



Assemblée générale

Distr. générale
16 juillet 2021
Français
Original : anglais

Soixante-seizième session

Point 75 b) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion et protection des droits humains : questions relatives aux droits humains, y compris les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif des droits humains et des libertés fondamentales

Droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, présenté conformément aux résolutions 6/29 et [42/16](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/76/150](#).



Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng

Droits en matière de santé sexuelle et procréative : défis et possibilités pendant la pandémie de COVID-19

Résumé

Dans son premier rapport à l'Assemblée générale, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, se concentre sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative et sur les possibilités et défis qui se présentent pendant la pandémie de COVID-19. Adoptant le point de vue selon lequel l'oppression patriarcale est universelle et à l'origine de la sexualité et du contrôle du corps des femmes, elle examine l'incidence historique multiforme du colonialisme sur ces droits. Elle fait part de ses réflexions sur l'importance des déterminants sous-jacents et sociaux de la santé et de l'égalité réelle pour la réalisation des droits sexuels et procréatifs, et précise la nature du cadre juridique qui reconnaît ces droits, en mettant l'accent sur le droit à la santé sexuelle et procréative en tant que partie intégrante du droit à la santé.

La Rapporteuse spéciale démontre comment la pandémie de COVID-19 a encore contrarié la réalisation des droits sexuels et procréatifs des femmes, des adolescentes, des jeunes filles et de toutes les personnes capables de devenir enceintes. Dans un cadre d'intersectionnalité, elle examine l'incidence des textes législatifs et des stratégies, des services et du financement des services de santé maternelle, néonatale et infantile, de la planification familiale et de la contraception, de la santé sexuelle et procréative des adolescents, du soutien global aux survivants de violences sexuelles et sexistes, du VIH/sida et des cancers de l'appareil reproducteur. Elle recense les importantes possibilités positives qu'offre la santé numérique si le fossé numérique mondial et entre les sexes est comblé. La Rapporteuse spéciale réaffirme les principes essentiels de non-discrimination, d'égalité et de respect de la vie privée.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction : les droits en matière de santé sexuelle et reproductive considérés à travers le prisme du colonialisme et de son héritage vivant	3
II. Déterminants sociaux de la santé sous-jacents et égalité réelle	6
III. Méthodologie	9
IV. Cadre juridique	9
V. Droit à la santé sexuelle et procréative : défis et opportunités pendant la pandémie de COVID-19	12
A. Services de santé maternelle, néonatale et infantile	12
B. Planification familiale, contraception, y compris contraception d'urgence, et avortement	15
C. Santé sexuelle et procréative des adolescents	18
D. Soutien global aux survivants de la violence sexuelle et sexiste, quel que soit leur sexe : prévention et réponse	20
E. VIH/sida	21
F. Maladies négligées : cancers de l'appareil reproducteur	23
G. Innovations et interventions numériques : possibilités et risques	23
H. Financement de la santé, soutien mondial et action philanthropique en faveur des droits en matière de santé sexuelle et procréative	25
VI. Conclusions et recommandations	27

I. Introduction : les droits en matière de santé sexuelle et reproductive considérés à travers le prisme du colonialisme et de son héritage vivant

1. Le contrôle de la sexualité et, en particulier, de la sexualité des femmes trouve son origine dans le patriarcat. L'oppression patriarcale n'est pas spécifique à un pays ou à une région : elle est universelle. Elle a imprégné toutes les sociétés du monde entier et son effet a été dévastateur. Le colonialisme a perpétué le contrôle et l'oppression patriarcales des sociétés et le contrôle de la sexualité¹. Les corps des femmes, des filles et des personnes de genre différent sont depuis longtemps soumis à la discrimination, à la violence et à l'oppression, et les actes de violation des droits de l'homme dont ils font l'objet se poursuivent sans relâche. Comme indiqué dans le premier rapport thématique, qui présente les priorités stratégiques et a été rédigé par la Rapporteuse spéciale sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, le droit à la santé sexuelle et procréative fait partie intégrante du droit à la santé². De nombreux obstacles se dressent entre les individus et la jouissance de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. Ces obstacles sont interdépendants et profondément ancrés, et se rencontrent à différents niveaux : dans les soins cliniques, au niveau des systèmes de santé et dans le contexte des déterminants sous-jacents de la santé. Les principes clés qui façonnent les droits de l'homme, en particulier la non-discrimination, l'égalité et le respect de la vie privée, ainsi que l'intégrité, l'autonomie, la dignité et le bien-être des individus, notamment en ce qui concerne les droits en matière de santé sexuelle et procréative, font partie intégrante de la réalisation du droit à la santé.

2. Les effets historiques du colonialisme sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative sont multiformes. D'une manière générale, les régimes coloniaux ont considéré la reproduction principalement en termes instrumentaux, la promouvant lorsqu'elle était jugée utile pour la réalisation d'objectifs économiques ou politiques, et la décourageant lorsqu'elle était jugée indésirable. Les programmes de santé maternelle créés par les puissances coloniales européennes en Afrique et dans les Caraïbes au début du XX^e siècle, par exemple, étaient largement motivés par la perception d'une pénurie de main-d'œuvre au cours d'une période où cette dernière était nécessaire pour exploiter les plantations et faire fonctionner les industries d'exportation³. Les régimes coloniaux et postcoloniaux ainsi que de nombreuses organisations internationales se sont ensuite mis à décourager la reproduction et à promouvoir la planification familiale au milieu du XX^e siècle, lorsque les familles moins nombreuses ont été jugées plus propices au développement économique national et à la sécurité mondiale⁴. Les liens entre la fécondité, la taille des familles

¹ A/HRC/29/40, par. 13 et 14.

² A/HRC/47/28, par. 65.

³ Lynn M. Thomas, *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya* (Berkeley, California, University of California Press, 2003); Juanita De Barros, *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery* (Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press, 2014).

⁴ Rickie Solinger et Mie Nakachi, coordonnateurs de publication, *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy* (Oxford, Oxford University Press, 2016); Betsy Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control* (Boston, Massachusetts, South End Press, 1995); Matthew Connelly, *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population* (Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press, 2008); Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley, California, University of California Press, 2003); Susanne Klausen, *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910-39* (Basingstoke, United Kingdom, Palgrave Macmillan, 2004); Sanjam Ahluwalia, *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877-1947* (Urbana, Illinois, University of Illinois Press, 2008);

et le développement social et économique au sens large ont continué à être l'objet de controverses, leur importance étant encore renforcée par le regain de popularité des arguments en faveur du contrôle de la population dans le contexte du changement climatique⁵. À une époque où le changement climatique suscite beaucoup d'attention, il convient de noter que ces arguments décidément tenaces finissent par être évoqués dans les débats sur la situation sociale et les grandes options stratégiques, et qu'ils sont utilisés pour imputer la destruction de l'environnement à la reproduction des populations pauvres et autochtones et aux personnes d'origine africaine. Une approche décoloniale consisterait à rejeter catégoriquement les termes instrumentalistes susceptibles d'avoir cours dans ce débat et à réclamer le plein accès à des services de santé sexuelle et procréative en tant que droit humain fondamental en soi et allant de soi, plutôt que comme un moyen d'atteindre une fin déterminée par les priorités de l'État.

3. Le colonialisme et ses effets sur les lois et les politiques font également ressortir l'importance des événements brutaux qui ont jalonné l'histoire du contrôle de la fécondité, fondé sur l'application d'une notion d'eugénisme, en vertu duquel les femmes noires pauvres et celles qui appartenaient à des groupes ethniques marginalisés du sud, de même que les populations autochtones du nord⁶, ont été ciblées sous prétexte d'empêcher le « surpeuplement ». Les arguments servant de base à cette notion, qui est encore invoquée de nos jours, sont ancrés dans le racisme et les préjugés de classe, ainsi qu'on peut facilement le constater en se reportant à la notion de « reproduction stratifiée », expression proposée par Shellee Colen⁷.

