ouverture de l'utérus pour en extraire le bébé ou « césarienne ») et à des transfusions sanguines.

### Accoucheurs(euses) qualifié(e)s

Selon l'OMS, un(e) accoucheur(euse) qualifié(e) est un professionnel de la santé qualifié - tel qu'une sage femme, un médecin ou un(e) infirmier(ère) - qui a bénéficié d'une formation

adéquate afin d'acquérir les compétences nécessaires pour assister les mères lors de grossesses normales (sans complication), lors des accouchements, et pendant la phase suivant immédiatement la naissance, appelée période post-natale. L'accoucheur(euse) doit également avoir la capacité d'identifier les complications survenues chez les mères et les nouveau-nés et de les orienter vers des spécialistes appropriés. Les accoucheuses traditionnelles, qui n'ont pas reçu de formation qualifiée, ne répondent pas à la définition d'accoucheur(euse) qualifié(e). Certaines femmes peuvent préférer accoucher à la maison, avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, notamment si les hôpitaux sont éloignés et lorsque le personnel se montre peu respectueux. Des efforts supplémentaires doivent être mis en œuvre afin d'améliorer l'accès à des accoucheurs(euses) qualifié(e)s.

L'État a l'obligation de fournir les biens et les services nécessaires (tels qu'énumérés plus haut) afin de prévenir la mortalité maternelle. En outre, il doit respecter le droit de bénéficier des déterminants fondamentaux de la santé énumérés dans le Schéma 2. La majorité de ces déterminants influent directement sur la santé maternelle.

L'État a aussi l'obligation d'accroître la sensibilisation aux signes précurseurs indiquant l'apparition de complications durant la grossesse, l'accouchement, et la phase suivant l'accouchement (saignements, douleurs, fièvre persistante, écoulements nauséabonds, etc.).

## **1.6** Le droit à la santé mentale

---

### **1.6.1 Informations de base sur la santé mentale**

La santé mentale est affectée par des facteurs sociaux, culturels et médicaux. En Afrique, les > psychoses provoquées par les atteintes au cerveau du fait de maladies infectieuses comme le paludisme, la fièvre > typhoïde, le VIH, et l'épilepsie sont répandues. Les psychoses sont également provoquées par la malnutrition ou des soins inadéquats à la naissance. Les troubles de > stress post-traumatique sont fréquents. Ils sont causés par les conflits et les problèmes sociaux. Enfin, l'abus d'alcool, de tabac et de drogues est une préoccupation grandissante en Afrique. La consommation excessive de bière brassée de manière artisanale ou d'alcool distillé localement affecte la santé mentale d'un grand nombre de personnes<sup>18</sup>.

Les personnes atteintes de maladies mentales sont l'objet de discrimination et d'exclusion dans de nombreuses communautés (certaines souffrent même de négligence au sein de leur propre famille – les femmes étant davantage affectées que les hommes). Les États fournissent rarement des ressources suffisantes pour le traitement des problèmes de santé mentale (en Afrique, moins de 1% du budget de la santé est consacré à la santé mentale)<sup>19</sup>. L'absence de sensibilisation à la santé mentale est un problème majeur. Certains craignent que les malades mentaux ne soient violents. D'autres partent du principe que les malades mentaux sont, d'une certaine manière, responsables de leur état.

### 1.6.2 Informations approfondies sur la santé mentale



Les droits des personnes atteintes de maladies mentales sont protégés par les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (1981).

En Afrique, où les gouvernements luttent contre les maladies infectieuses et la malnutrition, la santé mentale est généralement négligée. Toutefois, selon l'Association mondiale de psychiatrie, les troubles mentaux représentent une part importante de la charge de morbidité et la santé mentale devrait donc faire l'objet d'une attention et de ressources adéquates<sup>20</sup>.

En 1988, les États membres de la région Afrique au sein de l'OMS sont convenus d'élaborer des politiques, des programmes et des plans d'action en matière de santé mentale. Cependant, peu de pays ont pris des mesures en ce sens. Dans de nombreux pays, les lois sur la santé mentale sont obsolètes, et il y a une pénurie de psychiatres (médecins spécialisés en santé mentale) et d'établissements de santé mentale<sup>21</sup>. De plus, peu de pays recueillent des données sur la santé mentale.



#### Encadré 4 : Sensibiliser l'opinion publique au problème de la santé mentale

Le *South African Depression and Anxiety Group* (SADAG, Groupe sud-africain contre la dépression et l'anxiété) vise à éduquer la population sur le bien-être mental et milite en faveur de l'éradication de la stigmatisation dont font l'objet les personnes atteintes de maladies mentales. Le SADAG dispose d'une ligne d'assistance téléphonique. « *Beaucoup de personnes* »  
> continuation

*qui nous appellent n'ont aucun accès à des traitements, ni à des établissements psychiatriques dans leur région car beaucoup ont été fermés » a déclaré Cassey Amoore, responsable du service de soutien psychologique au SADAG. « Nous savons à quel point il est difficile pour les patients atteints de troubles psychiatriques d'obtenir une assistance appropriée. Nous essayons de sensibiliser le gouvernement à la nécessité d'accorder davantage d'attention - et un budget plus important - à la santé mentale ».*

Source : [www.sadag.co.za](http://www.sadag.co.za)

## 1.7 Le droit à un environnement naturel et professionnel sain

### 1.7.1 Informations de base sur l'environnement naturel et professionnel sain

Notre environnement influe sur notre santé à plusieurs égards. L'exposition à la pollution de l'air et de l'eau, par exemple, peut nuire à la santé humaine. Les maladies diarrhéiques, les infections de l'appareil respiratoire inférieur, les blessures non-intentionnelles, et le paludisme sont tous liés à des facteurs environnementaux. À l'échelle mondiale, près de 24% des maladies - et jusqu'à 33% des maladies affectant les enfants de moins de 5 ans - sont provoquées par des expositions à l'environnement qui pourraient être évitées<sup>22</sup>.

Le CESCR souligne le fait que l'environnement propre et sain est une composante du droit à la santé. Il fait obligation aux États de :

- Faire en sorte que les employeurs prennent des mesures pour prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- Assurer à chacun un accès à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable et en moyens d'assainissement élémentaires (voir également le fascicule de la série Haki Zetu sur le droit à l'eau et à l'assainissement) ;
- Prévenir et réduire l'exposition de la population à des substances nocives telles que des radiations et des produits chimiques toxiques et autres facteurs environnementaux ayant une incidence directe ou indirecte sur la santé des individus ;
- Adopter des politiques visant à réduire et à éliminer la pollution de l'air, de l'eau et du sol.

#### Encadré 5 : Changements climatiques et santé

Notre environnement est de plus en plus affecté par les changements climatiques. Selon certaines prévisions, ceux-ci auront un effet à la fois direct et indirect sur la santé.

> continuation

- Les effets **directs** incluent des problèmes de santé dus à l'exposition à :
  - Des températures extrêmes, à la fois très chaudes et très froides ;
  - Des phénomènes météorologiques extrêmes tels que des inondations, des cyclones, des tempêtes, des sécheresses ;
  - La production croissante de > polluants de l'air notamment de métaux lourds comme le plomb provenant de l'essence (pétrole).
- Les effets **indirects** incluent :
  - La réduction de la productivité alimentaire ;
  - L'augmentation de la > transmission de nombreuses maladies infectieuses, en particulier les maladies transmises par l'eau et la nourriture comme le paludisme et la salmonellose.

En Afrique sub-saharienne, qui compte déjà près de 90% des décès dus au paludisme, on prévoit que le nombre de personnes atteintes par cette maladie augmentera de 400 millions d'ici à 2080. Les populations des pays en développement, en particulier dans les petits États insulaires et dans les zones côtières à forte densité de population, sont particulièrement vulnérables aux changements climatiques.

Source : *Warmer temperatures spreading malaria in Africa*, The Ecologist, 4 janvier 2010, [www.theecologist.org/News/news\\_round\\_up/391702/warmer\\_temperatures\\_spreading\\_malaria\\_in\\_africa.html](http://www.theecologist.org/News/news_round_up/391702/warmer_temperatures_spreading_malaria_in_africa.html).

Voir le glossaire du Manuel de cette série pour la définition de changement climatique.

## 1.7.2 Informations approfondies sur l'environnement naturel et professionnel sain



### Pollution de l'air

L'Afrique est en retard par rapport au reste du monde en matière de réduction des émissions de plomb provenant de l'essence. Les émissions de plomb provenant des véhicules pénètrent dans les tissus du corps humain et provoquent des maladies. Elles réduisent également les facultés mentales, en particulier chez les enfants. Chez les adultes, la pollution par le plomb affecte le cœur, le système nerveux et les reins. L'essence diesel libère des oxydes qui entraînent des maladies respiratoires. Les émanations de fumée provenant des feux de bois employés dans les foyers pour la cuisine et le chauffage ainsi que les feux de forêt et de brousse et l'incinération des débris provoquent également des maladies respiratoires.

### La pollution de l'eau et du sol

Lorsque l'eau est polluée par des > matières fécales, elle provoque des maladies infectieuses notamment le > choléra, la typhoïde, l'hépatite et la polio. L'OMS estime qu'environ un million et demi d'enfants meurent chaque année de maladies diarrhéiques<sup>23</sup>.

La pollution de l'eau et du sol - du fait des produits chimiques industriels ou agricoles - est aussi une cause de maladie et de mort. Par exemple, les sacs en plastique et les appareils électriques contiennent des produits chimiques qui polluent le sol et l'eau. Les personnes chargées de la collecte et du recyclage des déchets et les ouvriers du secteur minier sont exposés à un risque de maladie très grave. La pollution détruit également l'écosystème ou l'environnement naturel. Il est coûteux de mettre fin à la pollution mais les gouvernements ont l'obligation d'adopter et de faire respecter des normes visant à la contrôler. Les gouvernements sont en outre de plus en plus tenus de protéger les individus vivant dans d'autres pays contre les pollutions qu'ils provoquent.

#### Encadré 6 : Le déversement de déchets toxiques provoque des problèmes de santé graves en Côte d'Ivoire

Les Africains sont souvent exposés à de graves risques pour la santé en raison du caractère inadéquat des réglementations relatives au déversement et au traitement des déchets (ou de leur application inadéquate). En août 2006, des déchets toxiques ont été transférés à Abidjan, en Côte d'Ivoire, à bord du navire Probo Koala, affrété par l'entreprise de courtage pétrolier Trafigura. Ces déchets ont ensuite été déversés en divers points de la ville, ce qui a provoqué une tragédie en matière de droits humains. Plus de 100 000 Ivoiriens ont sollicité des soins médicaux pour une série de problèmes de santé, et 15 décès ont été signalés.

Suite à des actions en justice menées en Europe, l'entreprise a été condamnée à verser une amende et certaines victimes ont reçu une indemnisation (bien que ce processus ait été entaché d'un certain nombre d'irrégularités).

Sources : Amnesty International/Greenpeace Pays Bas - Côte d'Ivoire. *Une vérité toxique. À propos de Trafigura, du Probo Koala et du déversement de déchets toxiques en Côte d'Ivoire.* Disponible en ligne: [www.amnesty.org/fr/library/info/AFR31/002/2012/fr](http://www.amnesty.org/fr/library/info/AFR31/002/2012/fr)

## 1.8

### Le droit à la prévention, au traitement et au contrôle des maladies

---

#### 1.8.1 Informations de base sur la prévention, le traitement et le contrôle des maladies

Le droit à la santé requiert des États qu'ils mettent en place des programmes et des services, notamment en matière de :





- **Prévention**

- Adopter des réglementations pour prévenir la propagation des maladies, par exemple en contrôlant les déplacements de bétail afin de prévenir la propagation de la > maladie du sommeil ;
- Mettre en place des programmes de promotion de la santé afin de fournir des conseils sur les problèmes de santé, en particulier ceux causés par le tabac, l'excès d'alcool, le manque d'exercice et une alimentation peu équilibrée ;
- Mettre en place des programmes d'éducation et d'information sur les maladies comme le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose ;
- Mettre en place des programmes de promotion de la santé environnementale ;
- Fournir des informations sur les risques pour la santé et les moyens de les prévenir.

- **Traitement**

- Assurer un accès égal et en temps opportun aux services de santé ;
- Mettre en place des programmes de dépistage régulier ;
- Assurer le traitement approprié des maladies, blessures, et invalidités, de préférence au niveau communautaire.

- **Contrôle**

Appliquer les réglementations, par exemple faire en sorte qu'il existe :

- Des programmes d'immunisation pour prévenir la propagation de maladies infectieuses ;
- Des programmes pour éliminer les lieux de reproduction des insectes qui transmettent les maladies, tels que l'eau stagnante où les moustiques se reproduisent.

### 1.8.2 Informations approfondies sur la prévention, le traitement et le contrôle des maladies



Le droit à la santé (tel qu'expliqué dans l'Observation générale N°14 du CESCR) fait obligation aux États de :

- Mettre en œuvre des programmes d'immunisation contre les principales maladies infectieuses (voir Section 3.7) ;
- Fournir une formation appropriée aux médecins et autres membres du personnel médical ;
- Construire un nombre suffisant d'hôpitaux, de cliniques et autres centres de soins, qui doivent être répartis équitablement sur l'ensemble du territoire ;
- Instaurer une sécurité sociale appropriée qui soit d'un coût abordable pour tous ;
- Promouvoir l'éducation à la santé, et mener des campagnes d'information, en particulier sur le VIH/Sida (voir Encadré 14), la santé sexuelle et de la reproduction, les pratiques traditionnelles et la violence domestique.

### 1.8.3 Les maladies négligées et le droit à la santé

Certaines maladies sont plus fréquentes parmi les groupes désavantagés. Elles sont connues sous le nom de « maladies négligées » ou « maladies de la pauvreté ». Il s'agit notamment de la > cécité des rivières, du > trachome (autre forme de cécité), de la > lèpre, de la maladie du sommeil, et de la tuberculose. Ces maladies ont certaines caractéristiques communes :

- Elles affectent généralement les femmes, les enfants, les minorités ethniques, les personnes déplacées et celles vivant dans des zones reculées et ne disposant que d'un accès restreint aux services de santé ;
- Elles peuvent souvent être évitées grâce à des mesures de santé publique de base, telles que l'accès à l'éducation, un approvisionnement en eau et un assainissement salubres et en améliorant les conditions de logement et d'alimentation (voir les autres fascicules de cette série) ;
- Lorsqu'il existe un traitement, celui-ci n'est pas fourni à temps aux malades ;
- L'élaboration de médicaments pour les maladies tropicales et les maladies liées à la pauvreté, telles que la tuberculose, a été négligée. Les entreprises pharmaceutiques dégagent plus de profits en produisant des médicaments qui peuvent être plus facilement achetés par des personnes disposant de revenus plus élevés.

#### Encadré 7 : Stigmatisation et discrimination liées à des problèmes de santé négligés

Certaines maladies, ou problèmes de santé, sont négligés car ils suscitent la peur, la discrimination et la stigmatisation, soit parce qu'ils provoquent le dégoût, ou bien parce que leurs causes ne sont pas comprises. Ils sont également négligés en raison du manque d'investissements financiers et de recherche par les États pour développer des traitements pour ces maladies. Les individus craignent parfois que ces maladies ne soient provoquées par une forme de malédiction. Ces maladies comprennent notamment la lèpre, la > fistule obstétricale et l'> albinisme.

##### **Fistule obstétricale**

Elle apparaît après un accouchement difficile et forme un trou entre le rectum et le vagin ou la vessie et le vagin. Elle provoque l'incontinence (incapacité de contrôler l'écoulement) des selles et/ou de l'urine ou des deux. Le mariage précoce et les MGF/E peuvent également provoquer une fistule obstétricale.

##### **Albinisme**

Les personnes qui sont atteintes d'albinisme ont les cheveux, les yeux et la peau clairs. Ils ont des problèmes de vue et leur peau est sensible à la lumière du soleil. Cet état est dû à l'absence du gène produisant la mélanine – le pigment qui protège la peau des rayons

> continuation

ultraviolets émis par le soleil. Les personnes atteintes d'albinisme sont souvent ostracisées et stigmatisées et elles font l'objet de discriminations.

En Tanzanie, 25 personnes atteintes d'albinisme, notamment des enfants ont été assassinées en 2008 et les différentes parties de leurs corps ont été utilisées à des fins rituelles, du fait d'une croyance erronée selon laquelle elles auraient été dotées de pouvoirs magiques. Les autorités ont arrêté 173 personnes impliquées dans ces assassinats.

Source sur la fistule : [www.forwarduk.org.uk/key-issues/fistula](http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fistula).

Source sur l'albinisme : *Living in fear: BBC, Tanzania's albinos, 21 juillet 2008*. Disponible en ligne : [news.bbc.co.uk/2/hi/africa/7518049.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/7518049.stm).

Voir également : M. Thuku (2011), *Myths, discrimination and the call for special rights for persons with albinism in Sub-Saharan Africa*. Disponible en ligne : [www.amanikenya.com/wp-content/uploads/2011/04/Rights-for-People-with-Albinism-in-Africa.pdf](http://www.amanikenya.com/wp-content/uploads/2011/04/Rights-for-People-with-Albinism-in-Africa.pdf)

#### 1.8.4 Accès aux médicaments essentiels

Le droit à la santé inclut les droits à la prévention, au traitement et au contrôle des maladies et à l'accès aux médicaments essentiels, aux produits médicaux et aux technologies médicales. Les médicaments essentiels sont ceux « *qui répondent aux besoins de santé prioritaires de la population* ». Ces médicaments doivent être disponibles en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté (OMS, 2000).

La Résolution sur l'accès à la santé et aux médicaments essentiels en Afrique, adoptée par la Commission africaine (Résolution 141, 2008) dispose que « *les États parties à la Charte africaine ont l'obligation de fournir les médicaments essentiels en tant que de besoin ou de faciliter l'accès aux dits médicaments* »<sup>24</sup>.

Les médicaments doivent être scientifiquement testés et approuvés et être « non périmés ». Les médicaments peuvent devenir inutiles ou dangereux après un certain temps ; par conséquent, une date d'expiration doit être mentionnée sur l'emballage.

Afin d'être respectueux des principes de droits humains, les médicaments essentiels doivent être accessibles, disponibles, appropriés et d'une qualité garantie (testée).

Les centres de santé doivent être pourvus de stocks de médicaments essentiels tels que définis par le Programme d'action sur les médicaments essentiels de l'OMS<sup>25</sup>.



### Encadré 8 : Pratiques préjudiciables

Les États ont l'obligation de prendre des mesures pour éliminer les pratiques traditionnelles préjudiciables. Celles qui affectent principalement les femmes et les jeunes filles incluent l'excision des organes génitaux féminins, également appelée mutilation génitale féminine (MGF), le mariage précoce, les enlèvements, et les tabous nutritionnels (croyances selon lesquelles la consommation de certaines viandes animales ou de plantes – souvent nutritives – sont nocives, en particulier pour les femmes enceintes, ainsi que la coutume consistant à fournir une alimentation meilleure et fortement protéinée aux enfants mâles).

Dans certains pays, des individus sont pourchassés aux fins d'ablation d'organes humains qui sont ensuite destinés à la vente comme potions magiques ou pour des greffes. Les personnes vulnérables, en particulier les femmes et les enfants, sont l'objet d'agressions car elles sont accusées de sorcellerie. Le trafic d'enfants et les pires formes de travail des enfants, notamment la prostitution forcée et le recours aux enfants soldats, sont également extrêmement nocifs pour la santé.

Pour de plus amples informations, voir la Fiche d'information No.23 du HCDH, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, disponible en ligne à l'adresse Internet suivante : [www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf)

### 1.8.5 Les dimensions internationales de la santé

La santé n'est pas un problème uniquement national. Les maladies infectieuses et les événements qui affectent la santé comme la désertification ou les inondations ont souvent

des effets transfrontaliers. Ou, au contraire, les progrès accomplis en matière de santé dans un pays peuvent avoir un effet bénéfique sur les populations d'autres pays.

Tous les États ont la responsabilité de coopérer pour lutter contre les problèmes de santé à caractère transfrontalier. Les États doivent, au minimum, coopérer avec leurs voisins et « ne pas leur nuire », par exemple ils doivent alerter un voisin de tout risque potentiel, comme l'éclatement d'une épidémie à proximité de la frontière. Les États disposant de ressources suffisantes ont la responsabilité d'aider ceux dont les revenus sont inférieurs (voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 4.2. Tableau 5).

La coopération en matière de problèmes de santé en Afrique inclut la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique de 2008 aux termes de laquelle les États ont accepté de prendre toute une série de mesures et de rendre compte des résultats atteints en 2012<sup>26</sup>.

### **1.8.6 Le VIH/Sida et le droit à la santé**

---

#### **Qu'est-ce que le VIH/Sida ?**

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) endommage le système immunitaire du corps qui protège celui-ci contre les infections par des bactéries, des virus ou autres > parasites. Lorsqu'une personne est séropositive, son corps devient de plus en plus vulnérable aux infections et maladies et, à terme, une personne infectée tombe malade plus fréquemment et plus gravement. À ce stade, on dit qu'une personne est atteinte du sida, le syndrome d'immunodéficience acquise<sup>27</sup>.

Être atteint du VIH, ou être « séropositif » ne signifie donc pas que l'on a le sida. De nombreuses personnes séropositives vivent avec cette maladie durant des années. Il n'existe aucun traitement pour éradiquer le virus, mais certains médicaments peuvent ralentir la progression de la maladie. Ces remèdes sont appelés médicaments anti-rétroviraux (ARV), et le traitement > thérapie anti-rétrovirale (ART). Alors que ces médicaments sont de plus en plus accessibles, en Afrique, moins de 50% des personnes séropositives ont accès à des ARV<sup>28</sup>, et par conséquent un grand nombre d'entre elles meurent encore du sida.

En 2009, 33 millions de personnes dans le monde, dont 23 millions (68%) en Afrique, étaient infectées par le VIH<sup>29</sup>. Le VIH/Sida atteint les femmes et les jeunes filles de manière disproportionnée, car il est lié à la pauvreté, à l'inégalité entre les genres, à la capacité de prendre des décisions sur sa propre sexualité, et aux violences sexuelles basées sur le genre (VSBG). Les femmes et jeunes filles sont infectées plus facilement par le virus, du fait également de facteurs biologiques : la proportion de filles adolescentes en Afrique subsaharienne atteintes du virus est huit fois plus élevée que celle des jeunes hommes, et 71% des personnes de 5 à 24 ans atteintes du VIH sont des femmes<sup>30</sup>.

### Comment est-il transmis ?

Le VIH se transmet d'une personne à une autre par l'échange de fluides corporels, dans le cadre de rapports sexuels, par > injection d'une seringue munie d'une aiguille déjà utilisée par une personne infectée, par transmission lorsque le bébé naît d'une mère infectée, ou en buvant du lait maternel provenant d'une femme infectée. Les rapports sexuels non protégés sont la cause principale d'infection au VIH, une seconde cause étant la transmission de mère à enfant.

### Comment peut-on le prévenir ?

- En évitant de multiplier les partenaires sexuels ;
- En utilisant des préservatifs ;
- En évitant l'injection de médicaments – et lorsque c'est nécessaire, en utilisant systématiquement des aiguilles et des seringues neuves et jetables ;
- En s'assurant que le sang ou les produits sanguins utilisés ont subi un test de dépistage du VIH ;
- En faisant un test pour connaître son statut VIH ; puis en suivant un traitement et en modifiant son comportement afin d'éviter de propager le virus.

### Encadré 9 : Les médecines traditionnelles et le VIH/Sida

D'après l'OMS, dans certains pays africains, près de 80% des individus recourent à la médecine traditionnelle en tant que soins de santé primaires.

L'épidémie du VIH/Sida a attiré l'attention sur l'utilisation de la médecine traditionnelle. Les guérisseurs traditionnels incluent des « devins », qui ont recours à des méthodes surnaturelles, et des « herboristes » qui utilisent des plantes. Certains utilisent les deux. Sur Internet, on peut trouver des sites décrivant des remèdes traditionnels composés d'herbes et présentés comme permettant de guérir du VIH/Sida. Aucune de ces méthodes n'a été scientifiquement approuvée comme un traitement du VIH/Sida. Les personnes qui sollicitent un traitement traditionnel retardent le moment où elles ont accès à une assistance médicale effective.

Certaines médecines traditionnelles peuvent être efficaces pour traiter d'autres problèmes de santé. Des études menées par l'OMS ont conclu que certaines plantes médicinales pouvaient traiter le paludisme. La Stratégie de santé de l'Afrique (de l'Union africaine) prévoit que les gouvernements doivent intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes et politiques nationaux en matière de santé. Ce document préconise également l'évaluation des systèmes existants en collaboration avec les guérisseurs traditionnels et les communautés ainsi que le renforcement des bonnes pratiques. L'intégration de la médecine traditionnelle dans les

> *continuation*

Les systèmes de santé peuvent notamment consister à former les guérisseurs afin que ceux-ci fournissent des conseils et des soins de santé primaires.