4. S'appuyant sur la notion de reproduction stratifiée, des instances précises encouragent ou forcent certaines populations à se reproduire, tandis que d'autres sont systématiquement découragées de le faire. La tendance de divers États à encourager des taux de fécondité élevés parmi les populations « désirées » se manifeste par la mise en œuvre de politiques pronatalistes destinées à assurer la vigueur nationale, la croissance économique et une protection contre les agressions extérieures, ainsi que pour préserver une « identité nationale »⁸. La capacité d'une personne à déterminer elle-même ses choix en matière de procréation est inégalement répartie selon la race, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, les caractéristiques sexuelles, le sexe, la classe et le statut socioéconomique. La notion de reproduction stratifiée s'applique en outre à des aspects autres que ceux liés à la reproduction, pour englober la conception, la contraception, les soins médicaux prénatals, la garde des enfants et le rôle des mères dans la vie de leur enfant. La façon dont les femmes s'accrochent de ces paramètres de la santé sexuelle et procréative dépend des combinaisons de privilèges et de mesures oppressives caractérisant leur situation, et notamment de la position qu'elles occupent vis-à-vis de leur partenaire. Énoncées dans le contexte de la cible 5.6 de l'objectif de développement durable n° 5, les conclusions du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) relatives au cadre juridique et réglementaire applicable aux droits en matière de santé sexuelle et procréative et aux décisions à prendre par les femmes quand il s'agit de procréation, montrent qu'au début 2020, dans 57 pays, un quart des femmes n'étaient pas en mesure de prendre

et Nicole Bourbonnais, *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930-1970* (New York, Cambridge University Press, 2016).

⁵ Voir la section thématique intitulée « Populationism », dans *Gender, Place and Culture*, vol. 27, n° 3 (mars 2020).

⁶ Ross et Rickie Solinger, *Reproductive Justice: An Introduction* (Berkeley, California, University of California Press, 2017).

⁷ Faye D. Ginsburg et Rayna Rapp, « Introduction: conceiving the new world order », dans *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Faye D. Ginsburg et Rayna Rapp, coordonnatrices de publication (Berkeley, California, University of California Press, 1995), p. 3.

⁸ A/HRC/32/44, par. 61 et 62.

leurs propres décisions en matière d'accès aux soins de santé et n'étaient pas habilitées à refuser d'avoir des rapports sexuels avec leur mari ou partenaire, et que près d'une femme sur 10 n'avait pas voix au chapitre quand il s'agissait de contraception.

5. Par ailleurs, les femmes noires, les femmes de couleur et les femmes autochtones des pays du Sud qui, historiquement, ont été présentées principalement comme des victimes de violences sexuelles ou vecteurs de maladies sexuelles, plutôt que comme des personnes susceptibles de revendiquer légitimement leur droit au plaisir sexuel, doivent être au centre des débats portant sur la protection des droits en matière de santé sexuelle et procréative, sur leur exercice et sur le respect qui leur est dû⁹.

6. Les régimes coloniaux européens ont mis en place des lois précises, prévoyant notamment des restrictions sur l'avortement et les actes homosexuels consentis, lesquelles sont toujours en vigueur de nos jours dans les pays anciennement colonisés. En effet, contrairement à l'idée reçue selon laquelle la promotion des droits sexuels et des droits à l'avortement à l'échelle internationale est une forme moderne de « colonisation » par l'Occident, l'homophobie érigée en pratique cautionnée par l'État, la tendance à accorder un préjugé favorable à l'hétérosexualité et les restrictions imposées aux droits des femmes à l'autonomie corporelle sont en fait un héritage plus manifeste du régime colonial. Elles façonnent la géopolitique contemporaine des régimes de financement des services et de contrôle des droits en matière de santé sexuelle et procréative, qui font perdurer des disparités de pouvoir au niveau de l'aide à la santé entre donateurs bilatéraux et pays de mise en œuvre. Comme le fait valoir M. Jacqui Alexander, en négligeant d'abroger ces lois, l'État postcolonial ou « néocolonial » ne fait que « maintenir en place un système de contrôle policier des corps sexualisés ... comme si les maîtres coloniaux étaient toujours là pour regarder ce qui se passe »¹⁰. Une approche décoloniale impliquerait une autonomie corporelle et érotique totale, permettant à tous les individus de prendre des décisions sans intervention des États – coloniaux ou autres.

II. Déterminants sociaux de la santé sous-jacents et égalité réelle

7. Compte tenu des priorités stratégiques de la Rapporteuse spéciale, l'importance de l'égalité réelle dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et procréative est soulignée.

8. La Rapporteuse spéciale se déclare en accord avec Amartya Sen lorsqu'il affirme ce qui suit : « (L)'équité en matière de santé a de nombreux aspects, et il est préférable de considérer qu'elle constitue une notion multidimensionnelle. Elle englobe les préoccupations relatives à la réalisation de la santé et à la capacité d'atteindre un bon niveau de santé, et pas seulement d'assurer la répartition des soins de santé. Il faut toutefois noter qu'elle implique également l'équité des processus, de sorte qu'elle doit reconnaître l'importance de la non-discrimination dans la prestation des soins de santé. »¹¹

⁹ Susie Jolly, Andrea Cornwall et Kate Hawkins, *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure* (London, Zed Books, 2013).

¹⁰ M. Jacqui Alexander, « Erotic autonomy as a politics of decolonization: an anatomy of feminist and state practice in the Bahamas tourist economy », dans *Feminist Genealogies, Colonial Legacies, Democratic Futures*, M. Jacqui Alexander et Chandra Talpade Mohanty, coordonnatrices de publication (New York, Routledge, 1997), p. 83.

¹¹ « Why health equity? », *Health Economics*, vol. 11, n° 8 (décembre 2002), p. 659-666.

9. La Rapporteuse spéciale souligne qu'au-delà de l'objectif visant à assurer l'équité en matière de santé, que les États peuvent chercher ou non à atteindre¹², le droit des droits de l'homme contraint juridiquement les États à assurer la non-discrimination et l'égalité dans la prestation des soins de santé sexuelle et procréative pour tous. Elle se fait l'écho du Groupe de travail sur la question de la discrimination à l'encontre des femmes en droit et en pratique en reconnaissant que cela « exige une approche différenciée à l'égard des femmes et des hommes, en fonction de leurs besoins biologiques » et que « la satisfaction de ces besoins différents exige qu'une égalité réelle soit établie, ce qui oblige les États à fournir des services de santé sexuelle et procréative, des traitements et des médicaments différenciés aux femmes et aux filles pendant toute la durée de leur cycle de vie »¹³. Dans le même ordre d'idées, pour qu'une égalité réelle soit assurée, il est également nécessaire de se préoccuper des besoins particuliers en matière de santé sexuelle et procréative des personnes dont l'identité de genre est différente de celle des autres.

10. L'équité en matière de santé et l'égalité réelle sont rattachées au cadre créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les déterminants sociaux de la santé, définis comme étant les facteurs non médicaux qui influent sur l'évolution de l'état de santé; en d'autres termes, il s'agit des « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent »¹⁴. En particulier, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu que « les déterminants sociaux de la santé affectent la réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative »¹⁵. Tant entre les pays que sur leur territoire, les schémas liés aux droits en matière de santé sexuelle et procréative reflètent généralement les inégalités sociales et les modes de répartition des pouvoirs en fonction du revenu, du sexe, de l'origine, du statut de citoyenneté, de l'âge, du handicap, de la discrimination systématique et d'autres facteurs. Par exemple, les personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont confrontées au fait que les taux de morbidité et de mortalité liés aux droits en matière de santé sexuelle et procréative sont beaucoup plus élevés que pour celles vivant dans des pays à revenu élevé¹⁶. Pourtant, dans tous les pays, les individus marginalisés, tels que les personnes à faible revenu, les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les intersexués et les queers (LGBTIQ+), les adolescents, les migrants, les sans-abri, les personnes vivant avec un handicap, les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs du sexe sont confrontés à des obstacles plus importants que les moyennes nationales en matière de droits à la santé sexuelle et procréative¹⁷.