Sources :

Aide-mémoire n°134 de l'OMS (2008) sur la médecine traditionnelle. Disponible en ligne : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr/index.html).

Marlise Richter, Document de travail préparé pour la Treatment Action Campaign et le AIDS Law Project, 27 novembre 2003.

Dr. Steve Novella. WHO partnering with traditional healers in Africa. Disponible en ligne : [www.sciencebasedmedicine.org/index.php/who-partnering-with-traditional-healers-in-africa/](http://www.sciencebasedmedicine.org/index.php/who-partnering-with-traditional-healers-in-africa/)

### **À quels problèmes les personnes vivant avec le VIH/Sida sont-elles confrontées ?**

Un grand nombre de personnes atteintes du VIH/Sida ne connaissent pas leur statut (cette proportion de la population va d'environ 30% au Kenya à près de 70% au Congo)<sup>31</sup>. Lorsque leur statut est connu, ces personnes sont en général victimes de stigmatisation, de préjugés et de discriminations. Elles perdent le contact avec leurs proches, perdent leur emploi et leurs biens et sont même parfois exposées à des violences susceptibles de mettre leur vie en danger. Tout cela constitue un obstacle majeur qui peut dissuader les individus de se faire dépister et de rechercher des conseils.

Les préjugés et les croyances erronées sont très puissants. Les personnes atteintes du VIH/Sida sont exposées à :

- L'ignorance et les croyances erronées : par exemple, la croyance selon laquelle la maladie peut se transmettre en serrant la main ou en s'asseyant à côté d'une personne atteinte de VIH/Sida ;
- Les préjugés et la stigmatisation : la tendance de certains individus à associer le VIH/Sida à ce qu'ils estiment être un mauvais comportement comme l'homosexualité, la promiscuité sexuelle (nombreux partenaires), la prostitution et la consommation de drogues ;
- Les jugements fondés sur des principes moraux ou religieux : certains ont la conviction que les personnes atteintes du VIH/Sida sont faibles moralement ;
- Les croyances erronées, par exemple la croyance selon laquelle le fait d'avoir un rapport sexuel avec une vierge prévient toute infection au VIH/Sida ; en fait cela expose les jeunes filles au viol et à l'infection.

Les femmes et les jeunes filles peuvent être victimes d'une stigmatisation plus forte, car elles sont souvent perçues comme étant de mœurs plus légères (le fait d'avoir de multiples partenaires sexuels).

Les personnes atteintes du VIH/Sida et leurs proches sont confrontés à des risques et des difficultés :

- Ils risquent d'être exclus par leurs communautés, chassés de leur emploi et expulsés de leur domicile ;
- Des membres de la famille doivent abandonner leur travail ou leur scolarité pour s'occuper de leurs proches atteints du VIH/Sida, ce qui entraîne une diminution des revenus de la famille ;
- Ils peuvent se voir refuser l'accès aux informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées et pour recevoir des soins et un traitement.

Certains États ont adopté des législations limitant la liberté de mouvement des personnes atteintes de maladies infectieuses telles que le VIH/Sida en se fondant sur des motifs comme la sécurité nationale. De telles restrictions peuvent uniquement se justifier si elles sont mises en œuvre conformément à la loi et à des fins légitimes. Certaines lois prévoient des peines de prison pour désobéissance à la loi. L'emprisonnement n'empêche pas la propagation du VIH/Sida. Un emprisonnement pourrait se justifier exceptionnellement lorsqu'une personne transmet à dessein ou de façon mal intentionnée le VIH dans l'intention de nuire à autrui<sup>32</sup>.

## 1.9

### Groupes marginalisés et droit à la santé

---

Le droit à la santé requiert des gouvernements qu'ils accordent une attention particulière aux individus et aux groupes marginalisés et vulnérables, tels que les enfants, les femmes et les personnes handicapées. Les États doivent identifier les obstacles qui empêchent ces personnes de réaliser leur droit à la santé et veiller à ce qu'elles aient un accès égal aux installations, biens et services de santé.

Les groupes marginalisés courent beaucoup plus de risques d'avoir des problèmes de santé que les personnes non marginalisées. La discrimination et la stigmatisation augmentent leur vulnérabilité face à la maladie et limitent l'efficacité des interventions médicales. Ces conséquences sont aggravées lorsque l'individu souffre d'une discrimination double ou multiple en raison, par exemple, de son sexe, de son appartenance ethnique, de la pauvreté et de son état de santé.

Afin de faire en sorte que ces groupes aient un accès égal à des soins de santé, les États ont l'obligation de recueillir des données ventilées basées sur ces motifs pour avoir une vision exhaustive de la situation en matière de discrimination et élaborer des stratégies efficaces afin d'y mettre un terme.



### 1.9.1 Les femmes

---

Selon le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Sambo, la santé des femmes est fondamentale pour le développement. Les femmes remplissent de multiples rôles. En particulier, elles mettent au monde et élèvent les enfants, elles s'occupent des malades, nourrissent la famille et prennent part à la vie de la communauté. Leurs journées de travail sont plus longues que celles des hommes. Cependant, au lieu d'être autonomisées afin de remplir ces multiples rôles, de nombreuses femmes sont, selon le Dr Sambo, « *victimes de discriminations socioculturelles, de pratiques nuisibles, d'actes de violence liés au sexe, (...)* »<sup>33</sup>. Elles sont par ailleurs l'objet de discriminations pour l'accès aux services de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé. Les États ont l'obligation d'assurer aux hommes et aux femmes un accès égal à la jouissance de tous les droits, notamment en garantissant l'égalité et la non-discrimination dans des domaines tels que les droits politiques, le mariage et la famille, l'emploi et la santé.

#### **Les violences faites aux femmes et aux hommes**

Malgré leur caractère extrêmement répandu, les violences faites aux femmes sont très peu reconnues. D'après l'OMS (2002), une femme sur quatre risque d'être victime de violences, et une jeune fille sur trois déclare que sa première expérience sexuelle a été contrainte. Les violences faites aux femmes et aux jeunes filles incluent des violences physiques, sexuelles, > psychologiques et économiques (lorsqu'une personne, en général un homme, prend le contrôle de l'accès d'une autre personne à des ressources économiques).

Les violences contre les femmes et les jeunes filles comprennent :

- Le viol ou le harcèlement sexuel, dans le cadre du mariage, de relations amoureuses ou dans d'autres contextes ;
- La violence physique ou « violence conjugale » ;
- Le viol comme punition (lorsqu'une jeune fille est censée avoir fait montre d'un comportement inacceptable comme l'ivresse) ;
- Le viol systématique en tant qu'arme durant un conflit armé ;
- Le mariage ou la cohabitation forcés (précoces), y compris la pratique culturelle consistant à enlever des jeunes filles à des fins de séduction ou de mariage ;
- Les MGF/E ;
- Les tests forcés de virginité ;
- La prostitution forcée et le trafic de femmes et d'enfants.

Les violences contre les hommes et les minorités sexuelles sont également peu reconnues. Des études récentes ont montré que les hommes et les jeunes hommes sont victimes de violence sexuelle particulièrement dans les situations de conflit et dans les prisons, les internats et les académies militaires. Des travaux de recherche menés dans neuf provinces en Afrique du Sud ont souligné que « *près de dix pour cent des hommes sud-africains ont été victimes d'une forme de violence sexuelle de la part d'un autre homme* » et que les auteurs comme les victimes de ces violences sexuelles exercées par des hommes sur des

hommes étaient davantage susceptibles d'être séropositifs<sup>34</sup>.

La violence sexuelle est un problème de santé grave qui sape l'énergie des victimes, porte atteinte à leur santé physique et mine leur estime de soi. Elle les expose à une série de problèmes de santé physiques et mentaux<sup>35</sup>. La violence sexuelle peut provoquer des blessures et la mort. Tous ces effets limitent gravement la contribution des victimes au développement social et économique.

De nombreuses femmes ne sont pas encore conscientes de leur droit à signaler les violences à un médecin, à la police ou à des groupes de défense des droits des femmes. Même les femmes informées ont peur de subir des violences supplémentaires si elles dénoncent les violences dont elles ont été victimes.

Dans certaines sociétés, les violences contre les femmes peuvent être légitimées par des croyances traditionnelles.

Le droit à la participation est décrit dans le Manuel de cette série, Partie I, Section 6.5.

Certains gouvernements africains ont commencé à adopter des législations relatives à la violence domestique. Il est cependant nécessaire de mettre en application les lois en vigueur et d'impliquer les chefs traditionnels pour mener des campagnes afin de modifier les attitudes et les valeurs culturelles préjudiciables.

De plus en plus d'individus sont sensibilisés au fait que, pour rompre le cercle de la violence, les hommes doivent être ciblés dans le cadre des actions de lutte contre les violences basées sur le genre, à la fois en tant qu'auteurs et en tant que victimes. Un grand nombre de femmes, aussi bien les victimes de violences domestiques que celles qui fournissent des services aux femmes, ont souligné que la violence domestique ne peut être éradiquée si les actions ciblent uniquement les femmes.

### **1.9.2 Les nourrissons, les enfants et les adolescents**

---

Les enfants, en particulier les nourrissons, sont vulnérables et exposés à des risques multiples. Un grand nombre d'entre eux meurent avant leur cinquième anniversaire, souvent des suites de malnutrition. Les enfants et les adolescents ont moins de capacités que les adultes à se défendre contre les violations de leurs droits.

Le PIDESC, la Charte relative aux droits de l'enfant (CRC) ainsi que la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (la Charte africaine de l'enfant) exhortent les États à fournir les services essentiels de santé aux enfants et à leurs familles. Cela inclut des soins pré- et post-natals pour les mères. Les États ont l'obligation de prendre des mesures pour réduire la mortalité infantile et de promouvoir le développement sain des nourrissons et des enfants. Ils doivent également s'assurer que les enfants comme leurs gardiens sont informés des manières de protéger la santé des enfants.



Il y a un besoin réel d'adopter des mesures efficaces et appropriées pour éradiquer les pratiques traditionnelles préjudiciables qui affectent la santé des enfants, en particulier les jeunes filles, notamment le mariage précoce, les MGF/E et la coutume consistant à donner aux enfants mâles une alimentation plus nutritive et de meilleurs soins (voir Encadré 8).

#### Encadré 10 : Enregistrement des naissances et santé

L'article 6 de la Charte africaine de l'enfant dispose que : « 1. Chaque enfant a le droit à un nom dès sa naissance », et « 2. Tout enfant est enregistré immédiatement après sa naissance ».

L'enregistrement à la naissance est fondamental pour la santé et le bien-être de l'enfant. Il est essentiel afin de pouvoir lancer des poursuites judiciaires à l'encontre des individus qui emploient des enfants à des travaux nuisibles à leur santé, les contraignent à un mariage forcé ou les recrutent au sein de forces armées avant d'avoir atteint l'âge minimum autorisé. Cela peut entraver gravement leur développement physique et mental.

Dans certains pays, il faut donner la preuve de son âge pour s'inscrire à l'école ou avoir accès aux services de santé. L'enregistrement des naissances fournit au gouvernement des statistiques sur le nombre et l'âge des enfants. Cela permet au gouvernement de planifier la fourniture des services d'éducation, de santé, de sécurité sociale, et autres. Les décès doivent évidemment également être enregistrés.

### 1.9.3 Personnes plus âgées

---

Les personnes plus âgées ont besoin d'une approche combinant des stratégies visant à prévenir les maladies et à fournir des traitements et une réadaptation. Cela inclut des examens médicaux complets et périodiques pour les deux sexes et des traitements pour une > réadaptation physique et psychologique. Les personnes plus âgées doivent recevoir une assistance leur permettant de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible.

L'article 22 du Protocole africain sur les femmes fait obligation aux États d'« assurer la protection des femmes âgées et prendre des mesures spécifiques en rapport avec leurs besoins physiques, économiques et sociaux ainsi que leur accès à l'emploi et à la formation professionnelle ».

### 1.9.4 Personnes souffrant d'invalidité physiques et mentales

---

Les personnes souffrant d'invalidité incluent celles qui « présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles (vue ou ouïe) durables » (article premier de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées). Elles figurent parmi les personnes les plus négligées et les plus « invisibles » au sein des communautés. Elles font l'objet de diverses formes de discrimination, y compris la privation de services de santé. Elles sont souvent victimes de violations des droits humains dans des institutions de santé mentale, ou dans des orphelinats ou des prisons.

L'article 25 de cette convention dispose que ces personnes doivent bénéficier « 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 ». Ces services doivent être disponibles dans leurs communautés.

Pour de plus amples informations sur le droit à la santé mentale, voir Section 1.6.

### 1.9.5 Populations autochtones

---

Les populations autochtones ont le droit de bénéficier de mesures spécifiques pour améliorer leur accès aux services et aux soins médicaux. Ces services doivent être culturellement appropriés, et prendre en compte les soins préventifs, les méthodes de guérison et les remèdes traditionnels. Les États doivent fournir des ressources destinées aux populations autochtones pour l'élaboration, la fourniture et le contrôle de services qui soient aussi adaptés que possible à leurs besoins.

Les populations autochtones protègent leur santé en ayant recours à des médicaments fabriqués à base de plantes, d'animaux et de minéraux spécifiques. Leur accès à ces produits doit être protégé. Les activités liées au développement - qui entraînent le déplacement des populations autochtones contre leur gré - éloignent celles-ci de leurs terres et de leur environnement traditionnels, les privent d'accès à leurs sources d'alimentation et ont un effet négatif sur leur santé.

### **1.9.6 Les migrants**

---

Le droit des migrants à la santé est souvent entravé du fait de la discrimination, des barrières culturelles et de la langue, ou de leur statut légal. Les migrants sans papiers ou « migrants irréguliers » et les migrants en détention sont particulièrement vulnérables. Les États parties aux traités pertinents ont l'obligation de respecter le droit des non-ressortissants à un état de santé physique et mental adéquats : ils ne doivent pas refuser ou limiter leur accès aux services de santé.

### **1.9.7 Les prisonniers et autres personnes vivant dans des institutions**

---

Les personnes incarcérées ou détenues dans d'autres institutions, telles que les asiles, vivent souvent dans des conditions insalubres et de surpeuplement. Un grand nombre d'entre elles ne reçoivent pas les soins médicaux dont elles ont besoin. Les gouvernements doivent faire en sorte que ces conditions de vie soient conformes à l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus adopté par les Nations unies. Ces règles définissent les exigences minima en matière de protection des droits des prisonniers à la santé physique et mentale, notamment : des installations sanitaires adéquates (Règle 12), une alimentation nutritive (Règle 20.1), de l'eau potable (Règle 20.2), des installations assurant leur hygiène (Règles 10, 13,14) et des services médicaux (Règles 22-26).

Cette Section décrit les éléments qui doivent être pris en compte avant de mener des actions visant à réaliser le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ces éléments reflètent les principes de base d'une approche du développement fondée sur les droits humains ou AFDH (voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 6.4). Pour adopter une telle approche, il est essentiel d'avoir une bonne compréhension de la nature des violations de droits humains ainsi que des obligations incombant aux gouvernements de respecter, protéger et réaliser ces droits.

Cette section présente les points suivants :

- Identifier l'obligation incombant au gouvernement de réaliser le droit à la santé ;
- Comprendre le rôle des acteurs non étatiques ;
- Identifier les violations du droit à la santé ;
- Identifier les législations et politiques nationales pertinentes ;
- Élaborer des stratégies d'action.

#### Encadré 11 : Le Mouvement pour la santé des peuples et les campagnes de promotion du droit à la santé au Bénin

*L'International People's Health Movement (PHM, Mouvement populaire pour la santé) a des sections dans différents pays, et notamment plusieurs sections en Afrique.*

La Section béninoise, par exemple, a lancé une évaluation du droit à la santé en mars 2008. Cette étude s'est focalisée principalement sur l'accès à la santé pour tous, notamment l'accès à des médicaments à bas coût contre la tuberculose et le paludisme, et à des services de conseil en matière de santé de la reproduction pour la jeunesse dans les régions rurales. En 2010, la section a organisé des réunions publiques pour connaître les expériences vécues par les populations par rapport à leurs services de santé et elle a élaboré un rapport sur l'état du droit à la santé dans le pays. Elle a ensuite préparé un plan d'action et a émis des recommandations au gouvernement sur la manière de remplir ses obligations aux termes du droit à la santé.

Dans son rapport de mise à jour des campagnes-pays publié en janvier 2010, le Comité de

> *continuation*

direction du PHM a souligné un problème général : les recommandations contenues dans divers rapports-pays n'étaient pas basées sur les principes contenus dans les instruments de droits humains que les États avaient accepté de respecter.

Source : [www.phmovement.org/fr](http://www.phmovement.org/fr).

## 2.1 Identifier les obligations des gouvernements

La Section 1.2 a examiné certaines obligations incombant aux gouvernements en matière de droit à la santé. La présente Section fournit des informations supplémentaires sur ces obligations. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet en consultant l'Observation générale No. 14 du CESCR et la Fiche d'information No. 31 sur le droit à la santé du Haut Commissariat aux droits de l'homme des Nations unies.

Pour de plus amples informations, veuillez vous référer, également, au Manuel de cette série, Partie 1, Section 4 et Annexe 2.

### Encadré 12 : La Stratégie de santé de l'Afrique (2007-2015)

La Stratégie de santé de l'Afrique définit une mission, une vision et un ensemble de principes à mettre en œuvre par les gouvernements africains. Les voici brièvement résumés :

- **Vision** : se libérer du lourd fardeau de la morbidité, de l'invalidité et des décès prématurés ;
- **Mission** : renforcer les systèmes de santé et autonomiser les communautés.
- Les **Principes** incluent :
  - La santé est un droit humain ;
  - L'effectivité et l'efficacité sont déterminantes pour maximiser les progrès réalisés à partir des ressources disponibles ;
  - Nécessité de respecter la culture et de dépasser les obstacles entravant l'accès aux services ;
  - La prévention est le moyen le plus rentable de réduire la charge de morbidité ;
  - Les maladies ne connaissent aucune frontière – les pays doivent coopérer ;
  - Le système de santé doit atteindre les pauvres et ceux qui ont le plus besoin de soins médicaux. Cela contribuera à la réduction de la pauvreté et au développement économique général.

La stratégie fournit également des conseils pratiques concernant l'élaboration d'une stratégie nationale de santé, notamment en ce qui concerne le budget, les ressources humaines, et le fonctionnement opérationnel d'un système de santé.

Source: *Stratégie africaine de la santé : 2007 à 2015* (recherchez sur Internet)

### **2.1.1 L'obligation de prendre des mesures**

---

Les mesures à prendre pour réaliser le droit à la santé doivent être délibérées, concrètes et ciblées en vue de la pleine réalisation de ce droit. Il faut pour cela, au minimum, que les États adoptent une stratégie nationale basée sur des principes de droits humains.

Comme pour les autres droits, aucune mesure provoquant une dégradation de la situation ne devrait être prise. En cas de recul, l'État a l'obligation de prouver qu'il a pleinement pris en considération toutes les alternatives possibles (voir le Manuel de cette série, Partie I, Encadré 14).

### **2.1.2 Obligation de respecter**

---

Pour remplir l'obligation de respecter le droit à la santé, les États doivent :

- S'abstenir de nier ou de limiter l'égalité d'accès aux installations, biens et services de santé. Cette obligation s'applique à tous, notamment aux prisonniers ou détenus, aux minorités, aux demandeurs d'asile et aux immigrants illégaux ;
- S'abstenir de toute pratique discriminatoire, notamment celles relatives à l'état de santé et aux besoins des femmes (voir Section 1.3.2 sur l'égalité et la non-discrimination).

### **2.1.3 Obligation de protéger**

---

L'obligation de protéger implique les devoirs suivants :

- Adopter une législation ou d'autres mesures pour assurer l'égal accès aux soins médicaux et aux services de santé fournis par les prestataires de santé privés ;
- S'assurer que les prestataires de santé privés ne remettent pas en cause la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, biens et services de santé ;
- Contrôler la commercialisation de l'équipement médical et des médicaments par des tiers ;
- S'assurer que les professionnels de la santé soient bien formés et aient un comportement éthique (voir Section 1.4.2) ;
- Faire en sorte que les individus aient accès à des voies de recours, y compris judiciaires, si leurs droits ont été violés (voir Section 2.2).

Les soins médicaux peuvent être fournis par l'État ou par des entreprises privées ou encore par des ONG. L'obligation de protection qui incombe aux États consiste à réguler l'action des prestataires privés. Les prestataires étatiques et non étatiques doivent avoir l'obligation légale de faire en sorte que les biens et services de santé, y compris les services liés aux déterminants fondamentaux de la santé, soient d'un coût abordable pour tous, y compris pour les groupes socialement désavantagés et les personnes handicapées.



### Encadré 13 : Les Conseils de l'ordre des médecins

Les Conseils de l'ordre des médecins sont des organes établis par la loi pour maintenir des normes élevées dans les pratiques médicales. Les membres du conseil de l'ordre sont généralement des professionnels qualifiés élus par leurs confrères.

Les Conseils de l'ordre des médecins sont notamment tenus de :

- Tenir à jour un registre des praticiens médicaux (médecins, infirmier(e)s, et autres personnels qualifiés) ;
- S'assurer que les praticiens ont les qualifications requises ;
- Faire en sorte que les praticiens exercent conformément à un code d'éthique médicale ;
- Appliquer des sanctions disciplinaires ou destituer ceux qui ne respectent pas les normes requises.

Il existe une Association des conseils de l'ordre des médecins en Afrique (AMCOA). (Pas de site Internet)

#### 2.1.4 Obligation de réaliser

L'obligation de réaliser requiert des États parties de :

- Accorder une reconnaissance suffisante du droit à la santé dans les systèmes politiques et juridiques nationaux, de préférence en adoptant et en mettant en œuvre des législations ;
- Adopter une politique nationale de santé assortie d'un plan détaillé pour réaliser le droit à la santé. Le plan doit faire en sorte que la santé soit liée aux autres secteurs pertinents tels que l'éducation et les infrastructures (construction de centres de santé, routes, etc.) ;
- Faire en sorte que chacun bénéficie d'un accès égal aux déterminants fondamentaux de la santé, tels qu'une alimentation nutritive, de l'eau potable salubre, un assainissement adéquat ainsi qu'un logement et des conditions de vie convenables ;
- Accorder la priorité aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés ;
- Assurer la fourniture de soins médicaux, notamment de programmes d'immunisation contre les principales maladies infectieuses ;
- Assurer un accès à l'information sur la santé, afin que les individus puissent prendre des décisions informées et adopter un mode de vie sain. Ces informations doivent porter notamment sur l'alimentation, les pratiques traditionnelles préjudiciables et la disponibilité des services ;
- Élaborer des systèmes pour encourager la participation de la communauté dans la fourniture de soins de santé.

Le droit de participer est décrit dans le Manuel de cette série, Partie 1, Section 6.5.

### **2.1.5 Obligations fondamentales**

---

Selon le CESCR, toute stratégie nationale de santé publique et tout plan d'action relatif à la santé doivent respecter les obligations fondamentales de fournir :

- Les > soins de santé primaire essentiels (voir Section 1.3.2 ) ;
- L'accès aux installations, biens et services de santé de manière non discriminatoire, en particulier pour les groupes vulnérables et marginalisés ;
- L'accès à une alimentation essentielle minimale adéquate, en termes nutritifs et de sûreté, pour s'assurer que personne ne souffre de la faim ;
- L'accès à un abri, un logement et un assainissement de base et à un approvisionnement adéquat en eau potable ;
- Des médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis régulièrement par le programme d'action de l'OMS sur les médicaments essentiels ;
- Une distribution équitable de tous les installations, biens et services de santé.

### **2.1.6 Notre obligation de protéger notre propre santé**

---

Les gouvernements ont l'obligation de réaliser le droit à la santé, mais ils ne peuvent assumer seuls ce devoir. Tous les individus, à l'exception des enfants en bas âge et des personnes requérant des soins spéciaux, ont la responsabilité de prendre soin de leur santé. Ils doivent, par exemple : éviter les sucreries et les boissons gazeuses qui pourrissent les dents ; s'abstenir de conduire après avoir bu de l'alcool ; et se laver les mains avant de manger. Les ONG travaillant dans le domaine des droits humains peuvent jouer un rôle essentiel de sensibilisation sur la manière de prendre soin de sa propre santé.

### **2.1.7 Le droit à la santé dans la législation et les politiques nationales et locales**

---

Pour travailler sur le droit à la santé, il est essentiel d'obtenir des informations sur les lois et les politiques nationales relatives à ce droit. Les États africains incluent de plus en plus le droit à la santé dans leurs constitutions, leurs législations et politiques nationales. Cela permet aux juridictions et autres mécanismes nationaux d'obligation de rendre des comptes de protéger le droit à la santé des individus.