11. La pandémie de COVID-19 a fait ressortir d'une manière plus éclatante encore les effets des inégalités sociales sur la santé, les populations déjà marginalisées connaissant des taux plus élevés de morbidité et de décès liés à cette pandémie et de plus fortes perturbations des services de santé fournis dans d'autres domaines, notamment en matière de santé sexuelle et procréative¹⁸. Dans de nombreuses régions du monde, des mesures d'urgence ont été prises pour lutter contre la pandémie de

¹² Voir https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true.

¹³ Pour en savoir plus sur le sens de l'expression « égalité réelle » dans le domaine de la santé pour les femmes et les filles, voir A/HRC/32/44, par. 13, 16, 22 à 27 et 100; et A/HRC/47/38.

¹⁴ Organisation mondiale de la santé, « Déterminants sociaux de la santé ». Consultable à l'adresse www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

¹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016).

¹⁶ Organisation mondiale de la santé, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation* (Genève, 2010).

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Lauren Paremoer et autres, « Covid-19 pandemic and the social determinants of health », *BMJ*, vol. 372, n° 129 (29 janvier 2021). Consultable à l'adresse www.bmj.com/content/372/bmj.n129.

COVID-19, pas toujours en conformité avec le droit des droits de l'homme¹⁹. Des modifications de lois et d'autres mesures ont été utilisées de manière opportuniste pour mettre en œuvre des mesures draconiennes qui restreignent encore davantage les droits de l'homme, notamment en ce qui concerne les droits en matière de santé sexuelle et procréative et les droits des personnes LGBTIQ+²⁰. Par exemple, en Hongrie, on a présenté un nouveau projet de loi qui « priverait les personnes transgenres et de genre différent du droit à la reconnaissance juridique et à l'autodétermination »²¹, et en Pologne, une modification apportée en mode accéléré au droit pénal a été adoptée, son effet étant d'augmenter les peines infligées aux personnes qui en exposent d'autres au VIH, ne divulguent pas le fait qu'elles l'ont contracté et le transmettent²².

12. Les mesures de confinement prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19 ont exigé un lourd tribut de la part des travailleurs et travailleuses du sexe²³. Ces personnes ont été traitées comme si elles étaient des « vecteurs » du virus²⁴ ; leur source de revenu s'est tarie car, dans de nombreux pays, les maisons closes ont été fermées et le travail du sexe a été interdit; par ailleurs, de nombreux travailleurs et travailleuses du sexe ont été arrêtés dans le monde entier²⁵. En outre, ces personnes n'ont souvent pas eu droit à un soutien financier en raison du statut juridique de leur activité ou de la stigmatisation générale associée au travail du sexe²⁶. Une enquête du Réseau mondial des projets sur le travail du sexe menée auprès de 156 travailleurs du sexe de 55 pays a révélé qu'une majorité des personnes interrogées dans toutes les régions, sauf en Europe, avaient fait état d'un accès réduit aux préservatifs, aux lubrifiants et aux tests et traitements des infections sexuellement transmissibles²⁷.

13. Plus d'un an après le début de la pandémie de COVID-19, des mesures répressives qui sont toujours appliquées et maintenues en vigueur doivent être abrogées. Il a déjà été démontré que la pandémie favorise une situation qui perpétue de profondes inégalités, comme en témoignent les processus de déploiement de vaccins anti-COVID-19 qui ont privilégié les pays riches au détriment des pays à revenu faible ou intermédiaire. À cet égard, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a appelé l'attention sur le droit de chacun de bénéficier des avantages du progrès scientifique. Il souligne que les pandémies font ressortir de manière irréfutable la nécessité d'instaurer une coopération scientifique à l'échelle internationale pour faire face à des menaces transnationales. Les virus et autres agents pathogènes ne peuvent être appréhendés aux frontières ni faire l'objet de contrôles diplomatiques. Les inégalités persistent, des milliards de personnes des régions du sud étant privées d'accès aux vaccins anti-COVID-19, tandis que les pays avancés protègent leurs propres ressortissants et les bénéficiaires provenant de la fabrication et de la vente des produits pharmaceutiques, le tout en se dissimulant derrière l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), sans se montrer disposés à tirer parti de la souplesse de ses modalités d'application, ni à permettre

¹⁹ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « COVID-19 : les États ne doivent pas abuser des mesures d'urgence pour réprimer les droits de l'homme – Experts de l'ONU » (Genève, 16 mars 2020).

²⁰ Voir <https://www.ohchr.org/fr/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25832&LangID=F>.

²¹ Voir www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25844.

²² Voir www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/2-0200409_laws-covid19.

²³ Voir la contribution de la Suisse, p. 2.

²⁴ Voir la contribution du Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP), p. 2.

²⁵ Voir www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_fr.pdf, p. 30 et 34.

²⁶ Voir la contribution de la Suisse.

²⁷ Voir www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_fr.pdf, p. 32.

aux pays à revenu faible ou intermédiaire d'intensifier leurs propres programmes de fabrication, de distribution et de vaccination²⁸.

III. Méthodologie

14. Le présent rapport se fonde sur les entretiens que la Rapporteuse spéciale a eus avec les titulaires de droits, des membres de la société civile et d'autres parties prenantes intéressées, notamment les États Membres, depuis le début de son mandat en août 2020, sur les informations reçues en permanence sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative, y compris sur les violations présumées de ces droits, et sur les communications envoyées aux États Membres et aux entreprises à cet égard²⁹.

15. La Rapporteuse spéciale a lancé un appel à contributions écrites et a, à cet égard, adressé une invitation aux parties prenantes concernées, en particulier les États Membres, aux organisations internationales et aux représentants de la société civile, au nombre desquels des professionnels de la médecine et des universitaires³⁰. Elle remercie tous ceux qui ont contribué à la préparation du présent rapport.

16. Les publications et documents de recherche disponibles sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative et les questions connexes ont été utilisés. D'autres sources comprennent les rapports précédents publiés dans le cadre du mandat³¹.

IV. Cadre juridique

17. Au fil des ans, les traités contraignants relatifs aux droits de l'homme, la jurisprudence et les documents de consensus issus de conférences internationales ont permis de mieux comprendre ce que représentent vraiment les droits en matière de santé sexuelle et procréative.

18. En substance, ils comprennent le droit à une vie sexuelle agréable, satisfaisante et sûre, sans discrimination, coercition ni violence, et la liberté de décider de l'opportunité et du moment de se reproduire, ainsi que de la fréquence à laquelle il convient de le faire, ils comprennent en outre le droit de disposer des informations et des moyens nécessaires pour prendre une telle décision, en plus du droit à la santé sexuelle et procréative³². Le droit à la santé sexuelle et procréative est reconnu à

²⁸ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Des experts de l'ONU appellent les gouvernements du G7 à garantir l'accès aux vaccins dans les pays en développement » (Genève, 9 juin 2021).

²⁹ Chili 4/2021 (et en relation avec celles-ci : Brésil, 5/2021 ; Chine, 6/2021 ; Allemagne, 5/2021 ; États-Unis d'Amérique, 22/2021 ; autre, 194/2021 ; autre, 195/2021 ; autre, 196/2021 ; autre, 197/2021 ; autre, 198/2021 ; autres, 199/2021) ; Colombie 1/2021 ; Argentine 4/2020 ; Brésil, 9/2020 ; El Salvador, 2/2020 ; États-Unis d'Amérique, 11/2020 ; Slovaquie, 1/2019 (et communications antérieures liées au même sujet : El Salvador, 3/2016 ; El Salvador, 2/2016 ; El Salvador ; 1/2016 ; El Salvador, 1/2014 ; El Salvador, 1/2013I ; Pologne, 1/2018).