La Constitution d'un pays peut autoriser l'adoption de législations à des niveaux de gouvernement différents. Cependant, les lois adoptées au niveau provincial ou local doivent être conformes à la constitution et au droit national. Aux termes de certaines constitutions, les chefs traditionnels sont habilités à prendre des décisions sur des questions telles que l'utilisation des terres, l'agriculture et la santé. Ils peuvent également jouer un rôle important pour promouvoir le droit à la santé, par exemple en matière de lutte contre la violence sexuelle et la violence basée sur le genre (voir Section 1.9).

#### Encadré 14 : Le droit à la santé dans certaines constitutions africaines

- **Ouganda** : La Constitution (1955) fait référence à la santé dans ses Principes directeurs de la politique étatique.
  - L'Article XIV (b) dispose que : « *Tout citoyen de l'Ouganda jouit du droit, de l'opportunité et de l'accès à l'éducation, aux services de santé, à de l'eau salubre et potable, à un travail, à un logement décent, à un habillement adéquat, à la sécurité alimentaire et à une pension de retraite* ».
  - L'article XX dispose que : « *L'État doit prendre toutes les mesures concrètes pour assurer la fourniture de services médicaux de base à la population* ».
- **Afrique du Sud** : L'article 27 de la Constitution (1996) dispose que :
  - « Soins de santé, alimentation, eau, et sécurité sociale.
  - (1) *Toute personne a le droit d'avoir accès à :*
    - (a) *des services de soins de santé, y compris de santé de la reproduction ;*
    - (b) *une alimentation et un approvisionnement en eau suffisants ;*
    - (c) *la sécurité sociale, y compris une assistance sociale appropriée pour les personnes qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins et aux besoins des personnes qui sont à leur charge ;*
  - (2) *L'État doit prendre des mesures législatives et autres raisonnables, dans la mesure de ses ressources disponibles, pour parvenir à la réalisation progressive de chacun de ces droits.*
  - (3) *Nul ne peut se voir refuser un traitement médical d'urgence* ».

Un petit nombre d'États, tels que l'Angola et l'Afrique du Sud disposent d'une législation nationale relative à la santé applicable au système de santé dans son ensemble. Le plus souvent, les États ont des lois ou des politiques portant sur certains aspects de la santé. Par exemple, plusieurs États d'Afrique de l'Ouest, notamment le Tchad, la Guinée et le Mali disposent de lois sur la planification familiale et la santé de la reproduction.

#### 2.1.8 Où trouver les lois et les politiques

Les lois et les politiques sur la santé peuvent être trouvées sur le site Internet du ministère de la Santé d'un pays et sur ceux d'autres ministères pertinents.

On peut trouver des informations non seulement dans la constitution, les lois et les politiques mais également dans :

- Les traités que l'État a ratifiés ou auxquels il a adhéré ;
- Les stratégies de coopération-pays élaborées par l'OMS ;
- Les déclarations, résolutions et programmes adoptés au niveau international et régional avec le soutien de l'État, tels que la Stratégie de santé de l'Afrique ;
- Les dispositions constitutionnelles et les lois sur la santé et sur les déterminants fonda-

mentaux de la santé, notamment l'eau salubre et l'assainissement. Même lorsque le droit à la santé n'est pas spécifiquement traité dans la législation nationale, les avocats peuvent porter des affaires devant la justice en se fondant sur d'autres législations, relatives par exemple à la protection de la famille ou à la préservation d'un environnement sain ;

- Les réglementations en matière de santé, notamment celles relatives aux prestataires de services non étatiques ;
- Les lois régionales et locales qui doivent être accessibles dans les locaux du gouvernement local ;
- Les règles traditionnelles : consulter les chefs traditionnels et les anciens de la communauté ;
- Les ministères ou départements ministériels chargés de la santé et des déterminants fondamentaux de la santé. Les ministères concernés peuvent être ceux chargés de l'alimentation, de l'agriculture, des services sociaux, du développement rural et des communautés locales ;
- Les > enquêtes démographiques et de santé qui recueillent des données ventilées sur les principales causes de maladies et de décès au sein de la population<sup>36</sup> ;
- Les sites Internet des conseils de l'ordre des médecins, des associations d'infirmier(e)s, d'universités et de départements médicaux ;
- Les gouvernements locaux ou les municipalités qui sont habilités à fournir ou à réguler les services de santé ;
- Le budget alloué à la santé et aux déterminants fondamentaux de la santé ;
- Les rapports, articles, publications d'ONG, rapports des Nations unies, articles et sites Internet académiques ;
- Les mécanismes locaux et nationaux d'obligation de rendre des comptes, tels que les commissions des droits de l'homme ;
- Les rapports relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ces documents contiennent des informations concernant le progrès vers l'atteinte des objectifs 4,5, et 6 (voir : [www.undg.org/index.cfm?P=87&f=A](http://www.undg.org/index.cfm?P=87&f=A) ).

## 2.2

### Appliquer le droit à la santé au niveau national

---

Selon la Stratégie de santé de l'Afrique, « *la santé est un droit de l'homme qui est de plus en plus reconnu comme étant exécutoire, par exemple devant une juridiction. Il est de la responsabilité des gouvernements de fournir des soins de santé à tous leurs citoyens d'une manière équitable et avec une gouvernance nette et efficace, en utilisant les ressources d'une manière responsable* ».

Le droit à la santé requiert des États qu'ils rendent compte de leurs actions. Les États doivent mettre en place des mécanismes de surveillance et d'obligation de rendre des comptes efficaces, transparents, et accessibles. Les individus doivent avoir accès à des voies de recours en cas de violation de leur droit à la santé.

### Encadré 15 : Le rôle des juridictions

Dans certains pays, les juridictions se sont fondées sur des dispositions constitutionnelles ou des lois pour consolider le droit à la santé. Un exemple pertinent est la décision de la Cour constitutionnelle d'Afrique du sud dans l'affaire *Ministre de la santé c. Treatment Action Campaign (TAC)*.

Cette affaire concernait la fourniture par l'État de Névirapine, un médicament antirétroviral utilisé pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le médicament n'était disponible que dans deux centres de recherche et de formation dans chaque province ou auprès de prestataires médicaux privés. Par conséquent, les mères qui n'avaient pas accès aux centres de recherche et de formation, et qui n'avaient pas les moyens de bénéficier de soins par des prestataires privés, étaient dans l'impossibilité d'utiliser le Névirapine. Le gouvernement a déclaré qu'il ne pouvait pas généraliser la fourniture de ce médicament. La Cour constitutionnelle a cependant conclu que cet argument était déraisonnable. Elle a ordonné au gouvernement de « *concevoir et mettre en place un programme global et coordonné afin de réaliser progressivement le droit des femmes enceintes et leurs nouveau-nés à avoir accès au [Névirapine] pour lutter contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant* ».

Ce type de jurisprudence, que ce soit au niveau national, régional ou international, confirme que les juridictions ont un rôle important à jouer dans la protection du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (voir également Encadré 35 dans le Manuel de cette série, Partie II).

Tout individu ou groupe d'individus subissant une violation du droit à la santé doit avoir accès à un recours judiciaire ou autre approprié et efficace aussi bien au niveau national qu'international.

Mécanismes nationaux d'obligation de rendre des comptes :

- Les juridictions : Lorsque des lois ou des politiques ont été adoptées, les juridictions peuvent imposer des sanctions pénales ou civiles aux fonctionnaires et aux personnes privées qui n'ont pas respecté le droit national. Elles peuvent aussi exiger que le gouvernement modifie sa législation ou ses politiques.
- Les commissions de droits de l'homme et les médiateurs sont généralement compétents pour examiner des plaintes déposées par des individus et surveiller les politiques de santé ;
- > Évaluations d'impact des droits humains. Celles-ci peuvent être menées avant le lancement d'un projet visant, par exemple, à construire une usine chimique, afin d'évaluer son impact sur la santé de la population. Une telle évaluation aurait dû être effectuée dans l'affaire Ogoni au Nigéria (voir Encadré 16) ;
- Des Comités parlementaires chargés de la santé existent dans de nombreux

Pour plus d'informations sur les mécanismes d'obligation de rendre des comptes concernant les violations des DESC, voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 4.7.

pays. Ils peuvent être habilités à mener des enquêtes et à demander au ministre de la Santé de rendre compte sur ses actions ;

- Les Conseils de l'ordre des médecins et des infirmier(e)s enregistrent les médecins et les infirmier(e)s et s'assurent que ceux-ci sont dûment qualifiés et respectent certaines normes (voir Encadré 13) ;
- Certains conseils de santé au niveau national et municipal permettent à la population de participer à des réunions afin de donner leur avis et contribuer à la politique de santé.

### 2.3

## Droits et mécanismes de rendre des comptes à l'échelle régionale

---

Le droit à la santé est reconnu dans :

- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (article 16) ;
- Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes (article 14) ;
- La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (article 14) ;
- La Charte africaine sur la jeunesse (article 16) ;
- Divers traités de l'UA protégeant le droit à un environnement sain.

En Afrique, les mécanismes d'obligation de rendre des comptes incluent la Commission africaine, la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples et quelques juridictions sous-régionales (voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 6.2). Au niveau international, le CESCR peut examiner des cas de violations du droit à la santé.

### Encadré 16 : L'affaire Ogoni

Les membres de la communauté Ogoni au Nigéria ont affirmé que le gouvernement militaire avait violé leurs droits à la santé et à un environnement sain en autorisant des compagnies pétrolières à contaminer le sol et l'eau, ce qui a provoqué des problèmes de santé graves et de grande ampleur parmi les Ogonis. La Commission africaine a conclu que le gouvernement avait manqué à son obligation de réguler et de contrôler de manière adéquate les compagnies pétrolières. La Commission a émis un certain nombre d'injonctions ordonnant, par exemple, que tout nouveau projet pétrolier fasse à l'avenir l'objet d'un contrôle par des organes de surveillance efficaces et que les informations sur la santé et l'environnement soient rendues disponibles.

Cette affaire est également mentionnée dans les fascicules Haki Zetu sur le logement et l'alimentation.

Source : Décision relative à la communication 155/96 (Social and Economic Rights Action Center/Center for Economic and Social Rights c. Nigeria). Affaire No. ACHPR/COMM/A044/1.

### 2.3.1 Le rôle de la Commission africaine

La Commission africaine a adressé des recommandations aux États relatives à leur obligation de respecter le droit à la santé. Ces recommandations font partie du travail de surveillance que la Commission exerce de manière régulière sur les actions des États dans le cadre des rapports périodiques que ceux-ci doivent lui soumettre (voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 3.5). La Commission peut aussi examiner les plaintes sur les violations du droit à la santé.

#### Encadré 17 : La Commission africaine et le droit à la santé

##### **La Gambie :**

En 2001, la Commission africaine a conclu que la Gambie avait violé l'article 16 de la Charte africaine en détenant des personnes dans des asiles psychiatriques sans diagnostic approprié et dans des conditions effroyables.

Source : Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Communication 241/2001 – Purohit and Moore, Gambie.

##### **Le Soudan :**

En 2004, après avoir reçu une plainte relative aux violations de droits humains au Darfour (Soudan), y compris des expulsions forcées et le bombardement de sources d'eau, la Commission africaine a effectué une mission d'enquête au Darfour. En 2009, elle a ordonné au Soudan de « réhabiliter les infrastructures économiques et sociales telles que l'éducation, la santé, l'eau et les services agricoles, dans les provinces du Darfour afin d'offrir aux personnes déplacées et aux réfugiés des conditions de retour dans la sécurité et dans la dignité ».

Sources : Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Communication Nos. 279/03 & 296/05 (2009).

## 2.4 Le rôle des acteurs non étatiques

Il incombe en premier lieu aux États de garantir le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Il s'agit cependant d'une responsabilité partagée. Tous les membres de la société ont des responsabilités pour favoriser la réalisation du droit à la santé. Ce sont notamment les individus, les professionnels de la santé, les familles, les communautés locales, les organisations intergouvernementales et non-gouvernementales, les organisations de la société civile et les entreprises privées. (Voir Section 2.1.3).

Les OMD, par exemple, reconnaissent que les entreprises > pharmaceutiques (fabriquant des médicaments) figurent parmi ceux qui partagent cette responsabilité. L'Objectif 8,

visant à la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement, fixe un certain nombre de cibles à atteindre, et particulièrement : « *En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement* ».

L'obligation incombant à l'État de protéger les droits humains inclut le fait de s'assurer que les acteurs non étatiques ne commettent pas des atteintes aux droits humains. En ce concerne le droit de la santé, les États doivent, par exemple, adopter des lois ou d'autres mesures pour garantir l'égalité d'accès aux services de santé fournis par des tiers tels que des ONG et des fournisseurs de soins de santé du secteur privé.

Les entreprises vendant des produits pharmaceutiques ou de l'équipement médical peuvent contribuer de manière positive à la jouissance du droit à la santé, mais elles peuvent également rendre les soins de santé plus difficilement accessibles et abordables. En Afrique du Sud, des groupes de la société civile ont mené des actions afin de faire en sorte que les médicaments coûteux puissent être accessibles pour les individus atteints du VIH/Sida (voir l'Encadré 15).

Les OMD visent à réduire de moitié le nombre de personnes vivant dans la pauvreté d'ici à 2015. Pour de plus amples informations, voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 6.3.

Les acteurs non étatiques incluent les autorités traditionnelles, qui sont responsables, pour certaines, de la perpétuation de pratiques traditionnelles préjudiciables.

## 2.5 Étude de cas : identifier les violations du droit à la santé

---

Les violations du droit à la santé ne sont pas toujours faciles à identifier. Il faut prendre soin de déterminer exactement la manière dont l'État a manqué à des obligations de droits humains spécifiques.

Pour de plus amples informations sur l'identification des violations de droits humains, voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 4.6.

Des violations de droits humains sont commises lorsque des gouvernements ne respectent pas, ne protègent pas ou ne réalisent pas des droits du fait de :

- Manque de volonté ;
- Négligence ;
- Discrimination.



### **Le cas d'Aziza**

Cette étude de cas, qui décrit la situation à laquelle les femmes sont confrontées dans un grand nombre de pays, présente le processus d'analyse d'une situation afin de déterminer :

- Si le gouvernement n'a pas respecté une obligation spécifique et, le cas échéant,
- Si cela constitue une violation des droits humains.

Aziza était âgée de 39 ans et vivait dans une petite communauté rurale. Elle avait cinq enfants et travaillait dur pour subvenir à leurs besoins. Il y avait peu de nourriture et Aziza a commencé à souffrir de malnutrition et d'anémie (perte de force). Alors qu'elle ne souhaitait pas avoir d'autres enfants, elle est de nouveau tombée enceinte. Elle n'avait reçue aucune information sur la santé de la reproduction et maternelle ni sur la planification familiale. Il n'y avait pas de poste de santé dans le village. Lorsqu'elle a commencé à accoucher, Aziza s'est mise à saigner abondamment. Ni l'accoucheuse traditionnelle ni sa belle-mère n'ont pris conscience de la gravité du problème. Aziza s'est effondrée. L'hôpital le plus proche se situait à 15 kilomètres. La famille n'avait pas les moyens de payer le coût du transport ni les frais de santé, et a donc emprunté de l'argent. Lorsqu'ils sont arrivés à l'hôpital, on leur a dit que l'hôpital ne disposait pas de l'équipement médical et des médicaments nécessaires pour soigner Aziza. Aziza et son bébé sont morts.

#### **1. Identifier les violations du droit à la santé**

- Reprendre les éléments du droit à la santé maternelle (Section 1.5) et identifier les problèmes qui causent la mortalité maternelle et infantile.

Identifier les facteurs qui ont conduit à la mort d'Aziza et de son bébé :

- L'âge d'Aziza et le fait qu'elle avait déjà cinq enfants ;
- Elle était sous-alimentée et anémique ;
- Elle n'avait reçue aucune information sur la planification familiale ni sur la santé de la reproduction et maternelle ;
- Il n'y avait pas d'accoucheur(euse) qualifié(e) pour l'aider ;
- Le centre de santé le plus proche était éloigné et la recherche d'argent pour payer le transport et les frais a fait perdre du temps ;
- Le centre de santé ne disposait pas de l'équipement ni des médicaments nécessaires.

#### **2. Examiner les obligations du gouvernement** (Section 2.1)

Déterminer si le gouvernement peut être considéré comme responsable de n'avoir pas :

- Fourni des installations, des biens et des services de santé maternelle appropriés (voir Section 1.4);
- Pris des mesures pour agir sur les déterminants fondamentaux de la santé (voir Section 1.4 et Schéma 2, Section 1.2.2);
- Investi afin de mettre en place des programmes de santé pour sensibiliser aux droits de santé sexuels et de la reproduction ;

- Pris des mesures concrètes et ciblées pour réaliser ce droit ;
- Fourni des informations et donné l'opportunité à la population de participer aux prises de décision relatives à la qualité et à la fourniture des services (voir Section 2.1.4) ;
- Respecté d'autres droits humains, y compris le droit à l'éducation.

### **3. Identifier les lois et/ou politiques nationales applicables** (voir Section 2.2)

- Les politiques précisent-elles la manière dont le gouvernement prévoit d'étendre les soins de santé aux zones rurales ?
- Quelles informations sur les taux de mortalité maternelle sont fournies ? Existe-t-il des statistiques au niveau des districts ou sur le plan local ? Cette information révèle-t-elle un traitement favorisé à l'égard des villes ou des zones d'habitation des personnes plus aisées ?
- Quelles sont les causes principales de mortalité maternelle qui sont répertoriées dans les enquêtes de recensement ou les données relatives à la santé de la population ? Le gouvernement a-t-il élaboré des plans d'action et prévoit-il des mesures pour faire face à ces causes ? (Voir Section 1.5)
- Quelle est la situation des services de soins de santé maternelle dans la région ? Disposent-ils d'un personnel et d'un équipement appropriés ?
- Existe-il une procédure permettant de déposer une plainte relative aux services de santé ? (Voir Section 2.2)
- Quelles mesures le gouvernement a-t-il prises pour fournir ou améliorer les services de santé maternelle ?

### **4. Identifier les actions ou omissions pouvant être constitutives de violations du droit à la santé et expliquer clairement la violation** (voir Section 1.2.3)

- Quelles lois nationales (le cas échéant) ont été enfreintes et de quelle façon ?
- Quelles sont les normes régionales et internationales applicables ?
- Quelles sont les obligations de droits humains que le gouvernement n'a pas appliquées ?
- Aux termes de quel article de la loi ou du traité ?
- Faire référence, le cas échéant, à l'Observation générale No 14 ou à d'autres sources détaillées dans l'Annexe 1 ou aux décisions pertinentes des tribunaux nationaux ou des mécanismes d'obligation de rendre des comptes.

Évaluation : Rédigez votre propre décision relative à l'étude de cas et discutez-la avec les autres.

## 2.6 Identifier et planifier des stratégies d'action

---

Le Cadre de la planification figurant à la fin de la Partie II du Manuel de cette série présente les étapes nécessaires pour identifier et planifier des stratégies d'action. Ces étapes sont les suivantes :

Étape 1 : Identifier le ou les problèmes, en fixant des buts et des objectifs ;

Étape 2 : Élaborer un plan d'action ;

Étape 3 : Recueillir des informations ;

Étape 4 : Revendiquer et défendre les droits ESC ;

Étape 5 : Évaluer le projet et élaborer un plan de suivi.

Les OSC travaillant sur le droit à la santé peuvent suivre ces étapes lorsqu'elles décident du type d'actions à entreprendre pour réaliser le droit à la santé.

# 3 Actions visant à réaliser le droit à la santé

Cette Section propose des moyens de travailler avec les communautés pour réaliser le droit à la santé. Voir également le Manuel de cette série, Partie II, Section 3.

Les différents types d'actions incluent :

Cette Section propose des moyens de travailler avec les communautés pour réaliser le droit à la santé. Voir également le Manuel de cette série, Partie II, Section 3.

- Les actions de sensibilisation au droit à la santé ;
- La surveillance de la mise en œuvre des politiques et projets relatifs à la santé, l'identification des violations du droit à la santé et le fait de porter celles-ci à l'attention des autorités ;
- Les actions pratiques de prévention des maladies et de promotion d'un meilleur état de santé ;
- Le soutien apporté aux groupes de la communauté afin de mener un plaidoyer pour l'adoption de politiques et lois adéquates en matière de santé ;
- La participation aux politiques en matière de développement.

Les actions décrites dans cette section correspondent aux questions relatives au droit à la santé qui ont été examinées dans la Section 1. Cette section comprend des listes récapitulatives et d'autres outils pour mener des actions de surveillance et enquêter sur des aspects spécifiques du droit à la santé. Elle propose également des suggestions pour d'autres actions visant à revendiquer et défendre le droit à la santé.

## 3.1 Avant d'agir

---

Un grand nombre d'aspects du droit à la santé sont difficiles à comprendre pour les non-professionnels.

Les ONG et les organisations à base communautaire (OBC) devraient solliciter les conseils de professionnels en cas de doute sur les actions à entreprendre. Elles doivent autant que possible collaborer avec les professionnels de la santé au niveau local ou communautaire.

Tout d'abord, cependant, il est conseillé aux ONG et OBC travaillant sur le droit à la santé de recueillir certaines informations de base sur le droit à la santé au sein de leur communauté.

Il convient entre autres de :

- Recueillir des informations générales sur les problèmes principaux en matière de santé dans la région ;
- Déterminer quels sont les services de santé disponibles ;
- Rechercher des informations sur le rôle et les responsabilités du service de santé local ;
- Consulter les lois à l'échelle nationale, régionale et locale et les règles traditionnelles pertinentes, ainsi que les traités internationaux s'ils ont été ratifiés par le pays concerné.

S'il est difficile de trouver des informations, vous pouvez envisager de vous joindre à d'autres pour faire pression sur les autorités afin qu'elles respectent le droit à l'information (voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 6.5).

### 3.2 Sensibiliser au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint

Lorsque les individus sont suffisamment conscients de leurs droits, les gouvernements sont davantage susceptibles de remplir leurs obligations. Des conseils sur les activités de sensibilisation sont fournis dans le Manuel de cette série, Partie II, Section 11.1.

Il existe deux types d'activités de sensibilisation. Le premier vise à aider les individus à analyser leurs problèmes en matière de santé afin de les comprendre. Le second a pour objectif d'amener les individus à considérer ces problèmes au travers d'un prisme de droits humains. Cela permet d'avoir une compréhension plus grande et de mener des actions en faveur de la réalisation des droits. Le fait de se familiariser avec les législations et politiques nationales donne aux individus la capacité de revendiquer leurs droits. Il arrive souvent que les responsables de l'application des politiques de santé ne connaissent pas bien le contenu de ces documents. Par conséquent, il est essentiel d'éduquer la population ainsi que les responsables locaux de l'application des politiques pour assurer la mise en œuvre de celles-ci au niveau local.

Dans le cadre des activités de sensibilisation, il peut être utile de noter les connaissances des populations et leurs lacunes. Cela facilitera la préparation d'activités de sensibilisation supplémentaires.

**Remarque :** Le gouvernement a l'obligation de fournir une éducation en matière de santé. Cela implique de s'assurer que la population est informée sur des questions telles que les risques en matière de santé, de mener des campagnes d'information publiques en matière d'immunisation, et de promouvoir des pratiques saines, par exemple arrêter de fumer. Le gouvernement devrait également mener des campagnes d'information et éduquer la population sur les lois et politiques en vigueur. Les OSC devraient surveiller les programmes d'information en matière de santé mis en œuvre par le gouvernement et attirer l'attention sur leurs lacunes et échecs.



### 3.2.1 Sensibiliser la communauté

Les activités de sensibilisation pourraient tout d'abord consister à impliquer les membres de la communauté dans l'analyse d'un problème de santé spécifique. Cela peut mener à une discussion sur les déterminants fondamentaux de ce problème et les obligations du gouvernement en la matière. La discussion peut ensuite porter sur les droits des individus et la façon dont ils peuvent les revendiquer.

### 3.2.2 Sensibiliser le grand public

La sensibilisation de la population en général peut être effectuée par le biais d'activités telles que le théâtre participatif (voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 11.6.4), l'organisation de débats publics ou l'utilisation des médias de communication, en particulier la radio.

Les OSC peuvent aussi mener des campagnes visant à sensibiliser les individus sur leurs droits en ce qui concerne certaines questions spécifiques relatives à la santé, telles que les maladies transmises par l'eau, la malnutrition ou la mortalité infantile.

Voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 11.4. Les fascicules consacrés aux droits à une alimentation adéquate et à l'eau et l'assainissement fournissent des informations supplémentaires.

### 3.2.3 Sensibiliser les agents responsables de la santé

Les OSC travaillant sur le droit à la santé et les professionnels de la santé peuvent apprendre les uns des autres.