³⁰ Les contributions des parties prenantes sont consultables à l'adresse www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

³¹ Voir les rapports sur les visites de pays : A/HRC/47/28/Add.1 (Fidji, 2020), A/HRC/41/34/Add.2 (Canada, 2018) A/HRC/34/Add.1 (Kirghizstan, 2018) et A/HRC/35/21/Add.2 (Croatie, 2016). Voir également les rapports thématiques A/HRC/32/32 sur le droit à la santé des adolescents (2016), A/66/254 sur la criminalisation de la santé sexuelle et génésique (2011), A/HRC/14/20 sur la criminalisation de certains comportements homosexuels et de l'orientation sexuelle, du travail sexuel et de la transmission du VIH (2010), A/61/338 sur le droit à la santé et la réduction de la mortalité maternelle (2006) et E/CN.4/2004/49 sur le droit à la santé sexuelle et génésique (2004).

³² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n 14 (2000), par. 10 ; A/66/254, par. 10 ; Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, publication des Nations Unies [(A/CONF.171/13/Rev.1), 1994, chap. VII.A,

l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et par des instruments régionaux³³. Les droits à la santé sexuelle et procréative sont également fondés sur le droit à la vie, à la dignité, à l'éducation et à l'information, à l'égalité devant la loi et à la non-discrimination, le droit de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, le droit au respect de la vie privée, le droit à la liberté d'opinion et d'expression, le droit de consentir au mariage et l'égalité dans le mariage, et le droit de ne pas subir de violence fondée sur le sexe, de pratiques nuisibles, de torture et de mauvais traitements³⁴.

19. En 2016, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a précisé dans son observation générale n° 22 que le droit à la santé sexuelle et procréative, qui fait partie intégrante du droit à la santé, suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent « le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps »³⁵ et « le droit d'effectuer des décisions et des choix libres et responsables, à l'abri de toute violence, contrainte ou discrimination, pour les questions qui concernent son propre corps et sa propre santé sexuelle et procréative »³⁶. Les droits en question comprennent un accès sans entrave à un nombre suffisant d'établissements, de services, de biens, y compris des médicaments essentiels, et de programmes qui soient disponibles en toute sécurité dans des conditions physiques et dans un rayon géographique acceptables, abordables pour tous et « respectueux de la culture des individus, des minorités, des populations et des groupes, et satisfassent aux critères liés au sexe, à l'âge, aux handicaps, à la diversité sexuelle et au cycle de vie »³⁷.

20. La santé sexuelle et procréative dépend de la fourniture de soins de santé maternelle, d'informations, de biens et de services en matière de contraception, de services d'avortement médicalisé et de prévention, de diagnostic et de traitement de l'infertilité, des cancers liés à la procréation, des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida, y compris par des médicaments génériques³⁸. Les droits s'étendent aux soins de santé physique et mentale aux survivants d'actes de violence sexuelle et conjugale dans toutes les situations, notamment en ce qui concerne l'accès à des services de prévention post-exposition, à la contraception d'urgence et à des services d'avortement médicalisé; il faut également que soient disponibles des prestataires qualifiés possédant une formation médicale de niveau professionnel, et veiller à garantir le droit à une information factuelle sur tous les aspects de la santé

par. 7.2-7.3] ; Déclaration et programme d'action de Beijing, 1995 (Programme d'action, par. 30, 74, 83 k) et 92-100) ; Document final du Sommet mondial de 2005, paragraphe 57 g) ; et l'engagement à prendre des mesures pour réaliser le droit de chacun à la santé sexuelle et procréative, énoncé dans le document final de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les objectifs du Millénaire pour le développement (septembre 2010), par. 75 a).

³³ Voir l'article 16 sur le droit à la santé de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; l'article 14 du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique et son observation générale n° 2 correspondante sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative; et l'article 10 sur le droit à la santé du Protocole de San Salvador à la Convention interaméricaine des droits de l'homme.

³⁴ Voir les articles 5, 10 h), 11 f), 12 et 16 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; les articles 17, 23 à 25 et 27 de la Convention relative aux droits de l'enfant ; les articles 23 et 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; et les articles 3, 6, 7, 17 et 19 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

³⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 8.

³⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 5. Voir la contribution de la Sexual Rights Initiative (SRI) sur la reconnaissance croissante, par les organes des Nations Unies, du droit à l'autonomie corporelle, p. 2.

³⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 15-21.

³⁸ Ibid., par. 5 et 45.

sexuelle et procréative³⁹. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il importe de prévoir un traitement hormonal pour les femmes âgées et les personnes ayant des identités de genre diverses, ainsi que des traitements d'affirmation du genre chirurgicaux et autres, et de préserver l'intégrité corporelle des enfants et des adultes présentant des caractéristiques intersexuées, et de les protéger contre les pratiques néfastes, notamment celles qui sont liées à leur autonomie et à leur santé et à leurs droits en matière de sexualité et de procréation dans la mesure où elles sont susceptibles de les compromettre⁴⁰. À cet égard,

« Tous les individus et tous les groupes doivent pouvoir jouir d'un accès égal à la même gamme, à la même qualité et au même niveau de ressources, de biens, de renseignements et de services en matière de santé sexuelle et procréative, et pouvoir exercer leurs droits à la santé sexuelle et procréative à l'abri de toute discrimination. »⁴¹

21. La non-discrimination exige également que règne une égalité réelle, ce qui signifie qu'il faut se préoccuper des besoins et des obstacles sanitaires particuliers auxquels sont confrontés certains individus ou groupes, les femmes, les filles, les adolescents, les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres et les intersexués, de même que les personnes présentant un handicap, une attention spéciale étant accordée à celles qui font face à des formes de discrimination multiples et intersectionnelles, et un traitement différencié doit être prévu en ce qui les concerne.

22. En vertu du droit à la santé sexuelle et procréative, les États doivent s'acquitter de trois obligations principales. L'obligation de respecter leur impose de « ne pas s'ingérer, directement ou indirectement, dans l'exercice individuel » de ce droit, y compris en réformant les lois qui entravent l'exercice du droit à la santé sexuelle et procréative, telles que « les lois criminalisant l'avortement, la non-déclaration d'une situation de séropositivité, d'exposition au VIH ou de transmission du VIH, les rapports sexuels entre adultes consentants, et l'identité ou l'expression transgenres »⁴². L'obligation de protéger exige, à son tour, que les États empêchent les tiers, tels que des entités du secteur privé, de créer des obstacles à la jouissance de ce droit. L'obligation de réaliser est la plus proactive des trois obligations en question, car elle exige des États qu'ils adoptent des mesures visant à « garantir la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative ». Dans l'observation générale n° 22 (2016) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, il est reconnu que s'il est vrai que la pleine réalisation de ce droit se fait progressivement au fil du temps, elle exige également que certaines mesures soient prises immédiatement (par exemple, pour éliminer la discrimination) et que les mesures répressives, telles que la révocation du financement public visant à promouvoir la santé sexuelle et reproductive, soient évitées.

23. La Rapporteuse spéciale rappelle que les États ont, en vertu des normes actuelles en matière de droits de l'homme, des obligations leur imposant d'assurer le respect, la protection et la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et reproductive alors que sévit la pandémie de COVID-19. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a reconnu que la santé sexuelle et procréative implique la fourniture de services essentiels et a souligné que les États doivent continuer à assurer un accès confidentiel à des services de santé sexuelle et procréative tenant compte de la dimension de genre, y compris les soins de maternité,

³⁹ Ibid. par. 18 et 19.

⁴⁰ Voir www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=E.

⁴¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 7-9 et 22.