Pour établir des liens avec les professionnels de la santé, aussi bien dans le secteur public que privé, on peut, tout d'abord, demander à ceux-ci de fournir des conseils sur des questions médicales et sur la façon dont les OSC pourraient contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

Les OSC pourront, quant à elles, montrer aux professionnels toute l'utilité d'utiliser une approche fondée sur les droits humains. Il arrive souvent que les professionnels de la santé ne soient pas informés des politiques nationales en vigueur. Le fait de les éduquer à celles-ci pourrait aider à leur mise en œuvre.

Une autre approche peut consister à impliquer les professionnels de la santé dans la planification et la mise en œuvre de vos activités de sensibilisation. Les professionnels de la santé peuvent également être invités à participer à des activités de sensibilisation ou autres.

La sensibilisation au droit à la santé doit se faire sur la base de situations spécifiques. Certains exemples sont fournis dans le Tableau 1.



Tableau 1 : Thèmes pour la sensibilisation

Situation	Cible(s)	Thème	Projet/activité visant à:
Absence de sensibilisation sur la planification familiale.	Hommes et femmes, jeunes, agents responsables de la santé, autorités gouvernementales.	Le droit d'avoir accès à la planification familiale.	Élaborer une enquête pour déterminer les perceptions ou les connaissances des individus en matière de planification familiale. Organiser une réunion d'information en impliquant des professionnels de la santé.
Campagne gouvernementale pour l'éradication de la polio.	Parents.	Le droit à des soins de santé et d'accès aux médicaments.	Faire en sorte que les parents et les autres membres de la communauté participent à la planification et à la mise en œuvre de la campagne.
Risques environnementaux en matière de santé	Entreprises agricoles.	Le droit à un environnement sain.	Documenter les risques en matière de santé et élaborer un rapport.
Discrimination fondée sur le genre.	Agents responsables de la santé.	Le droit à l'égalité	Documenter la discrimination fondée sur le genre et recommander des changements.
Pratiques et remèdes traditionnels préjudiciables.	Hommes et femmes, jeunes, autorités gouvernementales, praticiens.	L'obligation de mettre un terme aux pratiques traditionnelles préjudiciables pour la santé. L'obligation de protéger les individus contre les remèdes dangereux pour la santé.	Travailler auprès des communautés pour trouver des moyens adéquats de sensibiliser aux dangers de l'utilisation de remèdes traditionnels qui n'ont pas été testés scientifiquement et aux effets sur les droits humains des pratiques traditionnelles préjudiciables (voir Encadré 8).

Encadré 18 : Sensibiliser au VIH et au sida au Nigéria

*Le Mothers' Welfare Group (MWG)* est basé à Kaduna, au Nigéria. Entre autres activités, il apporte une aide aux orphelins du VIH et du sida, aux enfants vulnérables et à leurs familles. Avec le soutien de *Healthlink Worldwide*, une ONG basée au Royaume-Uni, cette organisation utilise le théâtre pour sensibiliser au VIH et au sida. Elle fournit également aux parents les connaissances et compétences nécessaires pour subvenir aux besoins de leurs enfants. L'une de ses autres activités consiste à fournir une formation aux professionnels de la santé sur la prévention de la propagation du VIH et du sida.

Sources : *asksource.ids.ac.uk*



### 3.3 Surveiller le droit à la santé

Afin de réaliser le droit à la santé, l'État a l'obligation de surveiller la population et son état de santé. Un grand nombre d'États remplissent cette obligation en menant des « enquêtes démographiques et de santé » (EDS). Ces enquêtes devraient être disponibles sur le site Internet du gouvernement. Elles peuvent également être accessibles sur :

- Le site Internet Measure DHS à l'adresse suivante : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), ou
- Le site Internet de l'OMS à l'adresse suivante : [www.afro.who.int/fr/pays.html](http://www.afro.who.int/fr/pays.html).

Les activités de surveillance menées par les OSC peuvent jouer un rôle important pour améliorer l'accès aux soins de santé. Elles peuvent déterminer si les droits sont respectés et si les politiques sont mises en œuvre au niveau local et ont l'impact escompté. Les informations qu'elles recueillent peuvent encourager les États à utiliser des ressources limitées de la manière la plus efficace. Plusieurs exemples d'actions de surveillance du droit à la santé sont présentées plus bas.

#### Encadré 19 : Le Health Rights of Women Assessment Instrument (HeRWAI – Outil d'évaluation du droit à la santé des femmes)

Le *Health Rights of Women Assessment Instrument* (HeRWAI – Outil d'évaluation du droit à la santé des femmes) est un outil d'évaluation des droits à la santé, en particulier ceux des femmes. Il regroupe six étapes, chacune étant assortie d'une série de questions. Chacune des étapes doit être analysée de manière conjointe par différents acteurs, y compris, si possible des acteurs gouvernementaux. Durant la dernière étape, des recommandations et un plan d'action sont formulés pour mener un plaidoyer en faveur de l'amélioration des droits de la santé (des femmes). Une analyse fondée sur un HeRWAI relie la pratique avec ce qui devrait être fait aux termes des obligations de droits humains d'un pays.

Cet outil peut être consulté à l'adresse suivante :

[www.humanrightsimpact.org/themes/womens-human-rights/herwai](http://www.humanrightsimpact.org/themes/womens-human-rights/herwai) ou  
[www.rights4change.org](http://www.rights4change.org).

#### 3.3.1 Surveiller l'accès aux installations, biens et services de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé

Cette section contient deux listes récapitulatives, l'une consacrée à la surveillance des installations, biens et services de santé et l'autre à la surveillance des déterminants fondamentaux de la santé.

### Encadré 20 : Comment utiliser les listes récapitulatives

Les listes récapitulatives doivent être utilisées en collaboration avec les membres de la communauté, en suivant les conseils présentés dans le Manuel de cette série, Partie II, Section 5.

Veillez noter que :

- Les listes récapitulatives ne couvrent pas toutes les situations et ne couvrent pas non plus tous les aspects d'une situation donnée et il sera donc peut-être nécessaire de les adapter à votre propre situation. Vous aurez parfois besoin d'utiliser deux ou plusieurs listes récapitulatives ou seulement une partie d'une liste récapitulative. Vous pouvez également utiliser une liste récapitulative en combinaison avec les autres outils de surveillance (tableaux) présentés dans cette section ;
- Les listes récapitulatives contiennent de nombreuses tâches à accomplir. Elles peuvent être effectuées par étapes, ou certaines peuvent être sélectionnées selon la situation ;
- Il n'est pas nécessaire de les effectuer dans un ordre particulier ;
- La surveillance doit prendre en compte les situations et besoins différents des femmes et des jeunes filles ;
- Avant de mettre en œuvre un projet, les personnes chargées de la surveillance devraient autant que possible commencer par solliciter les conseils de professionnels de la santé. Il est également nécessaire d'obtenir les conseils de professionnels de la santé pour certains aspects spécifiques de la surveillance ;
- Les listes récapitulatives contiennent des références au Manuel de cette série, Partie II, le cas échéant.

Utilisez l'Annexe 1 afin de trouver les extraits pertinents des normes régionales et internationales relatives aux droits humains. Ils seront utiles pour la formulation des questions.



# Liste récapitulative 1. Surveiller les installations, biens et services de santé



## Objectifs

---

- Évaluer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, biens et services ;
- S'assurer que les groupes marginalisés ont un accès égal à ces installations, biens et services.

(Voir également Section 1.4 de ce fascicule).



## Tâches

---

Vérifier

### 1. Recherche participative sur les besoins en matière de santé de la communauté

- Mener des entretiens ou des enquêtes pour déterminer les besoins en matière de santé de la communauté. Accorder une attention particulière aux groupes marginalisés ou vulnérables et recueillir des données ventilées qui reflètent la situation à laquelle est confronté chaque groupe (voir le Manuel de cette série, Partie II, Encadré 24) .....
- Se référer à l'enquête démographique et de santé du gouvernement et à d'autres informations telles que les informations par pays relatives à la santé établies par l'OMS afin d'identifier les tendances de la morbidité .....
- Effectuer une cartographie des besoins en matière de santé de la communauté, en collaboration avec les agents de santé communautaires et les équipes chargées de la santé au sein du village. (Manuel principal de cette série, Partie II, Section 4.2) .....
- Identifier les groupes marginalisés et les différentes formes de discrimination dont ils sont victimes (telles que celles subies par les femmes souffrant de handicaps dans les zones rurales) .....
- Identifier les besoins spécifiques en matière de santé de ces groupes .....

**Remarque :** Les informations sur les individus devraient être traitées de manière confidentielle (Manuel de cette série, Partie II, Section 8.2).

Vérifier

**2. Surveiller la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, biens et services de santé**

**2a. Surveiller la DISPONIBILITÉ des installations, biens et services de santé (voir Section 1.4.2)**

Effectuer une cartographie des centres de santé dans la zone considérée, répertorier les services qu'ils fournissent et s'ils sont fournis par l'État ou des acteurs non étatiques. Ces services devraient inclure :

- Des soins d'urgence .....
- Un traitement approprié pour les maladies et blessures courantes .....
- Des services de santé sexuelle et de la reproduction (voir Section 1.5), y compris :
  - Planification familiale .....
  - Accoucheurs(euses) qualifié(e)s .....
  - Soins obstétricaux d'urgence (voir Section 1.5.4) .....
  - Puériculture .....
- Services de santé mentale .....
- Immunisation contre les maladies infectieuses graves, y compris le VIH/Sida, le paludisme, la > méningite et la tuberculose .....
- Programmes pour la prévention, le traitement et le contrôle des maladies .....
- Médicaments essentiels tels que définis par l'OMS (voir Section 1.8.4) .....
- Programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé .....
- Programmes de santé environnementale .....

**Remarque :** Si possible, solliciter les conseils d'un professionnel de la santé sur la façon d'obtenir les informations suivantes :

- Le nombre de médecins et infirmiers/ières travaillant dans chaque centre .....
- La formation qu'ils ont reçue .....
- Si leurs conditions de travail et leurs salaires sont adéquats .....
- S'ils disposent d'un équipement approprié, tel qu'un matériel de radiologie et de transfusion sanguine .....
- Si le stock de médicaments essentiels est adéquat .....
- Si les centres de santé ont intégré des systèmes d'orientation (systèmes permettant le transfert de patients vers d'autres secteurs du système de santé afin qu'ils reçoivent des soins adéquats) .....
- Si le personnel parle la langue locale .....
- Identifier toute lacune dans la disponibilité de ces services, par exemple les centres peuvent être concentrés dans une zone, alors que les autres régions disposent de très peu de centres .....

Vérifier

**2b. Surveiller l'ACCESSIBILITÉ des installations, biens et services de santé**

Mener des enquêtes participatives pour déterminer :

- Si les installations, biens et services de santé sont disponibles sans discrimination fondée sur l'un des motifs prohibés (répertoriés dans le Manuel de cette série, Partie I, Section 4.3, premier paragraphe) .....
- Avec quelle facilité ou difficulté les individus peuvent avoir accès à ces services, à pied ou en utilisant les transports publics .....
- Le temps d'attente dans les centres de santé .....
- Si les individus sont en mesure de payer pour les frais de santé sans avoir à renoncer à d'autres besoins essentiels tels que la nourriture .....
- Si les soins de santé sont accessibles pour les personnes souffrant de handicaps physiques, sensoriels (vue, ouïe) et mentaux (obtenir des données ventilées) .....
- Si les informations sur la santé et les soins de santé sont disponibles et accessibles pour tous, y compris ceux qui ne peuvent pas lire ou qui parlent d'autres langues. Cette question s'applique également à l'éducation en matière de santé .....
- Si les individus peuvent déposer des plaintes (identifier les institutions pertinentes chargées de faire appliquer l'obligation de rendre des comptes et essayer de trouver le nombre de plaintes et les réparations fournies) .....
- Si la population a la possibilité de participer au processus de prise de décisions ....

**2c. Surveiller l'ACCEPTABILITÉ des installations, biens et services de santé**

Mener des entretiens avec des autorités chargées de la santé, des membres du personnel de santé et des patients pour déterminer si les installations, biens et services de santé respectent :

- L'obligation d'obtenir un consentement informé avant tout traitement médical ....
- La confidentialité des informations personnelles en matière de santé .....
- La culture des individus, minorités et communautés .....
- Les besoins des femmes, hommes, personnes âgées et des adolescents .....

**2d. Surveiller la QUALITÉ des installations, biens et services de santé**

Effectuer des recherches pour déterminer si les installations, biens et services de santé respectent les normes de qualité :

- Déterminer si (et avec quelle fréquence) les autorités compétentes procèdent à des inspections .....
- Les inspecteurs de la santé devraient disposer d'une liste récapitulative. Essayer de se procurer une copie de ces listes récapitulatives et rapports d'inspection afin de déterminer les éléments qui y sont couverts .....

Vérifier 

- Les hôpitaux devraient être sûrs, propres et accueillants. Visiter les centres de santé et mener des entretiens avec des membres de la communauté pour recueillir leur opinion sur :
  - La propreté des centres de santé .....
  - Le temps d'attente pour les cas urgents et non urgents .....
  - L'attitude du personnel envers les patients .....
- Déterminer si les patients ont l'opportunité de soumettre leurs impressions, afin que l'hôpital réponde de manière attentive à leurs préoccupations .....
- Déterminer s'il existe des procédures pour recueillir et partager l'information médicale et mener des recherches relatives à la santé pour améliorer les soins de santé .....

### 3. Analyser les résultats et agir

Les résultats obtenus grâce à cet exercice seront utiles pour mener des actions sur les aspects du droit à la santé présentés dans les sous-sections suivantes de ce fascicule (voir également le Manuel de cette série, Partie II, Sections 1-3).

En collaboration avec la communauté, il s'agit de décider sur quelles questions travailler et procéder à une analyse SWOT, telle que décrite dans le Manuel de cette série, Partie II, Section 2.2.

Source : basé principalement sur Paul Hunt et Gillian MacNaughton, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights*, UNESCO, 2006.

### **3.3.2 Surveiller les déterminants fondamentaux de la santé**

---

Cette liste récapitulative fournit des conseils supplémentaires pour surveiller les progrès accomplis par le gouvernement pour faire en sorte que les déterminants fondamentaux de la santé soient disponibles, en quantité et de qualité suffisantes, dans tout le pays.

Les principaux déterminants fondamentaux de la santé sont :

- L'eau potable salubre ;
- La nourriture et la nutrition ;
- Un logement sûr et des services d'assainissements adéquats ;
- Un lieu de travail et un environnement naturel salubres ;
- L'accès à une information et une éducation en matière de santé.



## Liste récapitulative 2. Surveiller les déterminants fondamentaux de la santé



### Objectifs

Vérifier

- Évaluer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des déterminants fondamentaux de la santé ;
- S'assurer que les groupes marginalisés ont un accès égal à ces déterminants.



### Tâches

#### 1. Recueillir des informations sur les déterminants fondamentaux de la santé

Recueillir des informations émanant de :

- Lois et politiques nationales relatives aux déterminants fondamentaux pertinents
- Données démographiques devant révéler les causes principales de maladie et de mortalité au sein des différents groupes .....
- Autorités locales chargées de la santé .....
- Documents pertinents relatifs aux budgets et à la planification .....
- Rapports, articles de presse, publications d'ONG, rapports de l'ONU, articles et sites Internet universitaires .....
- Institutions pertinentes chargées de l'application de l'obligation de rendre des comptes et leurs compétences .....

#### 2. Identifier l'impact de l'inadéquation des déterminants fondamentaux de la santé

Outre les tâches énumérées dans la Section 3.1 :

- Identifier un ou deux groupes dont la santé est menacée par l'absence d'un ou de plusieurs déterminants fondamentaux tels que le manque de nourriture ou d'eau salubre .....
- Identifier un ou deux groupes qui ne souffrent pas des mêmes effets négatifs du caractère inadéquat des déterminants fondamentaux .....
- Élaborer une série de questions et interroger le même nombre de personnes au sein de chacun des groupes (voir le Manuel de cette série, Partie II, Sections 6.5 et 6.6 pour obtenir des conseils sur la façon de mener des entretiens et des enquêtes, quelle méthode choisir et la façon de mener un entretien de manière attentive) .....



Vérier

Pour chacun des groupes, déterminer :

- Les principaux problèmes de santé dans la région .....
- Leurs causes, aux yeux de la communauté .....
- Si les membres de la communauté ont identifié des solutions à ces problèmes ou reçu de l'aide de la part des autorités .....
- Combien des personnes interrogées ont souffert des problèmes de santé qui ont été identifiés .....
- Quel a été l'impact de ces problèmes sur leur vie .....
- L'expérience qu'ils ont vécue lorsqu'ils ont cherché à bénéficier de soins de santé ...
- S'ils ont signalé leurs problèmes aux autorités (quand et quelles réponses ont-ils reçues) .....
- Ce qu'ils ont fait par eux-mêmes (actions d'assistance mutuelle) .....
- Les actions qu'ils souhaitent voir les autorités entreprendre .....
- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des déterminants fondamentaux qui n'ont pas été mentionnés par la communauté .....

### 2a. Surveiller la disponibilité

Déterminer si le gouvernement local facilite l'accès aux ressources suivantes en quantité suffisante :

- Eau potable salubre .....
- Nourriture et nutrition .....
- Logement sûr disposant de services d'assainissement adéquats .....
- Conditions de travail et environnement naturel salubres .....
- Information et éducation relatives à la santé .....
- Tout autre déterminant fondamental de la santé .....

### 2b. Surveiller l'accessibilité

Demander si les déterminants fondamentaux de la santé sont accessibles :

- Sans discrimination fondée sur l'un des motifs prohibés .....
- En termes de distance et d'accessibilité physique, en particulier pour les personnes vivant dans la pauvreté ou dans des zones isolées .....
- Pour les individus souffrant de handicaps physiques, sensoriels (vue et ouïe) et mentaux .....
- Ces services sont-ils gratuits ? Si des frais sont imposés, sont-ils abordables ? ...
- Les individus reçoivent-ils l'information et l'éducation ainsi que les ressources nécessaires pouvant les aider à comprendre les problèmes et à y faire face ? ....

Vérifier

**2c. Surveiller l'acceptabilité**

Chercher à savoir si les déterminants fondamentaux respectent :

- Les cultures des individus et des communautés .....
- Les perceptions et besoins des femmes, hommes, personnes âgées et des adolescents .....
- D'autres aspects de la vie quotidienne .....

**3. Analyser les résultats et agir**

- Discuter des résultats de l'enquête avec des membres de la communauté .....
- Dans un rapport écrit, résumer les informations faisant état, le cas échéant, de violations de l'un ou de plusieurs des déterminants fondamentaux de la santé, expliquer clairement les obligations pertinentes en matière de droits humains .....
- Mener ensuite les actions pertinentes décrites dans le Manuel de cette série, Partie II, Sections 1-3 .....

Source : basé sur Paul Hunt et Gillian MacNaughton, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights*, UNESCO, 2006.

3.4

## Actions visant à améliorer l'accès à la santé sexuelle et de la reproduction

L'éducation sexuelle et la planification familiale sont des composantes fondamentales du droit à la santé, car elles sont basées sur le droit des femmes et des hommes de décider librement et en toute responsabilité de la manière dont leur corps et leur vie doivent être gérés, y compris si et quand avoir des enfants (voir Section 1.5).

Les activités de sensibilisation jouent un rôle central. Des conseils pour mener de telles actions de sensibilisation ont été proposés à la Section 3.2.2. Des suggestions supplémentaires sont présentées ci-dessous ; elles accordent une attention spécifique aux jeunes, qui ont le plus besoin d'être sensibilisés.

Cette section contient également des outils pour surveiller et améliorer l'accès aux soins de santé sexuels et de la reproduction. D'autres organisations ont élaboré des outils et méthodes pour évaluer et surveiller d'autres composantes des droits à la santé sexuelle et de la reproduction. Certaines d'entre elles sont répertoriées à l'Annexe 2.

### 3.4.1 Améliorer l'accès à la santé sexuelle et de la reproduction pour les jeunes

La Charte africaine de la jeunesse est un outil utile pour sensibiliser à la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes. Certaines de ses dispositions sont présentées à l'Annexe 1.

Les ONG et les OBC peuvent encourager les autorités à s'assurer que les centres de santé sont équipés pour répondre aux besoins des jeunes et leur fournir toutes les informations et les services nécessaires en matière de santé sexuelle et de la reproduction d'une manière non moralisatrice. Cela inclut de :

- Faire en sorte que les personnels de santé soient formés à encourager les jeunes gens, y compris les jeunes non mariés des deux sexes, à accéder à des services de santé de la reproduction et à garantir le respect de leur vie privée ;
- Sensibiliser les jeunes gens aux dangers des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et, si nécessaire, faire pression sur les autorités afin qu'elles modifient toutes les lois qui empêchent ou restreignent l'accès à une interruption de grossesse en toute sécurité et qu'elles fassent en sorte que les services permettant de pratiquer ces interruptions de grossesse en toute sécurité soient disponibles et accessibles.

L'article 16 (2.i) de la Charte africaine de la jeunesse appelle les États à mettre en place des programmes globaux comprenant entre autres des mesures législatives de prévention des avortements illégaux.

Les ONG peuvent envisager de surveiller un ou plusieurs des aspects suivants :

- La disponibilité des informations sur la santé sexuelle et de la reproduction ;
- La disponibilité des préservatifs ;
- La disponibilité et l'accessibilité de services permettant de pratiquer des interruptions de grossesse en toute sécurité ;
- L'effet des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sur le taux de mortalité maternelle dans la région.

### 3.4.2 Lutter contre les pratiques traditionnelles préjudiciables

Il faut lutter contre ces pratiques en dialoguant avec les fournisseurs de services traditionnels (par ex. ceux qui pratiquent la circoncision) et les chefs traditionnels.

Les pratiques préjudiciables ont été décrites dans l'Encadré 8.

Le *Population Council*, une ONG internationale, estime que les chefs traditionnels, aussi bien les hommes que les femmes, peuvent jouer un rôle important pour lutter contre la violence basée sur le genre, en particulier par le biais du système de juridictions traditionnel, et la sensibilisation<sup>37</sup>.

Les pratiques, telles que les rites d'initiation préjudiciables, peuvent être transformées pour les adolescents en leçons éducatives utiles sur la santé sexuelle et de la reproduction. Par exemple, au Mali, un cinéma itinérant (avec le soutien de l'Unicef) a contribué à réduire le taux d'excisions. Ce cinéma itinérant passe de village en village au Mali. Les animateurs projettent des films amusants et éducatifs et débattent ensuite des thèmes traités avec le public<sup>38</sup>.

Le dialogue est également nécessaire pour encourager la mise en conformité des lois traditionnelles sur le mariage avec les normes de droits humains et les politiques et législations nationales pertinentes.

#### Encadré 21 : Évaluer les politiques en matière de violence domestique

DOVA est un outil visant à analyser et évaluer les politiques relatives à la violence domestique. Le processus d'évaluation DOVA comprend sept étapes. Chaque étape est assortie de questions, d'exemples et de listes récapitulatives pour encadrer le recueil et l'analyse des informations. Cette analyse permet d'élaborer des recommandations pour améliorer l'efficacité de lois ou politiques respectueuses des droits humains, ainsi qu'un plan d'action pour mener un plaidoyer en faveur d'une réforme des politiques et sensibiliser aux résultats.

Cet outil est accessible à l'adresse suivante : [www.humanrightsimpact.org/fileadmin/hria\\_resources/Domestic\\_Violence/DOVA-DEF-sept-2011.pdf](http://www.humanrightsimpact.org/fileadmin/hria_resources/Domestic_Violence/DOVA-DEF-sept-2011.pdf).

### 3.4.3 Surveiller la mortalité maternelle et infantile

La surveillance de la mortalité maternelle doit être effectuée par des professionnels de la santé. Cependant, il existe au moins deux types de surveillance simple qui peuvent être menés par des OBC : surveiller la disponibilité de services obstétricaux d'urgence et surveiller les « trois retards » (voir Section 1.5.4). L'outil suivant (Tableau 2) propose des suggestions pour assurer ces deux types de surveillance. Les résultats de cet exercice de surveillance seront utiles pour mener des actions supplémentaires visant à réduire la mortalité maternelle et infantile.

### Comment utiliser l'outil

Des informations essentielles sont fournies dans la colonne de gauche et les tâches liées au recueil de l'information sont répertoriées dans la colonne de droite.