⁴² Ibid., par. 40.

les formes modernes de contraception et les services d'avortement et de post-avortement médicalisé, dans le cadre de leur réponse à la pandémie de COVID-19⁴³.

V. Droit à la santé sexuelle et procréative : défis et opportunités pendant la pandémie de COVID-19

24. La pandémie de COVID-19 a encore entravé la réalisation des droits sexuels et procréatifs. On a signalé que dans certaines régions du monde, les établissements de santé avaient réduit ou interrompu leur offre de services liés aux droits en matière de santé sexuelle ou procréative, tandis que dans d'autres régions, les prestataires de services ont été réorientés vers la réponse à la pandémie de COVID-19⁴⁴. Même lorsque des pays ont décrété que les services de santé sexuelle et procréative étaient essentiels, des obstacles tels que des mesures interdisant l'utilisation de certains moyens de transport et restreignant la mobilité ont empêché les patients et les prestataires de se rendre dans les cliniques, en particulier aux premiers stades de la pandémie, alors que des exceptions applicables à la recherche de soins médicaux d'urgence n'avaient pas été mises en place. Cela a affecté la capacité des patients à protéger leur santé sexuelle et procréative, à éviter les grossesses non désirées et à prévenir ou gérer une infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et a retardé l'accès aux services de dépistage et de traitement des cancers de l'appareil reproducteur. Si de nombreuses politiques novatrices ont permis d'assurer la continuité des services de santé sexuelle et procréative pendant la pandémie, les personnes déjà marginalisées au sein de la société ont souvent été laissées de côté et ont subi les pires préjudices, en particulier les personnes se trouvant en situation de crise persistante en raison de la pauvreté ou du fait de la discrimination tenace dont elles font l'objet pour de multiples motifs, notamment la race, l'origine ethnique et d'autres facteurs historiques.

25. Les effets des politiques, services et régimes de financement associés à des aspects particuliers des droits sexuels et procréatifs, avant et pendant la pandémie, y compris leur incidence sur la réalisation de ces droits, sont examinés ci-après.

A. Services de santé maternelle, néonatale et infantile

26. L'accès à des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité et en temps utile est un droit que les États ont l'obligation juridique et morale de protéger, même en temps de crise⁴⁵. Comme le garantit la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les États doivent assurer l'accès à des services appropriés en rapport avec la grossesse, l'accouchement et la

⁴³ Note d'orientation du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur la CEDEF et la COVID-19, avril 2020, consultable à l'adresse www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/COVID-19-and-TreatyBodies.aspx.

⁴⁴ Taylor Riley et autres, « Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 46 (Guttmacher Institute, 2020), p. 73-76.

⁴⁵ Voir l'article 12 2) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et l'article 12 2) a) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Voir également Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 20 (2016), par. 59, et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 44 a), Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, par. 8.12 à 8.27, et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Mortalité et morbidité maternelles », série d'information sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés (2020).

période postnatale, qui soient gratuits, si nécessaires, et comprennent une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement⁴⁶. Pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, il faut instaurer un traitement obstétrique d'urgence, dispenser des soins obstétriques d'urgence et assurer la présence d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement, y compris dans les zones rurales et éloignées, empêcher que des avortements non médicalisés ne soient pratiqués, et veiller à ce que les soins postérieurs soient dispensés à l'abri de la contrainte, de la discrimination et de la violence⁴⁷. En outre, les États doivent garantir aux femmes des zones rurales « l'accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, aux conseils et services en matière de planification de la famille »⁴⁸. En vertu du droit à la santé, les États ont également l'obligation « d'assurer des soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatale) et infantile » et « d'abaisser les taux de mortalité et de morbidité maternelles »⁴⁹.

27. La réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelles continue d'être la clé du respect des engagements pris à l'échelle nationale et internationale. Dans le cadre des objectifs de développement durable, les États ont convenu de réduire le taux de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (objectif de développement durable n° 3, cibles 3.1 et 3.2). Pourtant, en 2017, 810 femmes sont mortes chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. La Rapporteuse spéciale souhaite se faire l'écho du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme en soulignant que « les décès et les blessures graves subis par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement ne sont pas des événements inévitables, mais plutôt le résultat direct de lois et de pratiques discriminatoires, de l'incapacité à établir et à maintenir des systèmes et des services de santé fonctionnels et d'une application insuffisante du principe de responsabilité »⁵⁰.

Effet de la pandémie de COVID-19 sur la santé maternelle, néonatale et infantile

28. On ne dispose que de peu d'éléments concernant l'effet de la pandémie de COVID-19 sur la grossesse et le nouveau-né⁵¹. Selon le Fonds des Nations Unies pour la population, les services de santé maternelle (services liés à la grossesse et la période postnatale) étaient, dans une certaine mesure, garantis dans la majorité des pays, et on recense des exemples positifs d'initiatives prises par l'État à cet égard, notamment dans les cas où ce dernier a, en Chine et en Inde, reconnu explicitement la nécessité d'assurer la continuité des soins et services de santé maternelle par le biais de lignes directrices, et quand il a, en Géorgie et en Tunisie, fait de même en diffusant une déclaration officielle et une circulaire ministérielle, respectivement⁵². Dans le même ordre d'idées, d'autres pays, comme le Mexique⁵³ ont reconnu que les soins de santé

⁴⁶ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 12 2).

⁴⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 28. Voir également [A/HRC/21/22](#) (2012).

⁴⁸ Article 14 b) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

⁴⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 14 et 21. Voir aussi [A/61/338](#) (2006) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n°24 (1999), par. 27 ; Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, par. 8.21 à 8.25.

⁵⁰ [A/HRC/45/19](#).

⁵¹ Voir www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Maternity_Services_TB_Package_UPDATE_2_14072020_SBZ.pdf.

⁵² Voir les observations du Fonds des Nations Unies pour la population, p. 2 et 4. Consultables à l'adresse www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

⁵³ Voir https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Preencion_COVID19_

maternelle constituent un service essentiel. Le Guatemala a adopté un guide sur la pandémie de COVID-19 à l'intention des populations autochtones pour reconnaître le rôle des sages-femmes autochtones et introduire une exception à la réglementation sur le couvre-feu pour leur permettre de fournir des soins de santé maternelle et infantile⁵⁴.

29. Cependant, en raison des mesures de restriction des déplacements imposées pour faire face à la pandémie, les services de soins de santé maternelle et néonatale sont devenus moins disponibles, inaccessibles ou inabordables pour des millions de femmes dans le monde⁵⁵. Par exemple, dans une étude réalisée pour le Bangladesh, le Nigeria et l'Afrique du Sud entre mars et mai 2020, il a été noté que le recours aux services de soins de santé maternelle et néonatale tels que les soins prénatals, la planification familiale et la vaccination, de même que le taux d'utilisation de ces services, ont été réduits⁵⁶. Des évolutions similaires ont été observées dans plusieurs pays d'Afrique orientale et australe⁵⁷. Pendant la période de confinement imposée au Zimbabwe, il y a eu une diminution marquée de l'utilisation des services de maternité, et l'accès aux programmes de prise en charge de la fistule obstétricale (c'est-à-dire l'accès aux services de chirurgie réparatrice) a été réduit⁵⁸.

30. En outre, les données recueillies dans quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, à savoir l'Inde, l'Indonésie, le Nigeria et le Pakistan, indiquent que les approches actuelles adoptées par la plupart des pays pour lutter contre la pandémie risquent d'entraîner une augmentation de plus de 30 % des décès maternels et néonataux⁵⁹. Une augmentation du taux de décès maternels avait déjà été observée dans d'autres pays, comme la Mongolie et le Népal⁶⁰, et dans la région de l'Amérique centrale et latine, la pandémie de COVID-19 est devenue la principale cause de décès des femmes enceintes au Mexique (10,5 %), au Pérou (10,3 %), en Bolivie (État plurinational de) (10,1 %) et en République dominicaine (9,2 %)⁶¹. En Asie du Sud, la République démocratique populaire lao a également signalé une augmentation attendue du taux de décès maternels suite à l'épidémie de COVID-19; d'autre part, le Myanmar et le Népal ont déjà enregistré une augmentation, ce dernier pays faisant état d'une hausse de 50 % au cours des huit premiers mois écoulés depuis le début de la pandémie.