**Tableau 2 : Surveiller l'accès à des services obstétricaux (accouchement) d'urgence**

1. Types de services et ce qu'ils fournissent	Tâches à effectuer pour la surveillance
<p>Pour une population de 500 000 individus, il devrait y avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins quatre services de soins obstétricaux d'urgence de base ;</li> <li>• Au moins un service de soins obstétricaux d'urgence complet (voir Section 1.5.4).</li> </ul>	<p>Déterminer quel est le nombre de personnes résidant dans la zone étudiée. Les autorités locales devraient disposer de cette information. Si ce n'est pas le cas, se reporter à la tâche suivante.</p>
<p>Un service de base devrait avoir la capacité de fournir les soins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration d'antibiotiques par voie parentérale (c'est-à-dire autrement que par voie orale) ;</li> <li>• Administration de médicaments oxytociques (qui provoquent les contractions de l'utérus et accélèrent l'accouchement) ;</li> <li>• Administration d'anti-convulsifs pour arrêter les spasmes (mouvements involontaires) ;</li> <li>• Extraction du placenta (masse de chair entourant le fœtus dans l'utérus) ;</li> <li>• Extraction des rétentions de produits (tels que des morceaux de placenta restés dans l'utérus) ;</li> <li>• Accouchement assisté par voie basse (lorsqu'on utilise un instrument chirurgical pour extraire l'enfant de l'utérus).</li> </ul>	<p>Vérifier que ces soins sont disponibles.</p>
<p>Les soins obstétricaux d'urgence complets incluent, outre les services énumérés plus haut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention par césarienne (extraction du bébé par incision de la paroi utérine) ;</li> <li>• Transfusion sanguine.</li> </ul>	<p>Vérifier que ces soins sont disponibles.</p> <p style="text-align: right;"><i>&gt; continuation</i></p>

<p><b>2. Accès à des soins obstétricaux d'urgence – expérience vécue par les individus</b></p>	<p><b>Tâches à effectuer pour la surveillance</b></p>
<p>Toutes les femmes doivent avoir accès à des soins obstétricaux d'urgence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener des entretiens pour déterminer ce que pensent les femmes quant à leur accès à des soins obstétricaux d'urgence (voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 6.6) : connaissent-elles ces services ? Les ont-elles utilisés ? Quelle a été leur expérience ?</li> <li>• Interroger des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles et chercher à savoir ce qu'ils pensent de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence ;</li> <li>• Résumer les réponses dans votre rapport.</li> </ul>
<p><b>3. Surveiller les « trois retards » (voir Section 1.5.4)</b></p>	<p><b>Tâches à effectuer pour la surveillance</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le retard dans la recherche d'une aide médicale appropriée pour des soins obstétricaux d'urgence causé par :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le coût ;</li> <li>- Le fait de ne pas déceler le besoin urgent de soins médicaux ;</li> <li>- L'absence d'informations sur les facteurs de risque ;</li> <li>- Le fait que la femme n'a pas l'autorité de prendre des décisions au sein de la famille.</li> </ul> </li> <li>2. Le retard pris pour atteindre des services médicaux appropriés en raison de la distance, de la mauvaise condition des routes ou de l'absence de transport.</li> <li>3. Le retard pris pour recevoir des soins appropriés après avoir atteint un centre de santé en raison du manque de personnel, ou de l'absence d'électricité, d'eau ou de fournitures médicales.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'entretenir avec des femmes pour déterminer si elles - ou d'autres femmes de leur connaissance - ont été confrontées à des retards pour obtenir de l'aide médicale. Identifier les raisons de ce(s) retard(s). Par exemple, le mari de la femme peut s'être opposé à la recherche d'une aide médicale ;</li> <li>• Préparer un tableau énumérant les retards dans la première colonne (voir les retards dans la colonne ci-contre à gauche) et, dans la seconde colonne, préciser le nombre de personnes ayant été confrontées à des retards de ce type. Inclure ces informations dans le rapport ;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>&gt; continuation</i></p>

<p><b>3. Surveiller les « trois retards » (voir Section 1.5.4)</b></p>	<p><b>Tâches à effectuer pour la surveillance</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédiger l'histoire de ces différents cas et les inclure dans le rapport (ne pas utiliser de noms ou de détails pouvant permettre d'identifier la femme en question – voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 6.6 sur le consentement préalable et le respect de la confidentialité) ;</li> <li>• Identifier des recommandations à soumettre aux autorités.</li> </ul>

### 3.4.4 Sensibiliser à la santé maternelle, sexuelle et de la reproduction

L'une des premières tâches consiste à parler publiquement des aspects choquants de la mortalité maternelle (voir Section 1.5).

Une autre tâche vise à sensibiliser aussi bien les femmes que les hommes aux facteurs de risque, tels que l'âge de la mère et le nombre d'enfants qu'elle a, les facteurs culturels, les signes précurseurs de complications, et la nécessité de rechercher immédiatement de l'aide médicale. Il incombe aux gouvernements d'assurer ce rôle de sensibilisation. Les OSC peuvent faire pression sur le gouvernement pour qu'il accomplisse cette tâche et elles peuvent également mener elles-mêmes des activités de sensibilisation destinées au grand public ainsi qu'aux chefs locaux influents.

Les actions suivantes peuvent être combinées avec les actions suggérées dans la Section 3.2 :

- Sensibiliser au droit à la santé maternelle. Les actions peuvent cibler les groupes vulnérables, tels que les minorités ethniques, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les réfugiés et les personnes résidant dans des zones rurales. Elles devraient cibler aussi bien les hommes que les femmes ;
- Débats publics pour permettre aux individus de parler de leur expérience en matière de services de santé ;
- Débats publics pour parler des programmes du gouvernement en matière de santé maternelle et infantile, des politiques en matière de santé sexuelle et de la reproduction, des statistiques et de l'utilisation des budgets en matière de santé ;
- Faire pression sur les autorités afin qu'elles fournissent des programmes d'éducation sexuelle complets adaptés à l'environnement culturel visant à améliorer la compréhension de la planification familiale, de la sexualité et des relations sexuelles respectueuses ;
- S'il existe un processus d'enregistrement des naissances, sensibiliser les parents à l'importance d'enregistrer les naissances. Si ce n'est pas le cas, prévoir de collaborer avec d'autres OSC et ONG pour faire pression afin qu'un tel processus soit mis en place.

### 3.4.5 Prévenir et réduire la mortalité maternelle et infantile

---

L'un des meilleurs moyens est de faire en sorte que les services de soins de santé maternelle soient disponibles et accessibles et que leur distribution soit équitable. Des exemples d'actions de surveillance de ces services ont été présentés à la Section 3.3.

#### **Faire pression sur les autorités**

Les OSC peuvent prévoir de faire pression sur les autorités afin que celles-ci :

- Proposent et promeuvent des actions visant à améliorer le statut des femmes et à les aider à défendre leurs droits (voir le Manuel de cette série, Partie II, Sections 3.3.1 et 11.1) ;
- Promeuvent le choix libre et informé quant à la planification et à l'espacement des grossesses ;
- Allouent des ressources financières et autres adéquates aux centres de santé maternelle ;
- Mettent en place des systèmes d'intervention dont l'efficacité a été démontrée et qui sont abordables ;
- Rendent disponibles des moyens de contraception en quantité suffisante ;
- S'assurent que les femmes et les hommes disposent de tous les services et informations nécessaires relatifs à la santé sexuelle et de la reproduction d'une manière non moralisatrice ;
- Fassent en sorte que l'orientation vers d'autres services/professionnels de santé, et si nécessaire, vers des services d'interruption de grossesse en toute sécurité, soit effectuée de manière rapide et adéquate.

#### **Activités de sensibilisation**

- Sensibiliser aux facteurs de risques ;
- Améliorer la compréhension des « trois retards » (voir Tableau 3) ;
- Encourager les membres de la famille - maris, beaux-pères, belles-mères - à enregistrer tous les cas de grossesse auprès des services de santé et à effectuer des consultations médicales dès le début de la grossesse. Persuader les chefs de la communauté d'encourager ces démarches.

#### **Interventions au niveau communautaire**

- Travailler avec la communauté pour déterminer les actions qu'elle pourrait mettre en œuvre pour prévenir la mortalité maternelle et identifier ce qui pourrait être demandé aux autorités ;
- Encourager le gouvernement local à améliorer l'accès physique aux soins de santé pour les femmes et leurs bébés en améliorant les réseaux de transport et de téléphone.

Les actions visant à réduire la mortalité maternelle aident également à réduire la mortalité des nourrissons, appelée également mortalité « néonatale ». Certaines de ces actions sont présentées plus bas.



### **Promouvoir l'enregistrement des naissances et des décès maternels et infantiles**

Déterminer s'il existe un système d'enregistrement des décès maternels et infantiles.  
Déterminer également quelles mesures ont été prises pour s'assurer que ces décès soient enregistrés (le non-signallement des décès peut constituer un grave problème).

S'il n'existe pas de tel système, mener une campagne pour exhorter le gouvernement à en mettre un en place. Souligner en particulier le fait que la surveillance des décès maternels et infantiles est essentielle pour évaluer l'ampleur de la mortalité maternelle et infantile, ses causes, et pour déterminer si des mesures sont prises pour lutter contre ce problème.

### **Sensibiliser aux risques de mortalité infantile**

Souligner le fait que :

- Le risque de mortalité des nourrissons nés moins de 24 mois après une précédente grossesse est significativement plus élevé ;
- L'âge de la mère est un facteur important. Les taux de mortalité des nourrissons dont les mères sont âgées de 20 à 34 ans sont plus bas que ceux des nourrissons nés de mères adolescentes ou de femmes plus âgées.

### **Actions visant à promouvoir un allaitement adéquat**

Les bonnes pratiques en matière d'allaitement aident à prévenir la mortalité infantile. Des informations supplémentaires sur ce point sont fournies dans le fascicule sur le droit à l'alimentation, Section 3.6, Encadré 26.

Il est important de sensibiliser à l'allaitement adéquat, en particulier auprès des femmes plus âgées, dans la mesure où celles-ci fournissent des conseils à leurs filles, mais également auprès des hommes.

## **3.5**

### **Actions visant à lutter contre la discrimination à l'encontre des individus souffrant de handicaps mentaux**

- Effectuer une enquête pour déterminer ce que les membres de la communauté pensent de la maladie mentale. Certaines personnes souffrant de maladies mentales pourront également être disposées à parler de la façon dont elles sont traitées ;
- Déterminer quels sont les services de santé mentale disponibles au niveau local ainsi que le nombre des professionnels de la santé mentale qui y sont employés ;
- Avec l'aide d'un professionnel de la santé, ayant de préférence reçu une formation en matière de santé mentale, analyser les informations recueillies. Déterminer ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation et formuler des recommandations à l'égard des autorités.

3.6

### Actions visant à promouvoir des lieux de travail et un environnement naturel salubres

---

Les États doivent prendre des mesures pour lutter contre les effets négatifs de l'insalubrité dans les lieux de travail et l'environnement naturel.

#### 3.6.1 Enquête sur la santé au travail

---

Un cadre d'action utile consiste à recueillir les informations pertinentes, mener une enquête, et faire pression pour favoriser les changements.

- Recueillir les informations pertinentes :
  - Déterminer qui est responsable de la santé en général au sein du gouvernement local, et, le cas échéant, de la santé au travail et environnementale ;
  - Obtenir des copies des réglementations pertinentes ;
  - Déterminer quelles sont les réglementations gouvernementales applicables en matière de conditions de travail ;
  - S'il y a des syndicats dans la région, suggérer des actions qu'ils pourraient mener ; ou leur proposer de travailler ensemble.
- Mener une enquête (voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 6.4):
  - Sélectionner un ou plusieurs lieux de travail, dans le secteur public ou privé ;
  - Demander si le lieu de travail dispose de réglementations en matière de sécurité – les entreprises doivent appliquer la législation ou les lignes directrices nationales et les adapter à la nature du travail accompli au sein de l'entreprise ;
  - Déterminer si ces réglementations sont appropriées ;
  - Mener des entretiens auprès d'employés pour les interroger sur leurs conditions de travail et répertorier aussi bien les aspects négatifs que positifs ;
  - Se renseigner sur les accidents ou problèmes de santé résultant des conditions de travail ;
  - Observer le lieu de travail et noter tout signe de manque d'hygiène ou de conditions dangereuses ;
  - Demander quelles sont les mesures prises par l'entreprise pour remédier à ces problèmes.
- Faire pression pour favoriser les changements :
  - Organiser une réunion avec la direction de l'entreprise pour discuter des résultats de l'enquête, et expliquer que la protection de la santé sur le lieu de travail est une question de droits humains ;
  - Si nécessaire, porter ces préoccupations à l'attention des autorités locales ou gouvernementales chargées de la santé qui ont une obligation d'agir aux termes du droit à la santé ;
  - Élaborer des programmes visant à sensibiliser les entreprises et les employés au droit à un environnement de travail salubre.

### 3.6.2 Cartographier les risques en matière de santé dans l'environnement naturel et agir

Un environnement naturel insalubre a des effets sur la santé dans les zones urbaines et rurales.

La pollution et les autres dangers, tels que les eaux usées non traitées et les routes dangereuses peuvent causer des maladies ou des blessures graves. L'érosion provoquée par la déforestation peut affecter directement la santé de la population en détruisant les capacités de production agricole ou indirectement en contribuant au changement climatique (voir Section 1.7).

- Cartographier la zone (voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 4.2) et répertorier les situations pouvant affecter la santé de la population, telles que les eaux usées et autres déchets non traités, la pollution de l'eau, la vente ou préparation de nourriture dans des conditions insalubres, la pollution causée par les feux de bois ou les gaz d'échappement des véhicules, les bâtiments et routes dangereux ;
- Enquêter sur les causes et les effets de ces environnements insalubres et déterminer quelles actions sont mises en œuvre par les autorités pour améliorer la situation ;
- Sensibiliser au caractère insalubre de l'environnement et encourager la population à agir, par exemple en organisant une campagne de « nettoyage » dans la rue ou à l'école (action d'assistance mutuelle) ou en envoyant une pétition aux autorités locales (soulignant leurs obligations) ;
- Préparer des rapports, prendre des photos et en discuter avec les autorités concernées, y compris les autorités chargées de la santé et les autorités gouvernementales.

#### Encadré 22 : Exemple d'une ONG africaine travaillant sur le changement climatique

La *Nigerian Environmental Study/Action Team* (NEST) est une ONG travaillant sur l'environnement et le développement durable. NEST reconnaît que le changement climatique peut avoir des effets négatifs sur la santé et ses déterminants fondamentaux : agriculture, utilisation de la terre et ressources en eau. NEST a lancé un projet pour s'adapter au changement climatique dans cinq communes de l'État d'Abia, au Nigéria. Ce projet vise à réduire la vulnérabilité de la population face au changement climatique. Pour de plus amples informations, consulter le site Internet suivant : [www.nestinteractive.org](http://www.nestinteractive.org).

## 3.7 Actions visant à améliorer la prévention, le traitement et le contrôle des maladies

### 3.7.1 Accès à l'immunisation contre les maladies

Les recherches effectuées dans un certain nombre de pays ont révélé que les garçons ont

davantage accès à l'immunisation que les filles. L'OMS considère que tous les enfants doivent être vaccinés contre la > diphtérie, le > tétanos, la > coqueluche, la > rougeole, la > poliomyélite, la tuberculose, et > l'hépatite B. Dans les pays touchés par la > fièvre jaune, les enfants doivent également être immunisés contre cette maladie.

Les OSC peuvent chercher à déterminer si les communautés ont accès à l'immunisation en effectuant des enquêtes et en diffusant les résultats. Ces enquêtes peuvent recueillir des données sur le nombre de filles et de garçons de moins de cinq ans qui ont bénéficié d'une immunisation et sur les maladies qui ont été ciblées. Ces données doivent montrer s'il y a une différence en termes de genre et si des groupes marginalisés spécifiques ont été laissés à l'écart de la campagne d'immunisation.

### Encadré 23 : Les pères prennent davantage de responsabilités à l'égard de la santé de leurs enfants

Un grand nombre de programmes de santé ciblent les mères plutôt que les deux parents. Pourtant, les recherches en la matière montrent que lorsque les pères comprennent les enjeux relatifs à la santé et à la nutrition de leur enfant, les parents sont davantage susceptibles de prévenir les maladies et de rechercher un traitement.

D'après une enquête menée au Ghana, lorsque les pères sont impliqués dans une campagne d'immunisation, ils prennent davantage de responsabilités à l'égard de la santé de leurs enfants. Cela a augmenté le nombre d'enfants qui ont bénéficié d'une immunisation.

Source : R.F. Brugha, J.P. Kevani et V. Swan, « *An investigation of the role of fathers in immunisation uptake* », *International Journal of Epidemiology*, 1996 (25) : 840.

### 3.7.2 Surveiller l'accès à l'information et à l'éducation en matière de santé

L'information et l'éducation en matière de santé sont liées, mais d'une nature différente.

L'information en matière de santé fournit des données factuelles sur la santé. Les personnes souffrant d'un problème de santé doivent avoir accès à des informations pertinentes. Les services d'information en matière de santé peuvent fournir ces informations sous forme de brochures, au sein d'un centre d'assistance ou sur un site Internet. L'éducation en matière de santé vise également à fournir aux individus les compétences nécessaires pour les aider à prendre des décisions raisonnables sur leur santé. Les deux sont essentielles.

L'accès à l'information inclut l'accès aux ressources qui peuvent être nécessaires pour agir sur la base de cette information. Par exemple :

- Information : les moustiques se reproduisent dans l'eau et transmettent le paludisme ;
- Éducation : pour se protéger contre le paludisme, il est nécessaire d'éliminer les sources de reproduction des moustiques ou d'utiliser une moustiquaire ;
- Ressources : produits chimiques pour éliminer les nids de moustiques et moustiquaires imprégnées d'insecticide (produits chimiques tuant les insectes) ;

- Surveillance : la surveillance de l'accès à l'information et à l'éducation relatives à la santé peut être effectuée en trois étapes :
  - S'entretenir avec des membres de différents groupes pour savoir quelles sont leurs connaissances en ce qui concerne certaines questions spécifiques relatives à la santé, notamment les moyens d'éviter ou de prévenir les maladies. Par exemple, interroger les femmes sur les risques de mortalité maternelle, les jeunes gens sur le VIH/Sida et les grossesses précoces ou les chefs de la communauté sur la santé environnementale ;
  - Leur demander également s'ils sont informés de l'existence de campagnes publiques d'information. Le cas échéant, poser des questions supplémentaires : qu'en ont-ils pensé ? Cela a-t-il modifié leur comportement ? Ont-ils eu accès aux ressources leur permettant d'agir sur la base de ces informations ?
  - Déterminer ce que les autorités ont fait pour prévenir les maladies ; si elles ont lancé des programmes d'information ; si ces derniers ont été mis en œuvre dans les langues locales ; comment elles ont mesuré l'impact de ces programmes ; et si les ressources pour agir sur la base de ces informations étaient disponibles.

Rédiger un rapport ou donner un entretien à la radio pour discuter des résultats de l'enquête. Souligner toutes les campagnes publiques ayant obtenu de bons résultats. Attirer l'attention sur toutes les lacunes mises en lumière dans le rapport.

Les autorités ont l'obligation d'éduquer la population sur les croyances préjudiciables et la désinformation sur certaines maladies. Les OSC peuvent attirer l'attention sur le fait que ces autorités ne s'acquittent pas de cette obligation.

#### Encadré 24 : Une coalition africaine travaillant sur le droit à la santé

L'*Africa Public Health Rights Alliance (APHRA)* est une coalition fondée sur la conviction que, pour jouir de leurs droits et contribuer au développement de l'Afrique, les populations doivent être en bonne santé. L'APHRA est une initiative du *Centre for Research, Education and Development of Rights in Africa (CREDO-Africa)*. Son objectif principal est d'impliquer les institutions africaines, les États membres et la population africaine dans la promotion d'une plus grande sensibilisation et compréhension des problèmes relatifs à la santé en Afrique. La campagne « 15% Now ! » lancée par l'APHRA est basée sur l'engagement pris par les États membres de l'UA à Abuja en 2001 d'allouer au moins 15% des budgets nationaux à la santé.

### 3.7.3 Surveiller l'accès aux médicaments

L'OMS fournit une liste des médicaments essentiels. Ce sont des médicaments « *qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population* ». Ils sont sélectionnés en

fonction du nombre de personnes affectées par les maladies ainsi que de la sûreté, de l'efficacité et du coût de ces produits. Malheureusement, un grand nombre de personnes n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments. La Résolution 141 (2008) de la Commission africaine sur l'accès à la santé et aux médicaments essentiels en Afrique a reconnu que « *l'accès aux médicaments essentiels est un volet fondamental du droit à la santé et que les États parties à la Charte africaine ont l'obligation de fournir les médicaments essentiels en tant que de besoin ou de faciliter l'accès auxdits médicaments* ». (Certains extraits sont fournis dans l'Annexe 3.)

En ce qui concerne l'accès aux médicaments, les OSC peuvent surveiller les obligations incombant aux gouvernements aux termes de la Résolution 141 de :

- S'assurer que les médicaments essentiels sont disponibles au niveau communautaire ;
- Garantir l'accès égal de tous les individus, y compris les individus ou communautés marginalisés aux médicaments ;
- Autoriser l'utilisation des médicaments et pratiques de guérison traditionnels rigoureusement scientifiques et médicalement adaptés (voir Encadrés 8 et 9);
- Ne pas compromettre la fourniture de l'aide humanitaire, qui facilite la mise à disposition des médicaments essentiels ;
- Surveiller la qualité des médicaments et s'assurer que les médicaments disponibles sont sûrs, efficaces et médicalement adaptés.

### **3.8 Actions visant à améliorer le droit à la santé des groupes marginalisés**

---

Afin de garantir la non-discrimination et l'égalité, les États doivent prendre des mesures en faveur des communautés et individus marginalisés.

#### **3.8.1 Surveiller l'accès aux soins de santé des groupes marginalisés**

---

Les installations, biens et services de santé doivent être accessibles pour tous, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables ou marginalisés, en particulier les femmes, les enfants, les personnes souffrant de handicaps et les peuples autochtones. L'accessibilité implique également que les services médicaux et les déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'eau salubre et des services d'assainissement adéquats soient accessibles, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité implique, en outre, qu'il y ait un accès adéquat aux bâtiments pour les personnes souffrant de handicaps.

La surveillance du respect de cette obligation est essentielle pour garantir la santé des groupes ou individus marginalisés. Le Tableau 3 est un outil d'enquête qui peut être adapté pour surveiller l'accès aux soins de santé pour d'autres groupes vulnérables ou marginalisés.

**Tableau 3 : Surveiller l'accès aux soins de santé des peuples autochtones**

**Objectifs :**

Surveiller l'accès aux soins de santé des peuples autochtones peut consister à :

- Aider à identifier les causes de la mortalité et de la morbidité ;
- Évaluer les mesures prises par le gouvernement pour lutter contre ce problème ;
- Contribuer à l'élaboration d'actions efficaces.

**Tâches :**

Recueillir autant d'informations que possible sur les points suivants :

**1. Déterminer la situation des peuples autochtones en matière de santé, notamment :**

	<b>Informations pertinentes :</b>
• Causes principales des maladies et des décès ;	..... ..... .....
• Espérance de vie ;	..... ..... .....
• Différences entre les taux de mortalité infantile des peuples autochtones et des autres communautés ;	..... ..... .....
• Taux de mortalité maternelle ;	..... ..... .....
• Proportion des naissances assistées par des accoucheurs(euses) traditionnels(elles) dans les territoires autochtones ;	..... ..... .....
• Si l'information relative à la santé est disponible dans les langues autochtones ;	..... ..... .....
• La prévalence du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme dans les territoires autochtones.	..... ..... .....

**2. Déterminer quelles ont été les mesures prises par le gouvernement pour lever les obstacles à l'accès aux soins de santé**

Déterminer si le gouvernement met en œuvre des actions pour :

Informations pertinentes :

- Consulter les groupes autochtones sur la fourniture de soins de santé ;  
.....  
.....
- Prendre des mesures pour identifier et répondre leurs besoins spécifiques en matière de santé, y compris les déterminants fondamentaux de la santé ;  
.....  
.....
- Garantir la participation des peuples autochtones aux prises de décisions. Les OSC peuvent, par exemple, surveiller la façon dont les autorités impliquent ces populations dans la planification et l'évaluation des services de santé (voir le Manuel de cette série, Partie II, Sections 6 et 7) ;  
.....  
.....
- Mettre en place un mécanisme de plaintes et de réparations pour traiter les violations du droit à la santé ;  
.....  
.....
- Promouvoir les connaissances et pratiques autochtones en matière de santé.  
.....  
.....

**3. Analyser l'information**

Le système de santé impose-t-il une discrimination à l'encontre des peuples autochtones en ce qui concerne leur accès aux soins de santé en :

Informations pertinentes :

- Ne prenant pas en compte leurs besoins spécifiques en matière de santé ?  
.....  
.....
- En favorisant de manière indue les groupes qui sont déjà favorisés ?  
.....  
.....

**4. Plan d'action**

Sur la base des informations recueillies et analysées plus haut, les ONG et les OSC devraient, en consultation avec les groupes autochtones, planifier et mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation.



3.9

### Autres actions visant à réaliser le droit à la santé

---

Cette section propose des actions supplémentaires, en plus de celles présentées dans les sections précédentes. Avant d'agir, les lecteurs devraient consulter la Partie II du Manuel de cette série pour obtenir des conseils sur la façon d'analyser les problèmes et de développer des stratégies d'action.

Toute action sur le droit à la santé doit être élaborée sur la base d'activités participatives avec la communauté, notamment des ateliers de travail et des activités de surveillance ou de recherche participatives. Pour de plus amples informations sur la façon d'impliquer la communauté, voir le Manuel de cette série, Partie II, Sections 5 et 6.

#### 3.9.1 Indicateurs relatifs au droit à la santé

---

Les indicateurs aident à évaluer les mesures qui ont été prises par un État pour remplir ses obligations. Ils sont un moyen de mesurer l'application par l'État des obligations qui lui incombent aux termes du droit à la santé.

Des informations sur la façon d'utiliser des indicateurs sont fournies dans le Manuel de cette série, Partie II, Section 7.3, Encadré 30.

Il n'existe pas une série unique d'indicateurs relatifs au droit à la santé. Chaque objectif en matière de santé doit être assorti de sa propre série d'indicateurs. La plupart des gouvernements disposent d'indicateurs visant à mesurer la mortalité maternelle, la malnutrition infantile, le nombre de décès causés par le paludisme, ainsi qu'un grand nombre d'autres problèmes de santé. Ces indicateurs sont susceptibles de refléter les résultats, par exemple la proportion des femmes qui sont mortes en couches. Ils ne reflètent pas les principes des droits humains, tels que la question de savoir si ces femmes sont mortes parce qu'elles n'avaient pas les moyens d'accéder à des soins de santé.

Les OSC peuvent élaborer leurs propres indicateurs des droits humains de façon à refléter les obligations de l'État en matière de droits humains. Cela peut être fait en :

- Considérant l'un des éléments du droit à la santé décrits dans la Section 1.4.2 (voir la première colonne du Tableau 4) ;
- Sélectionnant l'un ou plusieurs aspects de cet élément (seconde colonne).

Une fois que les indicateurs ont été élaborés, il faut recueillir des données ventilées, et les rapporter dans la troisième colonne.

Après un certain laps de temps, les données devraient être actualisées : cela indiquera si le droit à la santé est, oui ou non, progressivement réalisé.

Tableau 4 : Élaborer des indicateurs relatifs au droit à la santé

Élément du droit à la santé	Indicateur	Information qualitative (commentaire) ou quantitative (données chiffrées), exemples de mesures/d'actions
Disponibilité des soins obstétricaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>La politique en matière de santé vise-t-elle à améliorer l'accès aux soins obstétricaux ?</li> <li>Un budget a-t-il été prévu pour cela ?</li> <li>Comment est-il dépensé ?</li> </ul>	<p>Oui/non.</p> <p>Oui/non.</p> <p>Pas dépensé entièrement/adéquatement dépensé</p>
Accessibilité (accessibilité physique) à des soins obstétricaux d'urgence dans un délai d'une heure	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expérience vécue par des femmes ayant eu - ou n'ayant pas eu - accès à de tels soins.</li> </ul>	Informations recueillies auprès de (préciser le nombre) femmes pour évaluer les différentes expériences de celles qui ont eu accès et de celles qui n'ont pas eu accès à de tels soins.
Accessibilité (économique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les services sont-ils gratuits ? Si ce n'est pas le cas, quel impact cela a-t-il ?</li> </ul>	20 femmes parmi les 38 interrogées ont déclaré qu'elles n'ont pas utilisé les services obstétricaux du fait de leur coût.
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les services sont-ils accueillants et propres ?</li> </ul>	2 des services sur 6 n'étaient pas propres.
Qualité – Accès à un(e) accoucheur(euse) qualifié(e)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le nombre de villages disposant d'accoucheurs(euses) qualifié(e)s ?</li> </ul>	20 villages parmi les 35 villages de la zone ont accès à des accoucheurs(euses) qualifié(e)s.
Qualité – accès à de l'eau propre et à des services d'assainissement salubres	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le nombre d'individus/de villages ayant ou n'ayant pas un tel accès ?</li> </ul>	22 villages ont un tel accès ; 13 villages n'ont pas un tel accès.
Accès à des voies de recours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe-il un système permettant de porter plainte ?</li> <li>Combien de plaintes ont-elles donné lieu à une réparation ?</li> </ul>	Oui. Mais il n'est pas adéquat. 2 parmi les 8 plaintes qui ont été déposées.

Les informations recueillies en utilisant des indicateurs doivent être analysées et présentées dans un bref rapport.

**Remarque** : Une enquête à micro échelle peut ne pas donner une image totalement exacte de la situation. Le rapport doit reconnaître cela tout en appelant à une enquête plus exhaustive. Le rapport devrait également contenir des recommandations relatives à certains besoins immédiats, le cas échéant, par exemple le besoin de disposer de davantage d'accoucheurs(euses) qualifié(e)s. Il peut être envoyé aux institutions suivantes :

- Autorités locales et nationales ;
- ONG nationales et internationales concernées ;
- Commission africaine ;
- Rapporteur spécial sur le droit à la santé.

Les OSC peuvent aussi encourager les autorités à utiliser des indicateurs de droits humains dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs politiques.

### 3.9.2 Évaluation d'impact sur le droit à la santé

---

Les OSC peuvent jouer un rôle important en attirant l'attention sur la nécessité de procéder à des évaluations d'impact sur les droits humains. Ces évaluations sont présentées dans la Section 2.2. Lorsqu'un projet est proposé, les OSC devraient essayer d'obtenir des informations auprès des autorités locales ou du ministère gouvernemental concerné ou, dans le cas des projets soutenus par des bailleurs de fonds, à partir des sites Internet pertinents.

Les projets devraient identifier tous les impacts potentiels. Les OSC peuvent effectuer leurs propres évaluations en interrogeant les autorités locales ainsi que les individus susceptibles d'être affectés par le projet.

Si les autorités autorisent la mise en œuvre d'une évaluation d'impact, les OSC devraient les exhorter à ce que celle-ci soit fondée sur des indicateurs de droits humains. Par exemple, si le projet vise à construire un nouvel hôpital, il devrait y avoir des indicateurs relatifs à l'accessibilité pour tous dans la zone concernée, en particulier pour les groupes vulnérables. Les services devraient respecter les indicateurs relatifs à l'acceptabilité et à la qualité. En outre, il devrait y avoir des indicateurs relatifs à la participation de la communauté locale à l'élaboration du projet.

### 3.9.3 Analyser les politiques et les budgets

---

Un processus simple en trois étapes visant à surveiller et à analyser les budgets est présenté dans le Manuel de cette série, Partie II, Section 7.3. Pour des informations plus détaillées, consulter les ressources publiées par le *International Human Rights Internship Program (IHRIP)* et *l'International Budget Partnership*, ou bien encore le fascicule sur la surveillance des budgets de la série Haki Zetu (à paraître).

### 3.9.4 Nouer des alliances, mobiliser les communautés et faire pression sur le gouvernement

Ce thème est traité dans le Manuel de cette série, Partie II, Sections 4 et 9.

Travailler avec d'autres pour améliorer le droit à la santé peut inclure les activités suivantes :

- Travailler avec les agents de santé communautaires pour les encourager à utiliser une approche fondée sur les droits humains dans le cadre de leur travail ;
- Rassembler des individus ayant des préoccupations similaires en matière de santé pour discuter des problèmes et identifier des moyens de s'entraider ou de porter la question à l'attention des autorités.

Les alliés potentiels peuvent inclure des ONG et des OSC travaillant sur le droit à la santé, des groupes religieux, des groupes environnementaux et des professionnels, en particulier des médecins, des infirmières et des personnels de santé.

### 3.9.5 Soumettre des rapports au CESCR et à la Commission africaine

Les organisations souhaitant soumettre des informations à ces organes devraient consulter le Manuel de cette série, Partie I, Section 3.5 et Partie II, Section 10.

Celles qui souhaitent soumettre des informations au CESCR devraient consulter les directives pour soumettre des rapports au CESCR.

<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/NGOs.htm> (seulement disponible en anglais).

La Commission africaine utilise une procédure similaire. Veuillez consulter son site Internet à l'adresse suivante : [www.achpr.org/fr/communications/procedure/](http://www.achpr.org/fr/communications/procedure/).

Voir le Manuel de cette série, Partie II, Section 10.

### 3.9.6 Arènes internationales et régionales

Il est difficile pour les groupes locaux de participer aux campagnes régionales ou internationales, mais il est important d'en être informé, en particulier dans les pays où le gouvernement ou des ONG nationales participent à ces arènes. Des adresses et des sites Internet sont inclus dans l'Annexe 2.

- **Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)**

Les OMD 4, 5 et 6 traitent spécifiquement des soins de santé, mais tous les OMD sont pertinents. Voir l'Annexe 4.

- **Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, (CARMMA)**

Cette campagne, lancée en mai 2009, inclut des objectifs pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile et pour accélérer la disponibilité et l'utilisation de services de santé de bonne qualité et universellement accessibles.

Lors du 15ème sommet de l'UA en août 2010, les dirigeants africains ont de nouveau exhorté les pays à consacrer « au moins 15% de leurs budgets nationaux, hors contributions des bailleurs de fonds, à la santé » (voir Encadré 24), et ont appelé les pays à élaborer des rapports annuels sur la santé maternelle et infantile à soumettre lors des prochains sommets de l'UA (taper « CARMMA » sur Google pour obtenir des informations sur la participation des différents pays à cet engagement).

- **Journées nationales pour la santé**

Au moment de rédaction de ce fascicule, il n'existe pas de Journée africaine pour la santé mais un certain nombre d'ONG appellent à ce qu'une telle journée soit établie. Il convient de vérifier les dates des journées suivantes, car elles sont susceptibles d'être modifiées :

- Journée mondiale de la santé – 7 avril ;
- Journée mondiale de lutte contre le sida – 1er décembre ;
- Journée mondiale de la santé mentale – 10 octobre.

AFDH	Approche du développement fondée sur les droits humains
ARV/ART	Médicaments/traitement anti-rétroviraux
CADHP	Charte africaine des droits de l'homme et des peuples
CADBE	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CEDAW	Convention/Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CESCR (ONU)	Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
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
ICRP	Convention relative aux droits des personnes handicapées
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IST/MST	Infections/Maladies sexuellement transmissibles
MGF/E	Mutilation génitale féminine/Excision
OBC	Organisation à base communautaire
OIG	Organisation intergouvernementale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida
OSC	Organisation de la société civile
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
UA	Union Africaine
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH/Sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquis

Les termes en *italiques* renvoient à d'autres entrées du présent glossaire.

## A

---

### **Accoucheur(euse) /soins obstétricaux**

Un(e) accoucheur(euse) est une personne qui est formée aux soins obstétricaux et qui assiste les femmes durant l'accouchement.

### **Albinisme**

Maladie héréditaire provoquée par un déficit de mélanine (pigments), qui protège la peau contre les rayons ultraviolets. Les individus touchés par cette maladie ont la peau, les cheveux et les yeux pâles et risquent de souffrir de problèmes oculaires et d'être atteints du cancer de la peau. Ils sont souvent victimes de discrimination et de mauvais traitements.

### **Anémie/Anémique**

Les personnes possédant un nombre de globules rouges inférieur à la normale dans le sang « souffrent d'anémie » ou sont « anémiques ». Ces globules transportent de l'oxygène. L'anémie provoque de la fatigue et entraîne un affaiblissement.

### **Anesthésiste**

Spécialiste administrant au patient des médicaments spécifiques (un anesthésiant) afin que celui-ci ne souffre pas durant une opération.

### **Anomalie génétique**

Maladie héréditaire causée par un gène ou un chromosome défectueux. Un chromosome transmet des caractéristiques du parent à l'enfant. Un gène est une composante d'un chromosome.

### **Avortement**

Interruption de la grossesse avant que le fœtus ne puisse survivre en dehors de l'utérus. Un avortement peut être spontané – on parle alors de « fausse couche » - ou il peut être provoqué par une *intervention* délibérée, et on parle alors d'« avortement provoqué ». C'est en ce dernier sens que le terme est généralement employé.

**B**

**Bactérie**

Micro-organismes (minuscules matières vivantes d'une ou plusieurs cellules) présents dans quasiment tous les environnements, y compris dans le corps humain. Certains types de bactéries causent des maladies et d'autres provoquent la dégénérescence.

**C**

**Cécité de rivières**

Maladie causée par un parasite transmis par les morsures de mouches noires vivant dans les cours d'eau rapides. À l'intérieur du corps, les larves forment des bosses sous la peau, où les vers se reproduisent et pondent des larves qui peuvent provoquer des démangeaisons et la cécité.

**Charge de morbidité**

L'impact d'un problème de santé dans une région ou un pays. Il se mesure sur la base du coût financier, du nombre de décès, de l'incidence des maladies et d'autres indicateurs.

**Chlamydia**

IST (*Infection sexuellement transmissible*) causée par une bactérie sur ou dans les organes sexuels des hommes ou des femmes. Les personnes affectées peuvent souffrir de douleurs en urinant, de démangeaisons et de sécrétions/écoulements. Elle peut provoquer des inflammations, voire, à terme, la stérilité. De nombreux individus ignorent qu'ils sont infectés par le chlamydia. Le chlamydia peut être facilement traité, pour chacun des partenaires.

**Choléra**

*Maladie infectieuse* aiguë entraînant des *diarrhées* et des vomissements. Elle se propage surtout dans les zones où l'eau et l'assainissement sont insalubres.

**Coqueluche**

Il s'agit d'une maladie extrêmement *infectieuse* transmise par la toux et les éternuements.

**Contraception/ contraceptifs**

Méthodes, mesures ou dispositifs de contrôle des naissances, par exemple en utilisant un préservatif ou des pilules contraceptives.

**Contraception d'urgence**

*Contraception* administrée après un rapport sexuel, par exemple en prenant la « pilule du lendemain ».



D

---

**Diabète**

Maladie provoquant un sentiment de soif, un besoin fréquent d'uriner, de la fatigue et de nombreux autres symptômes.

**Diagnostiquer/diagnostic**

Processus visant à découvrir la nature et les causes d'une maladie ou d'une blessure, y compris en examinant le patient et en procédant à des examens en laboratoire.

**Diarrhée (maladie diarrhéique)**

Nom générique désignant les maladies qui entraînent des selles liquides. Il comprend le choléra, la *typhoïde* et la dysenterie bacillaire qui sont transmises par la nourriture et l'eau contaminées par des *matières fécales* humaines. Les personnes atteintes deviennent déshydratées (manque d'eau dans le corps).

**Diptérie**

Maladie transmise par la toux et les éternuements. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner des problèmes cardiaques.

**Données ou informations ventilées**

Informations ou données qui sont distinguées par catégories, par exemple des données distinctes pour les femmes et les hommes, selon les régions ou districts ou encore selon les différents groupes religieux, ethniques ou sociaux.

E

---

**Éclampsie**

Hypertension artérielle chez la femme enceinte provoquant le coma (perte de conscience profonde) ou des convulsions (spasmes) peu de temps avant ou après l'accouchement.

**Enquête démographique/démographie**

La démographie est l'étude des populations humaines. Les enquêtes démographiques visent à analyser la composition de la population d'un pays ou d'une région et sont effectuées sur la base de classifications spécifiques (taille, densité, distribution, naissances et décès, etc.).

**Épidémie**

Propagation rapide d'une maladie *infectieuse*.

**Équité**

Le fait d'être juste ou impartial.

### **Évaluation d'impact (ou évaluation d'impact social)**

Étude visant à identifier les effets négatifs et positifs potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet, par exemple un projet de construction d'une usine chimique à proximité d'une rivière. L'évaluation doit tenir compte des effets potentiels sur la santé, les questions environnementales et autres (voir Section 2.2).

## **F**

---

### **Fièvre jaune**

Infection virale transmise par les moustiques dans les pays tropicaux. Elle peut provoquer une insuffisance rénale et la méningite, une maladie affectant la circulation du sang.

### **Fistules**

Les fistules sont des trous formés entre la paroi vaginale et la vessie (fistule vagino-vésiculaire – VVF), et des trous formés entre la paroi vaginale et le rectum (fistule recto-vaginale – RVF). Les fistules sont, en général, causées par une obstruction du travail lors de l'accouchement, ou par une *MGF/E*.

### **Fœtus**

Bébé pas encore né ou embryon (bébé dans l'utérus durant la première phase de gestation).

## **G**

---

### **Genre**

Ce terme se réfère non seulement aux femmes et aux hommes mais également aux relations entre eux. Il y a égalité entre les genres lorsque les comportements, aspirations, besoins et droits différents des femmes et des hommes se voient accorder une valeur égale. L'équité entre les genres renvoie au traitement juste accordé aux femmes et aux hommes, selon leurs besoins respectifs. Cela peut inclure l'égalité de traitement (par exemple l'accès à *l'immunisation*) ou un traitement qui est différent mais considéré comme équivalent en termes de droits et d'opportunités (tel que le droit à des soins *prénatales*).

### **Gonorrhée**

IST (*Infection sexuellement transmissible*) causée par une bactérie sur ou dans les organes sexuels des hommes et des femmes. Les symptômes habituels chez les hommes sont des brûlures en urinant et un écoulement pénien. Il arrive souvent que les femmes ne ressentent rien, mis à part un léger écoulement vaginal et des douleurs pelviennes. Elle peut cependant provoquer des inflammations au niveau de l'abdomen, voire à terme la stérilité. La gonorrhée peut être traitée facilement, pour les partenaires sexuels.

## H

---

### **Hémorragie**

Saignements graves dus à la lésion d'un vaisseau sanguin.

### **Hépatite**

Maladie généralement causée par un virus. L'hépatite B est provoquée de la même manière que le VIH/Sida.

### **Hygiène environnementale/Assainissement environnemental**

Actions visant à améliorer les conditions environnementales qui affectent la santé des individus, en procédant par exemple à une élimination efficace et salubre des déchets.

## I

---

### **Identité sexuelle**

Sentiment éprouvé par une personne sur sa propre sexualité et façon dont elle exprime ces sentiments, qu'ils soient hétérosexuels, homosexuels, bisexuels ou autres.

### **Immunisation**

Appelée également *vaccination*. Elle désigne la fourniture d'un vaccin, généralement par voie injectable, porteur d'une faible dose d'une maladie. Cela stimule le système immunitaire, le système de défense naturel du corps contre les maladies, qui peut reconnaître la maladie et produire des substances pour détruire ou neutraliser les organismes qui la provoquent.

### **Infection sexuellement transmissible (IST) / Maladie sexuellement transmissible (MST)**

Infection ou maladie contractée après un contact sexuel, en particulier un rapport sexuel, des relations sexuelles orales et anales. Les IST/MST les plus répandues sont le *chlamydia*, la *gonorrhée* et le *VIH/Sida*.

### **Infertilité/Stérilité**

Impossibilité persistante de concevoir un enfant suite à des rapports sexuels réguliers non protégés, causée par des problèmes physiques dans le système reproductif de l'homme ou de la femme. Environ un tiers des problèmes de stérilité touchent uniquement les femmes, un tiers uniquement les hommes et le tiers restant peut affecter l'un ou l'autre sexe.

### **Infirmité**

Affection ou faiblesse physique, pouvant par exemple être due au vieillissement ou à la malnutrition.

**Injection**

Inoculation d'un liquide (généralement un médicament) dans le corps à l'aide d'une seringue.

**Intervention**

Action entreprise afin de prévenir, améliorer ou stabiliser un problème de santé, de promouvoir un comportement favorisant une bonne santé ou de prévenir un comportement qui porte atteinte à la santé.

**Intervention**

Action taken to prevent, improve or stabilise a health condition, to promote good health behaviour or to prevent bad health behaviour.

**L****Lèpre**

Maladie *infectieuse*. Si elle n'est pas traitée, elle peut provoquer des dommages permanents à la peau, aux nerfs, aux membres et aux yeux.

**M****Maladie du sommeil**

Maladie infectieuse affectant les êtres humains et les animaux, transmise par la mouche tsé-tsé. Elle provoque de la fièvre et de graves maux de tête et peut être mortelle.

**Maladie infectieuse**

Maladie causée par des micro-organismes pénétrant dans le corps, telle que le *paludisme* qui est transmis par les moustiques, ou le VIH/Sida qui est transmis d'une personne à une autre.

**Maladie non-transmissible**

Maladie qui ne peut pas être « contractée » d'une autre personne, nis transmis à d'autres personnes.

**Matières fécales**

Déchets solides qui se constituent dans le système digestif humain et sont expulsés du corps par l'anus.

**Médicaments**

Composés chimiques utilisés pour diagnostiquer, prévenir ou traiter les maladies ou autres problèmes de santé. Voir également *pharmacie*.

### **MGF/E**

Mutilation génitale féminine (également appelée excision). Il s'agit de toute *intervention* impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes, ou toute blessure infligée à ceux-ci. L'excision est généralement pratiquée pour des raisons culturelles.

### **Méningite**

Inflammation des membranes protectrices enveloppant le cerveau et la moelle épinière. Il s'agit d'une maladie mortelle qui est particulièrement répandue dans les zones allant du Sénégal à l'Éthiopie.

### **Ménopause**

Moment dans la vie d'une femme à partir duquel les menstruations (l'écoulement menstruel de sang) cesse et où elle devient *infertile (stérilité)*.

### **Morbidité**

Taux ou proportion de personnes malades dans une zone donnée.

### **Mortalité**

Taux ou proportion de décès dans une zone donnée.



---

### **Obstétrique**

Ayant trait à l'accouchement.

### **Organe d'accréditation**

Organe, généralement une agence gouvernementale, qui délivre des autorisations à des tiers les autorisant à exercer certaines activités ou à fournir des services. Par exemple les professionnels de santé requièrent une autorisation pour exercer leurs pratiques professionnelles.

### **Orientation sexuelle**

Désigne l'attirance sexuelle éprouvée par une personne à l'égard de personnes du même sexe, du sexe opposé ou des deux sexes.



---

### **Paludisme**

Maladie *infectieuse* causée par des morsures de moustiques infectés, qui provoquent la multiplication de parasites dans les globules rouges. Ses symptômes incluent la fièvre et des maux de têtes, allant, dans les cas graves, jusqu'au coma ou la mort.

**Parasite**

Organisme vivant (animal ou plante minuscule) vivant au dépend d'un autre organisme, son hôte, en lui causant des dommages.

**Personnels de santé**

Tous ceux qui sont impliqués dans la fourniture de soins de santé aussi bien dans le secteur privé que public. Ils incluent les guérisseurs traditionnels que ceux-ci aient ou non été intégrés au système de santé.

**Pharmacie/Produits pharmaceutiques**

La pharmacie est la branche de sciences médicales relative à la préparation et la fourniture de *médicaments* et de conseils aux individus sur leur utilisation adéquate. Une pharmacie est un lieu qui entrepose et distribue (ou vend) ces *médicaments* (également appelés produits pharmaceutiques).

**Placenta**

Membrane ou peau fine qui couvre la paroi utérine et fournit de la nourriture au *fœtus*.

**Planification familiale**

Le fait de planifier le moment auquel avoir des enfants, et l'utilisation de méthodes de contrôle des naissances et d'autres techniques, y compris l'éducation sexuelle. L'OMS emploie également l'expression « régulation de la fécondité ».

**Poliomyélite (polio)**

Maladie extrêmement *infectieuse* causée par un virus qui peut provoquer la paralysie (perte de la capacité de se mouvoir) ou la mort.

**Polluants**

Substances nocives qui contaminent le sol, l'eau ou l'atmosphère et provoquent de la pollution.

**Praticien**

Un médecin est un praticien autorisé à pratiquer la médecine. Certains praticiens procèdent à des pratiques traditionnelles préjudiciables.

**Prénatal (ou anténatal)**

Prénatal signifie avant la naissance (ou l'accouchement).

**Préservatif (condom en anglais)**

Gaine très fine fermée à une extrémité, fabriquée en caoutchouc ou en plastique, qui est placée sur le pénis en érection avant le rapport sexuel. Il recueille le sperme pour empêcher la grossesse. Il protège également des *MST*. Les préservatifs féminins, qui sont moins utilisés mais également efficaces, sont des gaines fines placées dans le vagin.

### **Psychose**

Trouble mental grave, provoquant, chez les personnes affectées, une perte de contact avec la réalité, et se traduisant par des délires, des hallucinations, et une élocution et un comportement désorganisés.

## **R**

---

### **Réadaptation psychologique ou physique**

Traitement visant à améliorer la condition physique ou psychologique d'un individu ou une fonction qui a été perdue ou affaiblie du fait d'une maladie ou d'une blessure traumatisante (*traumatisme*).

### **Rougeole**

Maladie extrêmement infectieuse causée par un *virus* et transmise par la toux et les éternuements. Les personnes infectées développent des rougeurs sur le visage et le corps.

## **S**

---

### **Santé de la reproduction**

État de bien-être physique, mental et social total pour tout ce concerne le système de la reproduction et ses fonctions et processus (reproduire des être vivants/donner la vie à des enfants), notamment en ce qui concerne les questions relatives à la sexualité, la grossesse et l'accouchement.