31. Selon les conclusions du Mécanisme de financement mondial, le nombre de femmes qui ont effectué les visites médicales recommandées pendant leur grossesse a chuté de 18 % au Liberia, et le nombre de celles qui ont commencé à se faire soigner pendant leur grossesse a diminué de 16 % au Nigeria. En République démocratique du Congo et au Nigeria, 1 289 et 6 700 décès maternels supplémentaires, respectivement, devraient s'ajouter aux 16 000 et 67 000 décès maternels,

[Embarazos_V2.pdf](#).

⁵⁴ Voir oacnudh.org.gt/images/CONTENIDOS/ARTICULOS/INFORMESANTERIORES/2020.pdf.

⁵⁵ Dorit Stein, Kevin Ward et Catherine Cantelmo, « Estimating the potential impact of COVID-19 on mothers and newborns in low- and middle-income countries » (2020), site Web de Health Policy Plus.

⁵⁶ Tanvir Ahmed et autres, « The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health (MNCH) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemic response in LMICs », *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, n° 1 (15 mars 2021), p. 77.

⁵⁷ Voir https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/impact_of_covid19_on_gender_equality_and_women_empowerment_in_east_and_southern_africa0704202101_1.

⁵⁸ Voir www.amnesty.org/download/Documents/AFR4641122021ENGLISH.pdf, p. 15.

⁵⁹ Dorit Stein, Kevin Ward et Catherine Cantelmo, « Estimating the potential impact of COVID-19 on mothers and newborns in low- and middle-income countries » (2020), site Web de Health Policy Plus. Consultable à l'adresse www.healthpolicyplus.com/covid-mnh-impacts.cfm.

⁶⁰ Voir observation du FNUAP, p. 5. Consultable à l'adresse www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

⁶¹ Voir [AvisoEpidemiologicoEmbarazo-COVID28enero12hrs.pdf \(www.gob.mx/\)](https://www.gob.mx/AvisoEpidemiologicoEmbarazo-COVID28enero12hrs.pdf).

respectivement, qui surviennent déjà chaque année. Les résultats de ces recherches ont établi que la vaccination des enfants était le service qui subissait le plus de perturbations dans les pays étudiés⁶².

32. Les mauvais traitements et les violences (y compris obstétricales) à l'encontre des femmes dans les services de santé procréative ont été documentés par les mécanismes de promotion des droits de l'homme⁶³. Les rapports en provenance de l'Europe et de l'Amérique latine indiquent que la pandémie n'a fait qu'exacerber cette situation⁶⁴.

B. Planification familiale, contraception, y compris contraception d'urgence, et avortement

33. L'accès à la planification familiale, à la contraception, y compris la contraception d'urgence, à des services d'avortement médicalisé et à des soins post-avortement est une composante du droit à la santé et, en particulier, du droit à la santé sexuelle et procréative⁶⁵. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes garantit leurs droits à décider « librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances » et à avoir « accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits »⁶⁶.

34. Au titre de la cible 3.7 de l'objectif de développement durable n° 3, les États doivent, d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux⁶⁷. Selon le FNUAP, en 2021, 49 % des femmes âgées de 15 à 49 ans à l'échelle mondiale, et 32 % dans les pays moins avancés, utilisaient une méthode de contraception d'un type ou d'un autre⁶⁸.

Effet de la pandémie de COVID-19 sur la planification familiale et la contraception

35. La pandémie de COVID-19 a exacerbé les obstacles auxquels les adolescentes se heurtent généralement en matière d'accès aux services de santé sexuelle et procréative, à savoir taux plus élevés de besoins non satisfaits au niveau des services

⁶² Mécanisme de financement mondial, « New findings confirm global disruptions in essential health services for women and children from COVID-19 » (2020). Consultable à l'adresse www.globalfinancingfacility.org/new-findings-confirm-global-disruptions-essential-health-services-women-and-children-covid-19.

⁶³ Voir [A/74/137](#) et les constatations adoptées par le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes au titre du paragraphe 2 c) de l'article 4 du Protocole facultatif, concernant la communication n°138/2018 ([CEDAW/C/75/D/138/2018](#)).

⁶⁴ Voir la contribution d'El Parto es nuestro. Voir également <https://the-citizen.medium.com/obstetric-violence-in-latin-america-the-pandemic-only-made-things-worse-93c5031eee01>.

⁶⁵ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12 2) a) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 14, et observation générale n° 14 (2000), par. 34 et 35 ; et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Contraception et planification familiale », série d'information sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation (2020).

⁶⁶ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 16.

⁶⁷ Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development*, livret de données (2019). Consultable à l'adresse www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf.

⁶⁸ FNUAP, Tableau de bord de la population mondiale (2021).

de santé, obstacles sociaux et logistiques plus importants pour accéder aux soins, et accès limité aux programmes de protection, notamment aux services juridiques.

36. Selon une enquête menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans 105 pays, 90 % des pays ont souffert de perturbations de leurs services de santé essentiels en raison de la pandémie de COVID-19⁶⁹. Par exemple, du fait de cette pandémie, en Équateur, le taux de fourniture de soins au titre de la planification familiale a baissé de 26,5 %⁷⁰; pour le contrôle prénatal, le déclin a été de 45 %, et pour l'accès à la contraception, de 60 %⁷¹.

37. Douze millions de femmes ont perdu l'accès à la contraception, ce qui a entraîné 1,4 million de grossesses non planifiées, et les perturbations observées restent préoccupantes compte tenu des données limitées disponibles et de certaines incohérences constatées au niveau de pays pour lesquels un suivi et une analyse continus sont nécessaires⁷².

38. L'enquête de l'OMS a également révélé l'effet disproportionné subi par les femmes et les jeunes, ce qui les expose directement et indirectement à des risques accrus de grossesse non planifiée en raison de l'application des mesures de confinement, des perturbations des services, des ruptures de stock et des difficultés financières⁷³. Au Salvador, de janvier à juin 2020, le Ministère de la santé a enregistré 258 grossesses de filles âgées de 10 à 14 ans, et 6 577 grossesses de filles et de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans⁷⁴.

39. Les données disponibles donnent à penser que la pandémie de COVID-19 a un effet direct sur les intentions des femmes en matière de fécondité, étant donné qu'aux États-Unis d'Amérique, environ 34 % des femmes auraient soit retardé une grossesse, soit décidé d'avoir moins d'enfants⁷⁵. Une tendance similaire a également été observée au Kenya, au Burkina Faso et en République démocratique du Congo, où entre 9 et 14 % des femmes auraient renoncé à devenir enceintes en raison de préoccupations liées à la pandémie de COVID-19, ce qui montre bien à quel point la planification familiale est importante⁷⁶.

Avortement

40. Les femmes, les adolescentes, les jeunes filles et toutes les personnes susceptibles de devenir enceintes ont le droit de prendre des décisions en connaissance de cause, librement et en pleine conscience de leurs responsabilités pour les questions qui concernent leur reproduction, leur corps et leur santé sexuelle et procréative, à l'abri de toute discrimination, contrainte ou violence⁷⁷. Ce droit, qui est

⁶⁹ Voir www.who.int/fr/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic.

⁷⁰ Rapport d'évaluation des besoins post-catastrophe (PDNA) 2020. Consultable à l'adresse https://sni.gob.ec/documents/10180/4534845/Informe+Evaluaci%C3%B3n+Socio+Economica_PDNA.pdf/bf1ff6a4-4a67-4f5f-abab-5512f821d270.