### **Septicémie**

Infection.

### **Soins de santé primaires**

Cela inclut l'information relative à la santé, les déterminants fondamentaux de la santé, la planification familiale, l'*immunisation* contre les *maladies infectieuses aiguës* ; la prévention et le contrôle de maladies localement endémiques ; le traitement approprié des maladies et blessures courantes ; la fourniture de *médicaments* essentiels.

### **Stérilisation**

Ce terme a deux significations.

- La destruction des bactéries ou autres organismes pouvant causer des infections ;
- Une méthode de contraception permanente, afin de faire en sorte que les personnes n'ont pas (ou plus) d'enfants. Une telle stérilisation implique d'effectuer une opération sur les organes reproductifs de l'homme ou de la femme afin d'empêcher la fécondation.

### **Stigmate**

La honte associée à une chose considérée comme étant répugnante ou inacceptable. Stigmatisation consiste à caractériser quelque chose ou quelqu'un comme honteux ou infamante.

### **Stress post-traumatique (Syndrome de stress post-traumatique, SSPT)**

Affection mentale provoquée par le fait d'avoir vécu ou été témoin d'un événement traumatique, tel qu'une guerre, un ouragan, un viol, des violences physiques ou un accident grave. Les personnes affectées par le SSPT souffrent d'anxiété et de peur après que le danger soit passé, en éprouvant des symptômes tels que des « flashbacks », des troubles du sommeil, des accès de colère, un sentiment d'isolement, d'anxiété, de culpabilité ou de tristesse. Il affecte leur vie et celle de leur entourage.

## **T**

---

### **Tabou**

On dit qu'un sujet est tabou lorsqu'il est considéré comme étant inapproprié au plan culturel ou moral.

### **Tétanos (trismus)**

Maladie causée par une bactérie vivant sous terre lorsqu'elle s'infiltré dans le corps par le biais d'une plaie ou d'une piqûre d'insecte. Dans les cas graves, les muscles utilisés pour la respiration se contractent (ou sont pris de spasmes), provoquant le manque d'oxygène envoyé vers le cerveau et d'autres organes.

### **Thérapie**

Toute forme de traitement d'une maladie ou d'une anomalie.

### **Thérapie antirétrovirale (ART)**

Traitement consistant à administrer des médicaments (médicaments antirétroviraux, ARV) qui suppriment ou arrêtent la propagation d'un rétrovirus, tel que le rétrovirus qui cause le sida.

### **Trachome**

Inflammation des yeux chronique (permanente ou récurrente). Le trachome est contagieux – il peut être transmis à d'autres par le toucher.

### **Transgenre**

Lorsque le genre d'une personne n'est pas conforme aux notions conventionnelles sur les rôles, fondés sur le genre, des hommes et des femmes (les définitions varient).

### **Transmission**

Le fait de transmettre.



### **Traumatisme/traumatisant**

Blessure ou choc physique grave, causé par un acte de violence ou un accident. Il peut également s'agir d'un choc ou d'une blessure émotionnelle.

### **Tuberculose**

Maladie affectant principalement les poumons mais pouvant également toucher le système nerveux (voir aussi *méningite*) ou d'autres organes. Elle peut être dépistée par le biais d'un test cutané. Un test positif devrait être suivi d'une radiographie pulmonaire pour déterminer si l'infection est active ou latente (dormante). Les personnes dont le système immunitaire est affecté, par exemple par le VIH/Sida, attrapent la tuberculose plus facilement que les personnes dont le système immunitaire est fort.

### **Typhoïde**

Maladie *infectieuse* causée par la bactérie du genre *Salmonella* qui est déposée sur la nourriture ou l'eau par un porteur humain.



### **Vaccin**

Voir *immunisation*.

### **Virus**

Minuscule agent *infectieux* ayant besoin d'un « hôte », comme une cellule humaine, pour vivre. Les virus peuvent causer de nombreuses maladies, y compris des refroidissements et le VIH/Sida.

- 1 Déclaration d'Alma Mata, 1978, et constitution de l'OMS.
- 2 Stephanie Nolen, « *Malaria effort a rare public-health success story in Africa* », Kenya Globe and Mail, 31 octobre 2008.
- 3 Troisième consultation régionale de l'OMS sur les ressources humaines dans le secteur de la santé à Prétoria (11 octobre 2011). Disponible en ligne : [www.sabc.co.za/news/a/c178d20048a6893382dfee1073e9045d/Africa-urged-to-improve-health-system-20111011](http://www.sabc.co.za/news/a/c178d20048a6893382dfee1073e9045d/Africa-urged-to-improve-health-system-20111011).
- 4 Mary V. Kinney et al., *Sub-Saharan Africa's Mothers, Newborns, and Children: Where and Why Do They Die?*, PLoS Medicine, juin 2010. Disponible en ligne : [www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000294](http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000294).
- 5 *Stratégie de santé de l'Afrique de l'UA, 2007-2015*, paragraphe 9 (Disponible en ligne : Voir Annexe 1).
- 6 *BBC, Is Africa beating HIV/AIDS?* Disponible en ligne : [www.bbc.co.uk/blogs](http://www.bbc.co.uk/blogs).
- 7 *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes, WHO's framework for action* (2007). Disponible en ligne : [www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- 8 Paul Hunt et Gunilla Backman, « *Health systems and the right to the highest attainable standard of health* » (2008). Disponible en ligne : [hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewArticle/22/69](http://hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewArticle/22/69).
- 9 Données de l'OMS, voir par exemple, « *La santé maternelle en dix points* », à l'adresse Internet suivante : [www.who.int/features/factfiles/maternal\\_health/fr/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/fr/index.html)
- 10 Pour des exemples, voir les rapports de Human Rights Watch : *Afrique du Sud : Défaillance des soins de maternité*. [www.hrw.org/fr/news/2011/08/08/afrique-du-sud-d-faillance-des-soins-de-maternit](http://www.hrw.org/fr/news/2011/08/08/afrique-du-sud-d-faillance-des-soins-de-maternit)
- 11 Guttmacher Institute, « *Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* » (2010), disponible en ligne : [www.coe.ucsf.edu/coe/news/whe\\_pdf/FB-AIU-Africa.pdf](http://www.coe.ucsf.edu/coe/news/whe_pdf/FB-AIU-Africa.pdf)
- 12 Voir note précédente.
- 13 Sources : site Internet de l'Ipas, [www.ipas.org](http://www.ipas.org) ; données récentes de l'OMS analysées dans Sedgh/Singh/Shah/Ahman/Henshaw/Bankole, « *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008* », The Lancet, janvier 2012.
- 14 *Stratégie de santé de l'Afrique de l'UA 2007-2015*, paragraphe 96.
- 15 Aide-mémoire N°348 de l'OMS, mai 2012. Disponible en ligne : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/index.html).
- 16 Voir la référence précédente ; voir également « *Most maternal deaths in Sub-Saharan Africa could be avoided* », disponible en ligne : [www.empowernewsmag.com/listings.php?article=1203](http://www.empowernewsmag.com/listings.php?article=1203)
- 17 Aide-mémoire No. 241 de l'OMS, février 2012, disponible en ligne : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html).
- 18 Voir Ahmed Okasha (2002), « *Mental Health in Africa; the role of the WPA* », in World Psychiatry, 2002 février; 1(1) : 32-35 ; Disponible en ligne : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489826](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489826)
- 19 Voir WHO Mental Health Atlas 2011, graphique 2.1.3, page 27 ; disponible en ligne

- [www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html).
- 20 Voir la note 18.
- 21 Voir également la note 18. Pour de plus amples informations sur le caractère limité des plans et établissements de soins de santé mentale en Afrique :  
WHO Mental Health Atlas 2011, voir la note 19.
- 22 Voir [www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/fr/index.html).  
De plus amples informations peuvent être trouvées dans l'étude de l'OMS, « *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement* », (2006).
- 23 Aide-mémoire de l'OMS No. 330, août 2009.
- 24 CADPH, Résolution 141 (2008) sur l'accès à la santé et aux médicaments essentiels.  
Disponible en ligne :  
[www.achpr.org/fr/sessions/44th/resolutions/141/](http://www.achpr.org/fr/sessions/44th/resolutions/141/).
- 25 CESC, Observation générale No. 14, Paragraphe 12 (a) et Listes modèles OMS des médicaments essentiels ([www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/index.html](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/index.html)).
- 26 Le déclaration de Libreville et des autres déclarations régionales de la OMS sont disponibles en ligne : [www.afro.who.int/en/regional-declarations.html](http://www.afro.who.int/en/regional-declarations.html)
- 27 Officiellement, on dit qu'une personne a le sida si elle a une ou plusieurs maladies parmi une liste de 20 infections opportunistes ou cancers connexes officiellement définis.
- 28 OMS, *Rapport de situation 2011 : la riposte mondiale au VIH/sida*, voir également [www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/regional\\_facts/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/regional_facts/fr/index.html) et [www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/global\\_facts/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/fr/index.html).
- 29 Voir [www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/cases\\_all/en/index.html](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all/en/index.html).
- 30 Voir note 28.
- 31 Voir la référence précédente ; pour des extraits du rapport de situation 2011, voir:  
[www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/hiv\\_report\\_summary\\_2011\\_fr.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/hiv_report_summary_2011_fr.pdf).
- 32 Amnesty International, [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org) ;  
et [www.aidslex.org/site\\_documents/CR-0104E.pdf](http://www.aidslex.org/site_documents/CR-0104E.pdf)
- 33 Afrol News 4 décembre 2010. Disponible en ligne : [www.afrol.com/articles/30641](http://www.afrol.com/articles/30641).
- 34 Mariya Karimjee, « *South Africa: Sexual violence affects 10 percent of men, study shows* », Global Post, 19 octobre 2011. Disponible en ligne:  
[www.globalpost.com/dispatch/news/regions/africa/south-africa/111019/south-africa-sexual-violence-men](http://www.globalpost.com/dispatch/news/regions/africa/south-africa/111019/south-africa-sexual-violence-men)  
et : Martin Shenkler, *The Violence Against Men That No One Wants to Talk About, Second Chance Africa*, 2011 Disponible en ligne :  
[secondchanceafrica.org/articles/the-violence-against-men-that-no-one-wants-to-talk-about](http://secondchanceafrica.org/articles/the-violence-against-men-that-no-one-wants-to-talk-about)
- 35 Krug et al. 2002; Mugawe & Powell, 2006.
- 36 Le questionnaire utilisé pour une enquête démographique et de santé en Afrique du Sud est consultable à l'adresse Internet suivante :  
[www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR206/FR206.pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR206/FR206.pdf).
- 37 Population Council [www.popcouncil.org/projects/301\\_TradLeadSGBVSouthAf.asp](http://www.popcouncil.org/projects/301_TradLeadSGBVSouthAf.asp).
- 38 [www.unicef.org/french/health/mali\\_52714.html](http://www.unicef.org/french/health/mali_52714.html).

Annexe 1 : Législations et normes internationales et régionales relatives aux droits humains

Annexe 2 : Sources et ressources documentaires sur le droit à la santé

Annexe 3 : ONG et OIG

Annexe 4 : Objectifs du Millénaire pour le développement et leur progression en Afrique

Annexe 5 : Modèle pour élaborer votre propre liste récapitulative



## Annexe 1 : Législations et normes internationales et régionales relatives aux droits humains

Cette annexe est un outil fournissant des citations sur le droit à la santé tirés de normes internationales et régionales relatives aux droits humains qui peuvent être utilisées dans les rapports ou les recommandations soumises aux gouvernements. Le fait de citer la législation nationale et des normes régionales ou internationales montre que les militants des droits humains sont informés des obligations incombant à l'État et cela accroît l'impact de leur travail.

Pour de plus amples informations sur l'utilisation des normes régionales et internationales, voir le Manuel de cette série, Partie I, Section 3.3. Pour des législations et normes internationales et régionales de droits humains relatives aux droits liés au droit à la santé, y compris le droit à un logement adéquat, à l'alimentation, à de l'eau salubre et à l'assainissement, veuillez vous référer aux fascicules pertinents de cette série.

### Comment utiliser ces tableaux

Regardez le thème examiné dans la colonne 1. La colonne 2 contient les articles pertinents. Il est préférable, lorsque cela est possible, de consulter l'intégralité des textes cités : des sites Internet sont fournis à cet effet.

Les citations sont tirées des traités et normes de droits humains suivants :

- Traités de droits humains
  - Charte africaine des droits de l'homme et des peuples :  
[www.achpr.org/files/instruments/achpr/achpr\\_instr\\_charter\\_fra.pdf](http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/achpr_instr_charter_fra.pdf)
  - Protocole à la Charte africaine relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole africain sur les femmes) :  
[old.achpr.org/francais/\\_info/women\\_fr.html](http://old.achpr.org/francais/_info/women_fr.html)
  - Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant :  
[www.achpr.org/files/instruments/child/achpr\\_instr\\_charterchild\\_fra.pdf](http://www.achpr.org/files/instruments/child/achpr_instr_charterchild_fra.pdf)
  - Charte africaine de la jeunesse :  
[www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/African\\_Youth\\_Charter\\_fr.pdf](http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/African_Youth_Charter_fr.pdf)
  - Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels :  
<http://www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm>
  - Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) :  
<http://www2.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>
  - Convention relative aux droits de l'enfant :

<http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>

- Convention relative aux droits des personnes handicapées :  
[www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413](http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413)
- Convention relative au statut des réfugiés :  
<http://www2.ohchr.org/french/law/refugies.htm>
- Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille : <http://www2.ohchr.org/french/law/cmw.htm>
  
- Normes, conseils et interprétations relatifs aux droits humains
  - Déclaration universelle des droits de l'homme :  
[www.un.org/fr/documents/udhr/](http://www.un.org/fr/documents/udhr/)
  - Observations générales du Comité des droits de l'homme et du Comité des droits économiques, sociaux et culturels :  
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
  - Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale :  
[www.un.org/french/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/46/119](http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/119)
  
- Décisions de programmes internationaux
  - Déclaration d'Alma-Ata : Principes relatifs aux soins de santé primaire
  - Objectifs du Millénaire pour le développement : [www.un.org/fr/millenniumgoals/](http://www.un.org/fr/millenniumgoals/)
  
- Programmes régionaux
  - Stratégie Africaine de la santé : 2007 à 2015, recherchez sur Internet pour le titre du document.
  - Protocole relatif à la santé de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) (entré en vigueur le 14 août 2004) :  
[www.sadc.int/index/browse/page/152](http://www.sadc.int/index/browse/page/152)
  - Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) : [www.au.int/pages/carmma](http://www.au.int/pages/carmma)

Tableau 5 : Le droit à la santé

<p><b>Droit à la santé</b></p>	<p><b>DUDH, Article 25</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.</li> <li>2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.</li> </ol> <p><b>CADHP, Article 16</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.</li> <li>2. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.</li> </ol> <p><b>PIDESC, Article 12</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;</li> <li>b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;</li> <li>c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies.</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>Droit à la santé des femmes</b></p>	<p><b>CEDAW, Article 12</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol> <p style="text-align: right;"><i>&gt; continuation</i></p>

**Droit à la santé des femmes**

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.

**Protocole relatif aux droits des femmes à la CADHP : Article 14, Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction**

1. Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :
  - a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ;
  - b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;
  - c) le libre choix des méthodes de contraception ;
  - d) le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ;
  - e) le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues ;
  - f) le droit à l'éducation sur la planification familiale.
2. Les États prennent toutes les mesures appropriées pour :
  - a) assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural ;
  - b) fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants ;
  - c) protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

**Article 2.2**

Les États s'engagent à modifier les schémas et modèles de comportement socioculturels de la femme et de l'homme par l'éducation du public par le biais des stratégies d'information, d'éducation et de communication, en vue de parvenir à l'élimination de toutes les pratiques culturelles et traditionnelles néfastes et de toutes autres pratiques fondées sur l'idée d'infériorité ou de supériorité de l'un ou l'autre sexe, ou sur les rôles stéréotypés de la femme et de l'homme.

**OMD 5 : Améliorer la santé maternelle**

Cible 5 1 : Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle

Cible 5 2 : Rendre l'accès à la médecine procréative universel



**Droit à la santé des enfants et des jeunes**

**Convention relative aux droits de l'enfant, Article 24**

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.
2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :
  - a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
  - b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
  - c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
  - d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
  - e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
  - f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.
3. Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

**CADBE : article 1.3**

Toute coutume, tradition, pratique culturelle ou religieuse incompatible avec les droits, devoirs et obligations énoncés dans la présente Charte doit être découragée dans la mesure de cette incompatibilité.

**CADBE : Article 14 : Santé et services médicaux**

1. Tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible.
2. Les États parties (...) s'engagent à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant les mesures aux fins ci-après :
  - a) Réduire la mortalité prénatale et infantile ;
  - b) Assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires ;

> *continuation*

### **Droit à la santé des enfants et des jeunes**

- c) Assurer la fourniture d'une alimentation adéquate et d'eau potable ;
- d) Lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires, moyennant l'application des techniques appropriées ;
- e) Dispenser des soins appropriés aux femmes enceintes et aux mères allaitantes ;
- f) Développer la prophylaxie et l'éducation ainsi que les services de planification familiale ;
- g) Intégrer les programmes de services de santé de base dans les plans de développement national ;
- h) Veiller à ce que tous les secteurs de la société, en particulier les parents, les dirigeants de communautés d'enfants et les agents communautaires soient informés et encouragés à utiliser les connaissances alimentaires en matières de santé et de nutrition de l'enfant : avantages de l'allaitement au sein, hygiène et hygiène du milieu et prévention des accidents domestiques et autres ;
- i) Associer activement les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les populations bénéficiaires à la planification et à la gestion des programmes de services de santé de base pour les enfants ;
- j) Soutenir, par des moyens techniques et financiers, la mobilisation des ressources des communautés locales en faveur du développement des soins de santé primaires pour les enfants.

#### **OMD 4 : Réduire la mortalité infantile**

Cible 1 : Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

#### **Charte africaine de la jeunesse, Article 16**

1. Tout jeune a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental, social et spirituel.
2. Les États Parties (...) s'engagent à poursuivre la pleine mise en œuvre de ce droit et prennent notamment les mesures visant à :
  - a) Fournir l'accès facile et équitable à l'assistance médicale et aux services de santé, notamment dans les zones rurales et urbaines pauvres, avec une attention particulière en faveur du développement des services de santé de base ;
  - b) Assurer la participation des jeunes dans l'identification de leurs besoins dans les domaines de la reproduction et de la santé, et de pourvoir à ces besoins avec une attention spéciale pour les jeunes marginalisés ou se trouvant en situation précaire ;
  - c) Garantir l'accès facile et équitable des jeunes aux services liés à la santé de la reproduction incluant les services relatifs à la contraception

> *continuation*

<p><b>Droit à la santé des enfants et des jeunes</b></p>	<p>et aux services avant et après l'accouchement ;</p> <p>d) Mettre en place des programmes spécifiques visant la lutte contre les pandémies telles que le VIH-SIDA, le paludisme et la tuberculose ; (...). La Charte contient d'autres dispositions relatives aux jeunes infectés par le VIH/Sida, à l'abus d'alcool, de tabac et de drogues, et au problème des mariages précoces.</p>
<p><b>Droit à la santé des personnes souffrant de handicaps</b></p>	<p><b>ICRP, Article 25</b></p> <p>Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées ;</p> <p>c) Fournissent ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ;</p> <p>d) Exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, (...);</p> <p>e) Interdisent dans le secteur des assurances la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir à des conditions équitables et raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie ;</p> <p>f) Empêchent tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap.</p>
<p><b>Droit à la santé des migrants</b></p>	<p><b>ICRMW, Article 28</b></p> <p>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'Etat 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. Voir également l'Observation générale n°30 du CERD et l'Observation générale n°14 du CESCR.</p> <p style="text-align: right;">&gt; <i>continuation</i></p>

<p><b>Accès aux médicaments essentiels</b></p>	<p><b>Résolution sur l'accès à la santé et aux médicaments essentiels en Afrique (CADHP/Res. 141 (XXXXVIII) 8)</b></p> <p>La Commission africaine (...)</p> <p>DEMANDE INSTAMMENT aux États de garantir l'accès sans restriction aux médicaments essentiels, notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>La disponibilité</i>, en quantités suffisantes, des médicaments essentiels, y compris des médicaments existants, et la mise au point de nouveaux médicaments essentiels pour garantir le niveau de santé le plus élevé qu'il soit possible d'atteindre ;</li> <li>2. <i>L'accessibilité</i> des médicaments essentiels pour tous, sans discrimination, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accessibilité physique des médicaments essentiels pour tous ;</li> <li>- L'accessibilité économique (prix abordables) des médicaments essentiels pour tous ;</li> <li>- L'accessibilité aux informations relatives à la disponibilité et à l'efficacité des médicaments ;</li> </ul> </li> <li>3. <i>L'acceptabilité</i> de l'approvisionnement en médicaments, dans le respect des normes culturelles et de l'éthique médicale ;</li> <li>4. <i>La qualité</i> des approvisionnements en médicaments, tout en veillant à ce que les médicaments disponibles soient sans danger, efficaces et médicalement adaptés ; (...).</li> </ol>
<p><b>Principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale</b></p>	<p><b>Principe 1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toute personne a droit aux meilleurs soins de santé mentale disponibles, dans le cadre du système de santé et de protection sociale.</li> <li>2. Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.</li> <li>3. Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle a le droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation économique, sexuelle ou autre, contre les mauvais traitements physiques ou autres et contre les traitements dégradants.</li> <li>4. Aucune discrimination fondée sur la maladie mentale n'est admise (...). Les mesures spéciales visant uniquement à protéger les droits des personnes atteintes de maladie mentale ou à améliorer leur état ne doivent pas être considérées comme ayant un caractère discriminatoire (...).</li> </ol>
<p><b>Obligation de rendre des comptes et voies de recours</b></p>	<p><b>Observation générale n°14 du CESCR</b> <b>Para. 59</b></p> <p>Tout personne ou groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale. Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir</p> <p style="text-align: right;">&gt; <i>continuation</i></p>

<p><b>Obligation de rendre des comptes et voies de recours</b></p>	<p>une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition. Sur le plan national, ce sont les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des malades ou d'autres institutions de cette nature qu'il faut saisir des atteintes au droit à la santé.</p> <p><b>Para. 60</b></p> <p>L'intégration à l'ordre juridique interne d'instruments internationaux consacrant le droit à la santé peut élargir sensiblement le champ d'application et renforcer l'efficacité des mesures de réparation et il faut donc encourager dans tous les cas ladite intégration. Celle-ci donne aux tribunaux la compétence voulue pour se prononcer sur les atteintes au droit à la santé, ou tout au moins sur ses obligations essentielles, en invoquant directement le Pacte.</p> <p><b>Para. 62</b></p> <p>Les États parties devraient respecter, protéger, faciliter et promouvoir le travail des défenseurs des droits de l'homme et autres membres de la société civile afin d'aider les groupes vulnérables ou marginalisés à réaliser leur droit à la santé.</p>
<p><b>Assistance et coopération internationales</b></p>	<p><b>PIDESC, Article 2(1)</b></p> <p>Chacun des Etats parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives.</p>
<p><b>Obligations fondamentales</b></p>	<p><b>Observation générale n°14 du CESCR, Para. 43</b></p> <p>(les) obligations fondamentales découlant de l'article 12 (du PIDESC) (incluent au minimum celles de) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) De garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ;</li> <li>b) D'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim ;</li> <li>c) D'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ;</li> <li>d) De fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels ;</li> <li>e) De veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ;</li> </ul> <p style="text-align: right;">&gt; continuation</p>

**Obligations fondamentales**

- f) D'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique (...).

**Para. 44 (obligations fondamentales additionnelles)**

- a) Offrir des soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatales) et infantile ;
- b) Vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses ;
- c) Prendre des mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques et endémiques ;
- d) Assurer une éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté, y compris des méthodes visant à les prévenir et à les maîtriser ;
- e) Assurer une formation appropriée au personnel de santé, notamment sur le droit à la santé et les droits de l'homme.

Tableau 6 : Programmes internationaux relatifs au droit à la santé

<p><b>Déclarati- on d'Alma- Ata</b></p>	<p><b>Principes relatifs aux soins de santé primaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équité (distribution égale selon les besoins) ;</li> <li>• Participation communautaire;</li> <li>• Implication de tous les ministères gouvernementaux et autres acteurs (approche « multisectorielle ») ;</li> <li>• Planification efficace ;</li> <li>• Systèmes intégrés d'orientation (systèmes permettant de référer des patients vers d'autres secteurs du système de santé afin qu'ils bénéficient de soins appropriés) ;</li> <li>• Promotion de l'information sur la santé et de conditions de vie salubres ;</li> <li>• Médecins, infirmières et autres personnels de santé formés de manière adéquate ;</li> <li>• Coopération internationale.</li> </ul> <p>Actions relatives à la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation à la santé ;</li> <li>• Amélioration de la fourniture de nourriture et d'une nutrition adéquate ;</li> <li>• Fourniture d'eau salubre et de services d'assainissement adéquats ;</li> <li>• Soins de santé maternels et infantiles, y compris planification familiale ;</li> <li>• Immunisation contre les maladies infectieuses graves ;</li> <li>• Traitement adéquat pour les maladies et blessures courantes ;</li> <li>• Fourniture de médicaments essentiels.</li> </ul> <p>En outre, les gouvernements, y compris ceux disposant de ressources très limitées, doivent prendre des mesures en vue de la réalisation du droit à la santé et élaborer des politiques en matière de santé qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantissent les droits à l'égalité et à la non-discrimination, à l'information et à la vie privée ;</li> <li>• Fournissent des services minimum essentiels en matière de santé ;</li> <li>• Mettent en place des systèmes efficaces de recueil et de transmission de l'information et effectuent des travaux de recherche en matière de santé ;</li> <li>• Autorisent et encouragent la participation des personnes affectées aux politiques en matière de santé ;</li> <li>• Respectent les différences culturelles ;</li> <li>• Incluent des systèmes de mise en œuvre de l'obligation de rendre des comptes accessibles, transparents et efficaces.</li> </ul>
---	---



## Annexe 2. Sources et ressources documentaires sur le droit à la santé

Organisation	Ressources documentaires	Où les trouver
Département du droit à la santé, Université d'Essex, Royaume-Uni	Fiches et notes d'information et rapports du Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé (2002-2008).	<a href="http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/reports.aspx">www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/reports.aspx</a>
Haut-Commissariat aux droits de l'homme de l'ONU	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiche d'information n°31 ;</li> <li>Divers rapports sur le droit à la santé et d'autres droits humains.</li> </ul>	<a href="http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf">www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf</a> <a href="http://www.ohchr.org/FR/">www.ohchr.org/FR/</a>
Lawyers Collective	Rapports et informations relatives au travail du Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé	<a href="http://www.lawyerscollective.org/">www.lawyerscollective.org/</a>
Physicians for human rights	Rapports sur différents aspects de la santé et des droits humains. Boîtes à outils : utiliser le moteur de recherche.	<a href="http://www.physiciansforhumanrights.org">www.physiciansforhumanrights.org</a>
Université Columbia	Ressources sur la santé maternelle.	<a href="http://www.amddprogram.org/d">www.amddprogram.org/d</a>
Centre pour les droits reproductifs	Ressources sur les droits reproductifs.	<a href="http://reproductiverights.org/fr">reproductiverights.org/fr</a>
François Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Université Harvard	Ressources sur la santé et les droits humains	<a href="http://www.harvardfxbcenter.org/">www.harvardfxbcenter.org/</a>
Fundar	Ressources sur l'analyse budgétaire	<a href="http://www.fundar.org.mx">www.fundar.org.mx</a>
Commission économique pour l'Afrique	<i>Promoting Gender Equality and Women's Empowerment in Africa: Questioning the Achievements and Confronting the Challenges Ten Years After Beijing, Commission économique pour l'Afrique, 2005</i>	<a href="http://www.uneca.org/acgd/Publications/Gender_Equality.pdf">www.uneca.org/acgd/Publications/Gender_Equality.pdf</a> > continuation



Organisation	Ressources documentaires	Où les trouver
International Federation of Health and Human Rights Organisations	Fiches et notes d'informations sur la santé et les droits humains, IFHHRO/Huridocs : <i>The Right to Health : A Resource Manual for NGOs.</i>	<a href="http://www.ifhhro.org/">www.ifhhro.org/</a> <a href="http://www.huridocs.org">www.huridocs.org</a>
Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA)	Ressources sur la santé sexuelle et de la reproduction.	<a href="http://web.unfpa.org/french/about/index.htm">web.unfpa.org/french/about/index.htm</a>
Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA)	Ressources sur le VIH/Sida.	<a href="http://www.unaids.org/fr/">www.unaids.org/fr/</a>
Organisation mondiale de la santé	Ressources sur la santé	<a href="http://www.who.int/fr/">www.who.int/fr/</a>
International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights	Ressources sur la santé maternelle	<a href="http://righttomaternalhealth.org/">righttomaternalhealth.org/</a>
Men Care	MenCare – A Global Fatherhood Campaign, coordonnée par Promundo, Sonke et la MenEngage Alliance, afin de promouvoir l'implication des hommes en tant que pères et chefs de famille.	<a href="http://www.men-care.org">www.men-care.org</a>
MenEngage Alliance	MenEngage est une alliance globale d'ONG et d'agences de l'ONU qui vise à impliquer les garçons et les hommes afin qu'ils contribuent à atteindre une plus grande égalité entre les genres.	<a href="http://www.men-care.org">www.men-care.org</a>
White Ribbon Alliance for Safe Motherhood	La White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA) est une organisation non-gouvernementale non partisane, à but non lucratif, et composée de membres dont l'objectif est de réduire la mortalité maternelle et des nouveaux-nés dans le monde entier.	<a href="http://www.whiteribbonalliance.org">www.whiteribbonalliance.org</a>
The White Ribbon Campaign	Campagne organisée par des hommes pour mettre fin à la violence faite aux femmes.	<a href="http://www.whiteribbon.ca/francais/">www.whiteribbon.ca/francais/</a>  > continuation

Organisation	Ressources documentaires	Où les trouver
Dîtes NON – Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes	Plate-forme de mobilisation globale. Dites NON recueille des informations sur toutes les actions menées par des individus, organisations et gouvernements dans le monde entier pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes.	<a href="http://saynotoviolence.org/fr">saynotoviolence.org/fr</a>
Tous UNIS pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes	La campagne Tous UNIS pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes vise à prévenir et éradiquer la violence à l'égard des femmes et des jeunes filles dans le monde entier.	<a href="http://www.un.org/fr/women/endviolence/">www.un.org/fr/women/endviolence/</a>
Women Deliver	<i>Women Deliver</i> est une organisation de plaidoyer internationale rassemblant des voix du monde entier pour appeler à agir contre la mortalité maternelle.	<a href="http://www.womendeliver.org/">www.womendeliver.org/</a>
CIPD – Programme d'Action (Conférence internationale sur la population et le développement)	Les Nations unies ont coordonné une Conférence internationale sur la population et le développement au Caire, en Égypte, en 1994. Le Programme d'action adopté à sa suite est le document directeur du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). 197 pays ont atteint un consensus sur les quatre objectifs qualitatifs et quantitatifs suivants à atteindre d'ici à 2014 : éducation universelle ; réduction de la mortalité du nouveau-né et infantile ; réduction de la mortalité maternelle ; accès à des soins de santé de la reproduction et sexuelle, y compris la planification familiale.	<a href="http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.fre.html">www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.fre.html</a>
Plan d'action de Maputo	Ce document promeut l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique.	<a href="http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_fre.pdf">www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_fre.pdf</a>  > continuation

Organisation	Ressources documentaires	Où les trouver
Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction	Le Cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction a été adopté par les ministres africains de la Santé lors de la Deuxième conférence des ministres de la Santé de l'Union africaine qui s'est tenue à Gaborone, Botswana, en octobre 2005, et a été approuvé par le Sommet des Chefs d'État et de gouvernement africains à Khartoum, Soudan en janvier 2006.	<a href="http://au.int/pages/sites/default/files/SRHR%20French_0.pdf">au.int/pages/sites/default/files/SRHR%20French_0.pdf</a>
CARMMA	La Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) est une initiative de la Commission de l'Union africaine (CUA) et de l'UNFPA pour accélérer la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo pour la réduction de la mortalité maternelle dans la région de l'Afrique. Plusieurs agences de l'ONU, bailleurs de fonds bilatéraux et la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) soutiennent la CARMMA aux niveaux national, régional et international.	<a href="http://www.au.int/pages/carmma">www.au.int/pages/carmma</a>
Amnesty International	Faire des droits sexuels et reproductifs une réalité ; Un cadre fondé sur les droits humains.	<a href="http://www.amnesty.org/fr/library/info/ACT35/006/2012/en">www.amnesty.org/fr/library/info/ACT35/006/2012/en</a>



## Annexe 3 : ONG et OIG

Nom de l'organisation	Description et contact
Action Group for Health, Human Rights, and HIV/AIDS (AGHA)	HIV/Sida et droits humains Plot 69 Kanjokya Street PO Box 24667 Kampala, Ouganda Tél. : +256414348491
Africa Public Health Rights Alliance et Campagne « 15% Now! »	Bureau en Afrique : 17-19 Allen Avenue P.O Box 197 Ikeja Lagos, Nigéria Tél/Fax : +234 1 8197344 E-mail : <a href="mailto:africapublichealth@googlemail.com">africapublichealth@googlemail.com</a> Président honorifique : Archevêque Desmond Tutu, Lauréat du prix Nobel de la paix de 1984
Africa Recruit Migration of health workers	Commonwealth Business Council 18 Pall Mall Londres SW1Y 5LU Royaume-Uni Tél. : +442070248270
Catholics for Choice (CFC)	Catholics for Choice a été créée en 1973 pour servir de plate-forme d'expression pour les Catholiques ayant la conviction que la tradition catholique soutient le droit moral et légal des femmes de suivre leur propre conscience sur les questions relatives à la santé sexuelle et de la reproduction. Catholics for Choice produit une large série de publications sur le droit catholique, les soins de santé catholiques et l'opinion publique catholique. Catholics for Choice 1436 U Street NW, Suite 301 Washington, DC 20009-3997 USA Bureau : +1 (202) 986-6093 Fax : +1 (202) 332-7995 Site Internet : <a href="http://www.catholicsforchoice.org">www.catholicsforchoice.org</a>

> continuation

Nom de l'organisation	Description et contact
Centre for Human Rights Université de Pretoria	Human Rights Centre Centre for Human Rights, Faculty of Law University of Pretoria Pretoria 0002 Afrique du Sud Tél. : +27124202374
Family Care International	Première organisation internationale dédiée à la santé maternelle et visant à rendre la grossesse et l'accouchement plus sûrs dans le monde entier. Family Care International 588 Broadway, Suite 503 New York, NY 10012, USA Tél. : +1 (212) 941-5300 Fax : +1 (212) 941-5563 E-mail : <a href="mailto:contact@familycareintl.org">contact@familycareintl.org</a> Site Internet : <a href="http://www.familycareintl.org/fr/home">www.familycareintl.org/fr/home</a>
Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)	Fournisseur de services dans le monde entier et défenseur de premier plan de la santé et des droits sexuels et de la reproduction pour tous. Dispose d'un siège à Londres et de bureaux régionaux. IPPF Central Office 4 Newhams Row, Londres Royaume-Uni SE1 3UZ Tél. : +44 (0)20 7939 8200 Fax : +44 (0)20 7939 8300 E-mail : <a href="mailto:info@ippf.org">info@ippf.org</a> Site Internet : <a href="http://www.ippf.org">www.ippf.org</a>
Fondation MacArthur Funder	Institut œuvrant à faire progresser la santé sexuelle et de la reproduction par le biais de la recherche, de l'analyse politique et de l'éducation de la population. Site Internet : <a href="http://www.guttmacher.org">www.guttmacher.org</a>
Health Action International-Africa	Accès aux médicaments et autres questions de santé. PO Box 66054-00800 Nairobi, Kenya Tél. : 254-0203860434-6
Independent Medico-Legal Unit (IMLU)	Questions relatives à la torture et à la santé. David Osieli Rd, Off Old Waiyaki Way, Westlands, Nairobi, Kenya Tél. : 254-020-4456048

> continuation

Nom de l'organisation	Description et contact
The International Confederation of Midwives (ICM)	Soutient, conseille et renforce les associations d'accoucheurs(euses) qualifié(e)s dans le monde entier. À l'heure actuelle, 108 associations nationales d'accoucheurs(euses) qualifié(e)s sont membres d'ICM, représentant 98 pays dans tous les continents. Site Internet : <a href="http://www.internationalmidwives.org">www.internationalmidwives.org</a>
International Federation of Health and Human Rights Organisations (IFHHRO)	Travaille principalement sur et avec les professionnels de santé. Site Internet : <a href="http://www.ifhhro.org">www.ifhhro.org</a>
International Women's Health Coalition (IWHC)	IWHC mène des actions au niveau mondial et local pour favoriser le droit de toutes les femmes à une vie juste et en bonne santé. 333 Seventh Avenue, 6th floor New York, NY 10001 USA Tél. : +1 (212) 979-8500 Fax : +1 (212) 979-9009 Site Internet : <a href="http://www.iwhc.org">www.iwhc.org</a>
International Planned Parenthood Federation Africa Region (IPPFAR).	Une des principales organisations non-gouvernementales (ONG) africaines travaillant sur la santé et les droits de la reproduction, disposant d'un réseau d'associations membres dans 44 pays en Afrique Sub-Saharienne. IPPF Africa Region Madison Insurance House Upper Hill Road/Ngong Road PO BOX 30234 Nairobi 100, Kenya Tél. : +254 (20) 2720 280 or (20) 2720 281 ou (20) 2720 282 Fax: +254 (20) 2714 968 E-mail : <a href="mailto:info@ippfar.org">info@ippfar.org</a> Site Internet : <a href="http://www.ippfar.org">www.ippfar.org</a>
IPAS	Fondée en 1973, Ipas est une organisation non-gouvernementale internationale consacrée à la prévention des décès et handicaps évitables dus aux avortements pratiqués dans de conditions dangereuses. Par le biais de partenariats locaux, nationaux et internationaux, Ipas vise à faire en sorte que les femmes aient accès à des soins pour l'avortement sûrs, respectueux et complets, y compris des conseils et des moyens de contraception pour prévenir des grossesses futures non désirées.  <p style="text-align: right;">&gt; continuation</p>

Nom de l'organisation	Description et contact
	<p>P.O. Box 9990                      Chapel Hill, NC 27515 USA                      Tél. : +1 (919) 967-7052 ou +1 (800)334-8446 (appel sans-frais aux E.-U.)                      Fax : +1 (919) 929-0258                      E-mail : <a href="mailto:info@ipas.org">info@ipas.org</a>                      Site Internet : <a href="http://www.ipas.org">www.ipas.org</a></p>
Physicians for Human Rights-USA	<p>Physicians for Human Rights - USA                      Health and human rights                      2 Arrow Street, Suite 301                      Cambridge, MA 02138 USA                      Tél. : +1 (617) 301-4200</p>
Population Action International (PAI)	<p>Population Action International mène un plaidoyer pour que les femmes et les familles aient accès à des moyens de contraception afin d'améliorer leur état de santé, réduire la pauvreté et protéger leur environnement. PAI publie des rapports et matériaux de recherche intéressants qui peuvent être utilisés par des organisations travaillant dans le monde entier. En outre, PAI soutient les activités de plaidoyer d'organisations locales dans les pays en développement.</p> <p>Population Action International                      1300 19th street, NW suite 200                      Washington DC 20036-1624 USA                      Tél. : +1 (202) 557-3400                      Fax: +1 (202) 728-4177                      Site Internet : <a href="http://www.populationaction.org">www.populationaction.org</a></p>
Project Concern International	<p>Prévention des maladies, amélioration de l'état de santé des populations et développement durable.                      No. 9/B Chitemwiko Close, Kabulonga                      Box 32320                      Lusaka, Zambie                      Tél: 00-260-211-266-232/ 264-579 / 265-868</p>
Promundo	<p>ONG basée au Brésil œuvrant aux niveaux local, national et international à la promotion de l'égalité entre les genres et à la réduction de la violence à l'égard des femmes, des enfants et des jeunes.</p> <p>Rua México, 31 / 1502 - Centro                      Rio de Janeiro - RJ - Brésil                      Cep. 20031-904                      Tél. /Fax: +55 (21) 2215-5216                      Site Internet : <a href="http://www.promundo.org.br">www.promundo.org.br</a></p>

> continuation

Nom de l'organisation	Description et contact
Regional Focal Point Africa	<p>C/o AGHA Uganda            PO Box 24667            Kampala, Ouganda            Tél. : +256 41 348491            E-mail: ifhhro@aghauganda.org</p>
Rutgers WPF	<p>Centre d'expertise sur la santé et les droits sexuels et de la reproduction. Ses activités sont principalement mises en œuvre aux Pays-Bas, en Afrique et en Asie. Son objectif est d'améliorer la santé et les droits sexuels et de la reproduction dans le monde entier. Rutgers WPF soutient le travail d'organisations et de professionnels partenaires, en améliorant leur expertise sur la sexualité.</p> <p>Oudenoord 176-178, 3513 EV Utrecht, Pays-Bas            Tél. : +31 (30) 2313431            Site Internet : <a href="http://www.rutgerswfp.org">www.rutgerswfp.org</a></p>
Save Congo Health and human rights	<p>07 avenue des figuiers            Bel air - Kampemba            Lubumbashi, Katanga            République démocratique du Congo            Tél. : ( 243) 998 352 973</p>
South African Medical Association	<p>Association médicale nationale            PO Box 74789            Lynnwood Ridge 00400            Block F Castle Walk Corporate Park            Pretoria 0153 Afrique du Sud            Tél.: 0027-124812044</p>
Sonke Gender Justice Network	<p>ONG basée en Afrique du Sud qui mène des projets sur tout le continent africain pour renforcer les capacités des gouvernements, de la société civile et des citoyens afin d'encourager les hommes et les garçons à agir en faveur de l'égalité entre les genres, à prévenir les violences domestiques et sexuelles et à réduire la propagation et l'impact du VIH et du Sida.</p> <p>Site Internet: <a href="http://www.genderjustice.org.za/">www.genderjustice.org.za/</a></p>
Zimbabwe Association of Doctors for Human Rights (ZADHR)	<p>Médecins zimbabwéens travaillant sur la santé et les droits humains            6th Floor, Beverly Court, 100 Nelson Mandela Ave            Harare, Zimbabwe            Tél.: +263-(0)4-708118, 251468, 705370, (0)912-260380</p>





## Annexe 4. Objectifs du Millénaire pour le développement et leur progrès en Afrique

En 2000, les dirigeants du monde entier se sont accordés pour lutter contre la pauvreté avec une détermination renouvelée et, en 2001, ils ont formulé huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) devant être atteints d'ici à 2015. Les cibles relatives à la santé figurent principalement dans les Objectifs 4, 5 et 6, mais tous les autres objectifs concernent le droit à la santé.

### Objectifs du Millénaire pour le développement



**Objectif 1** : Réduire l'extrême pauvreté et la faim (notamment réduire l'insuffisance pondérale chez les enfants)



**Objectif 2** : Assurer l'éducation primaire pour tous (l'éducation des filles favorise également à terme une baisse des taux de fertilité et de la mortalité maternelle).



**Objectif 3** : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (cela permet, à long terme de réduire les taux de fertilité et de mortalité maternelle, et à un meilleur état de santé).



**Objectif 4** : Réduire la mortalité infantile.



**Objectif 5** : Améliorer la santé maternelle (depuis le Sommet mondial de 2005 sur les OMD, cet objectif est formulé de la manière suivante : « Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 ». Ce résultat est important pour atteindre d'autres objectifs).



**Objectif 6** : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies.



**Objectif 7** : Préserver l'environnement (notamment de l'eau potable sûre).



**Objectif 8** : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (notamment pour assurer le caractère abordable des médicaments).

Les huit OMD se décomposent en **21 cibles quantifiables** qui sont mesurées à l'aide de **60 indicateurs**.

Les OMD portent sur des « interventions à impact rapide », afin d'obtenir des avancées réelles et atteindre les objectifs fixés pour 2015. La majeure partie du budget a été allouée à des interventions à impact rapide, impliquant l'emploi de technologies rentables, par exemple des médicaments peu coûteux et abordables comme le traitement antirétroviral pour les personnes atteintes du VIH/Sida, et des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme. Par conséquent, l'OMD 6 a fait, relativement parlant, l'objet d'une plus grande attention : 6,6 millions d'individus reçoivent un traitement antirétroviral et le taux de paludisme a été réduit de 50% dans les pays d'Afrique sub-saharienne.

Les résultats atteints pour l'Objectif 5 ont, à ce jour, été les plus faibles. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de disposer d'un système de santé efficace fournissant une aide qualifiée lors de l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence. Le manque de personnel qualifié, et, par conséquent, le fonctionnement peu ou pas efficace des systèmes de santé, empêchent les avancées. L'universalisation de l'accès aux méthodes de planification familiale peut potentiellement permettre d'obtenir des impacts rapides, mais les budgets qui y sont alloués ont décliné depuis 2000, par rapport aux investissements consacrés à l'OMD 6. Les initiatives portant sur l'OMD 5 sont fragmentées et cet objectif ne pourra pas être atteint tant que l'on n'accordera pas davantage d'attention aux OMD 2 et 3.

Les OMD ont contribué à améliorer le recueil de données et à rendre les avancées obtenues (ou le manque d'avancées) davantage visibles. Cette information peut être utilisée pour mener un plaidoyer et une mobilisation politique efficaces. Si ces cibles globales peuvent ne pas être adaptées à la situation de chaque pays, la plupart des pays ont connu des avancées. Cependant, à un niveau désagrégé (par genre, région, ou distribution des revenus), il reste encore des disparités importantes. Par exemple, au Kenya, l'accès aux moyens de contraception a été multiplié par quatre entre 2000 et 2001, alors que pour le quintile (cinquième) socio-économique le plus bas de la population, cet accès a décliné. Cet exemple montre que les données ventilées sont essentielles pour mener un plaidoyer et une mobilisation politique efficaces.

Basé sur l'article « *Sub Saharan Africa and the MDGs : the need to move beyond the 'quick impact model'* », publié In *Reproductive Health matters*, Vol. 19, Numéro 38, novembre 2011, pp. 42-55.



## Annexe 5 : Modèle pour élaborer votre propre liste récapitulative

Ce fascicule comprend deux Listes récapitulatives : la première pour surveiller les installations, biens et services de santé et la seconde pour surveiller les déterminants fondamentaux de la santé. Les Sections 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 et 3.8 fournissent une base pour élaborer d'autres listes récapitulatives.

Les lecteurs souhaitant élaborer des listes récapitulatives s'appliquant à d'autres situations peuvent utiliser ce modèle pour les préparer. Les listes récapitulatives de ce fascicule et d'autres fascicules de la série sur des droits connexes peuvent servir d'exemples, et certains éléments de ces listes peuvent, le cas échéant, être inclus dans une nouvelle liste récapitulative.



### Objectifs :

---

Fixer des objectifs clairs :

- Identifier le problème
- En collaboration avec la communauté, réfléchir sur le problème identifié et fixer deux ou trois objectifs pour les recherches à mener, afin d'identifier des actions pour lutter contre le problème. Par exemple, si le problème porte sur le fait que les jeunes gens n'ont pas accès à des services de santé de la reproduction, il sera nécessaire de déterminer si ces services sont disponibles, accessibles, acceptables, abordables et de bonne qualité. La seconde tâche consistera à enquêter sur les obstacles empêchant l'accès à ces services.



### Tâches :

---

Identifier les tâches à mener. Celles-ci devraient inclure :

#### 1. Recherche participative sur les besoins en matière de soins de santé au sein de la communauté

Cela implique, notamment, de :

- Déterminer ce qui est prévu par les législations nationales et locales ;

- Identifier les parties prenantes dont les points de vue et expériences peuvent apporter des informations utiles (noter que les informations relatives à des individus doivent être traitées de manière confidentielle) ;
- Mener des entretiens ou enquêtes auprès du groupe cible pour déterminer leurs besoins ou problèmes. Prendre en compte les besoins des différents membres du groupe cible – jeunes filles, jeunes hommes, personnes souffrant de handicaps, etc. ;
- Mener des entretiens auprès d'autres parties prenantes concernées ;
- Cartographier le problème : y a-t-il certains groupes, sous-groupes, zones géographiques ou systèmes coutumiers au sein desquels le problème est plus important ?

Des conseils relatifs à ces tâches sont fournis dans le Manuel de cette série, Partie II, Sections : 3, 4, 5, 6.5 et 6.6.

## **2. Surveiller la situation à la lumière des obligations du gouvernement relatives à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des biens, services et installations de santé.**

- Identifier les centres et services pertinents pour le problème ;
- Identifier les individus ou institutions (par exemple à partir des sites Internet gouvernementaux ou d'ONG) pouvant fournir des informations ;
- S'assurer que toutes les personnes chargées de la surveillance comprennent ce qu'il faut rechercher pour mesurer l'accessibilité, l'acceptabilité, etc. ;
- Évaluer les centres et services par rapport à leur accessibilité, disponibilité, etc. ;
- Effectuer toutes les observations nécessaires, par exemple en se rendant dans certains centres.

## **3. Analyser les résultats et agir**

- Voir le Manuel de cette série, Partie II, Sections 1-3 ;
- Utiliser le Cadre de planification dans le Manuel de cette série, Annexe 1 ;
- Identifier les actions à mener pour lutter contre le problème ;
- Mettre en œuvre ces actions.