⁷¹ Voir **Error! Hyperlink reference not valid.**

⁷² A/HRC/47/38. Voir également www.unfpa.org/fr/news/un-apr%C3%A8s-le-d%C3%A9but-de-la-pand%C3%A9mie-lunfpa-estime-que-12-millions-de-femmes-ont-connu-une.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), *Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador 2020*, p. 20.

⁷⁵ Laura D. Lindberg et autres, « Early impacts of the COVID-19 pandemic: findings From the 2020 Guttmacher survey of reproductive health experiences » (juin 2020). Consultable à l'adresse www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health.

⁷⁶ Données PMA : COVID-19 et PMA. Consultable au tableau de bord des résultats (www.pmadata.org/technical-areas/covid-19).

⁷⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) par. 5, et

ancré dans les droits à l'autonomie corporelle et à l'autodétermination, garanti à toutes les personnes capables de devenir enceintes un contrôle significatif sur le fait de se reproduire ou non⁷⁸. Les États « ont l'obligation fondamentale d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel des droits à la santé sexuelle et procréative, ce qui comprend des mesures destinées à empêcher les avortements non médicalisés »⁷⁹. La possibilité de faire réaliser un avortement médicalisé et en conformité avec la loi est une composante nécessaire des services de santé.

41. Dans son observation générale n° 36 (2018), le Comité des droits de l'homme a souligné que les États ont l'obligation de fournir un accès sûr, légal et efficace à l'avortement dans les cas où la vie et la santé de la femme ou fille enceinte sont exposées à un risque, et lorsque le fait de mener la grossesse à terme causerait à la femme ou fille enceinte une douleur ou une souffrance considérable, tout particulièrement quand la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste, ou que le fœtus présente des malformations mortelles. Selon le Comité des droits de l'homme, bien que les États parties puissent adopter des mesures destinées à régler les interruptions volontaires de grossesse, ces mesures ne doivent pas entraîner une violation des droits à la vie d'une femme ou d'une fille enceinte, ou de ses autres droits en vertu du Pacte international relatif aux droits civils et politiques⁸⁰. Le Comité a étayé cette déclaration en affirmant que les États parties ne devaient pas appliquer de règlements portant sur la grossesse ou l'avortement selon des modalités allant à l'encontre de leur obligation de veiller à ce que les femmes et les filles n'aient pas à subir d'avortements dangereux, et qu'ils devaient remanier leurs lois sur l'avortement en conséquence⁸¹.

42. Selon une analyse du Center for Reproductive Rights, quelque 90 millions de femmes en âge de procréer vivent dans des pays qui n'autorisent pas l'avortement, quelle qu'en soit la raison, y compris dans les cas où la vie ou la santé de la femme est en jeu⁸². L'OMS a déclaré que la fourniture de soins globaux aux femmes et filles désireuses d'avorter est un service de santé essentiel impliquant une intervention d'urgence⁸³.

n° 14 (2000), par. 8; article 16 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; et Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994) (A/CONF.171/13/Rev.I), chap. VII. Voir également [A/HRC/32/44](#) et [A/HRC/47/38](#).

⁷⁸ Charles Ngwena et Ebenezer Durojaye, coordonnateurs de publication, *Strengthening the Protection of Sexual and Reproductive Health and Rights in the African Region Through Human Rights* (Pretoria, South Africa, Pretoria University Law Press (PULP), 2014), p. 263. Voir également www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.aspx.

⁷⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 49.

⁸⁰ Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2011), par. 8.

⁸¹ Ibid.

⁸² Selon le Center for Reproductive Rights, il s'agit notamment d'Andorre, du Congo (Brazzaville), de l'Égypte, d'Haïti, du Honduras, de l'Iraq, de la Jamaïque, de Madagascar, de Malte, de la Mauritanie, du Nicaragua, de Palau, des Philippines, de la République démocratique populaire lao, de la République dominicaine, de Saint-Marin, du Salvador, du Sénégal, de la Sierra Leone, du Suriname et des Tonga. L'avortement est également interdit pour tous les motifs à Aruba, à Curaçao et en Cisjordanie. Voir https://oltem1bixlohb0d4busw018c-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/05/WALM_2021update_V1-1.pdf.

⁸³ Organisation mondiale de la santé, *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires*, 1^{er} juin 2020, p. 34-36. Voir également Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Services essentiels de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente pendant la pandémie de COVID-19 : orientations opérationnelles pour les régions de l'Asie du Sud et du Sud-Est et du Pacifique », 2020.

43. Certains États ont créé un environnement propice à l'accès à ces services, tandis que d'autres ont continué à dresser de nouveaux obstacles⁸⁴. Plusieurs États ont soit imposé des restrictions, soit réintroduit des réglementations et des pratiques ou exigences en matière de planification familiale qui ont rendu l'avortement, procédure à exécuter en temps voulu, plus inaccessible⁸⁵. Bien qu'un certain nombre d'États des diverses régions du monde aient reconnu que les droits en matière de santé sexuelle et procréative impliquent la fourniture de services essentiels pendant la pandémie⁸⁶, en Europe, l'Allemagne, l'Autriche, la Croatie et la Roumanie se sont abstenues de le faire⁸⁷, et 11 États des États-Unis d'Amérique ont adopté une position diamétralement opposée à celle des autres à l'un ou l'autre moment au cours de la pandémie⁸⁸. La Pologne a pris des mesures pour adopter des textes législatifs plus régressifs sur l'avortement et pour réduire au silence les parties susceptibles de manifester leur opposition⁸⁹; au Brésil, le Ministère de la santé a promulgué un règlement obligeant les citoyens à signaler à la police tout cas d'accès à des services d'avortement en cas de viol; et en Italie et en Fédération de Russie, les femmes ont été confrontées à des obstacles qui entravent ou retardent l'accès à des services d'avortement médicalisé⁹⁰. Dans le même temps, l'introduction de services axés sur la télémédecine en vue de la réalisation d'avortements au Brésil, en Irlande et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la légalisation de l'avortement en Argentine, l'assouplissement des règlements pertinents en Allemagne et en France, et l'adoption de mesures adaptées à diverses situations en Afrique du Sud ont facilité l'accès à des avortements médicalisés et conformes à la loi au beau milieu de la pandémie⁹¹. Récemment, les pouvoirs publics des États-Unis ont annoncé qu'ils n'appliqueraient pas les restrictions relatives à la délivrance de médicaments utilisés dans le cadre d'avortements pendant la période d'urgence sanitaire décrétée à l'échelle nationale⁹².

C. Santé sexuelle et procréative des adolescents

44. Les adolescents ont le droit d'exprimer leur point de vue sur toutes les questions liées à la santé et à la sexualité, et d'accéder à des services, des informations et une éducation en matière de santé sexuelle et procréative gratuits, confidentiels et adaptés à leurs besoins, disponibles en ligne et en personne⁹³. « Le manque d'accès à ces services contribue à faire des adolescentes le groupe le plus exposé au risque de mourir pendant la grossesse et l'accouchement ou de contracter des infections graves, qui dureront parfois toute leur vie »⁹⁴. Les services de santé destinés aux adolescents devraient comprendre la fourniture d'informations sur le VIH, le dépistage, l'établissement de diagnostics, et la fourniture d'informations sur la contraception et

⁸⁴ Elizabeth Chloe Romanis et Jordan A. Parsons, « Legal and policy responses to the delivery of abortion care during COVID-19 » (15 septembre 2020). Voir <https://doi-org.uplib.idm.oclc.org/10.1002/ijgo>.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Voir www.partners-popdev.org/wp-content/uploads/2020/05/Joint-Press-Statement-052020.pdf.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Alabama, États-Unis d'Amérique, novembre 2020. Voir également la contribution de Plan International, p. 2.

⁸⁹ Voir www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=E. Voir également la contribution de Plan International, p. 2.

⁹⁰ Voir la contribution du Clacai (p. 5 et 18-19); Human Rights Watch, p. 2; AWID, p. 2 à 4; et Italie.

⁹¹ Voir la contribution de MSI Reproductive Choices, p. 2; Brésil, p. 2 et 3, et Argentine, p. 3 à 5. Le recours à la télémédecine pour pratiquer des avortements suscite actuellement des objections au Brésil. Voir la contribution d'Anis et autres.

⁹² Voir la contribution de Plan C.

⁹³ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 20 (2016), par. 23, 59 et 61. Voir également [A/HRC/32/32](https://www.unhcr.org/refugees/article/2016/03/15/a-hrc/32/32).

⁹⁴ Ibid., par. 59.

l'utilisation des préservatifs, ainsi que des services d'avortement médicalisé et des soins après avortement⁹⁵.

45. Le Comité des droits de l'enfant a précisé en outre « qu'il ne devrait exister aucun obstacle tel que l'obligation d'obtenir le consentement ou l'autorisation d'un tiers », et que les États devraient entreprendre des efforts pour permettre aux adolescentes, aux filles handicapées et aux adolescents homosexuels, bisexuels ou transgenres de surmonter l'obstacle de la stigmatisation qui les empêche d'accéder à ces services.

46. Il importe également d'éliminer les conditions imposées de manière abusive aux changements de nom, de sexe officiel ou de genre, notamment ; tout type de stérilisation forcée ; les procédures médicales relatives à la transition, y compris les interventions chirurgicales et les thérapies hormonales ; le diagnostic médical, les évaluations psychologiques ou traitements ou procédures d'ordre médical ou psychosocial ; les exigences relatives au statut économique ; les exigences relatives à l'état de santé ; les exigences concernant la situation matrimoniale, la situation familiale et le statut de parent, et toute opinion d'une tierce partie. Il faudrait également faire en sorte que le casier judiciaire ou le statut de migrant ou autre d'une personne ne soit pas invoqué pour l'empêcher de changer de nom, de sexe officiel ou de genre⁹⁶.

47. La Rapporteuse spéciale souligne l'importance de l'accès à un traitement digne d'affirmation du genre pour les enfants et adolescents trans et diversifiés sur le plan du genre, ainsi que l'importance de l'accès à l'éducation et à l'information dans des formats accessibles pour les adolescents handicapés.

Effet de la pandémie de COVID-19 sur la santé sexuelle et procréative des adolescents

48. Pendant la pandémie de COVID-19, un certain nombre de facteurs ont encore restreint l'accès déjà limité des adolescents aux droits en matière de santé sexuelle et procréative⁹⁷. Les mesures de confinement affectent l'aptitude des adolescents à se rendre dans les établissements de santé et ont perturbé les chaînes d'approvisionnement en contraceptifs, ce qui a encore restreint l'accès des adolescents aux informations et aux soins en matière de santé sexuelle⁹⁸. Les fermetures d'écoles ont entraîné une diminution de l'accès aux interventions pouvant être entreprises dans ces établissements, telles que les services d'éducation sur les menstruations et la fourniture de tampons hygiéniques ou la dispensation de cours d'éducation sexuelle complète, discipline qui a également été laissée à l'écart dans le cadre des cours en ligne⁹⁹. Par exemple, en Afrique orientale et australe, les filles (et les femmes) n'ont eu, dans le meilleur des cas, qu'un accès limité aux articles et conditions d'hygiène dont elles avaient besoin pour préserver leur santé pendant la pandémie¹⁰⁰.

49. Pour les adolescentes, les conditions sont encore plus défavorables, notamment en Afrique subsaharienne, où un nombre d'entre elles courent un risque élevé

⁹⁵ Ibid., par. 60 à 63.

⁹⁶ Voir A/73/152, par. 81 b).

⁹⁷ Zara Ahmed, « COVID-19 could have devastating effects on adolescents' sexual and reproductive health and rights » (Guttman Institute, juin 2020). Consultable sur le site www.guttman.org/article/2020/06/covid-19-could-have-devastating-effects-adolescents-sexual-and-reproductive-health.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Voir <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2770536>. Voir également la contribution de Plan International, p. 2.

¹⁰⁰ Voir https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/impact_of_covid-19_on_gender_equality_and_women_empowerment_in_east_and_southern_africa0704202101_1.pdf, p. 22.

d'exposition à la violence, au mariage précoce, aux grossesses précoces, à la violence et à l'exploitation sexuelles, ainsi qu'aux mutilations génitales féminines¹⁰¹.

50. La Rapporteuse spéciale a précédemment noté l'intérêt que représentent les interventions de santé numérique centrées sur les jeunes pour permettre à ces derniers de faire face aux nombreux défis de santé auxquels ils peuvent être confrontés lors de leur passage à l'âge adulte.

D. Soutien global aux survivants de la violence sexuelle et sexiste, quel que soit leur sexe : prévention et réponse

51. L'accès à des soins physiques et mentaux complets pour les survivants de violences sexuelles et conjugales, quel que soit leur sexe, fait partie intégrante de la gamme complète de soins de santé sexuelle et procréative de qualité que les États ont l'obligation de fournir, notamment l'accès à des services de prévention postérieurs, à la contraception d'urgence et à des services d'avortement médicalisé¹⁰². Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a reconnu que ce soutien global est également une forme de réparation fournie aux survivants de la violence fondée sur le sexe, laquelle constitue une forme de discrimination à l'égard des femmes interdite en vertu du droit coutumier, ainsi qu'une violation de leurs droits qui peut être assimilée à la torture ou à des mauvais traitements et qui, dans certains cas, peut constituer un crime international¹⁰³.

52. Malgré les efforts déployés au niveau mondial pour parvenir à l'égalité entre les sexes et éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles d'ici 2030¹⁰⁴, des actes de violence fondée sur le sexe continuent d'être commis dans toutes les régions du monde, et cette tendance s'est intensifiée à l'échelle planétaire depuis le début de la pandémie de COVID-19¹⁰⁵, en particulier dans la région de l'Amérique latine¹⁰⁶. Les contributions reçues en réponse à l'appel lancé en vue de la rédaction du présent rapport ont également reflété une augmentation de la violence fondée sur le sexe au cours de la pandémie dans les pays de toutes les régions du monde¹⁰⁷. Les mesures de confinement et autres limitant les déplacements des personnes et augmentant le stress causé par les préoccupations relatives à la sécurité, à la santé et aux ressources financières ont augmenté l'isolement auquel les femmes et les filles doivent faire face, les ont placées dans des situations propices aux abus et les ont exposées à un risque accru de prise de contrôle par les individus qui abusent d'elles et d'assujettissement aux restrictions qu'ils leur imposent. Ces mesures ont également eu pour effet de réduire ou d'empêcher l'accès à des services spécialisés et systèmes de soutien, au nombre desquels les refuges pour femmes. Dans la région de l'Asie et du Pacifique, 12 % des organisations de la société civile œuvrant en faveur de l'élimination de la violence à l'égard des femmes ont suspendu complètement leurs services, et 71 % d'entre elles ne sont que partiellement opérationnelles »¹⁰⁸.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 45.

¹⁰³ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 35 (2017), par. 1-2 et 18.

¹⁰⁴ Objectif de développement durable 5, cibles 5.2 et 5.3 (voir <https://sdg-tracker.org/gender-equality>).

¹⁰⁵ Voir [issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf](#) (unwomen.org).

¹⁰⁶ Plan International, « [Surge in violence against girls and women in Latin America and Caribbean](#) ». Consultable à l'adresse plan-international.org. Voir également www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46422/S2000875_es.pdf.

¹⁰⁷ Voir les contributions d'ARROW, p. 8 ; GHJRU, p. 6 ; Elizka Relief Foundation, p. 4 ; Plan International, p. 2 et 3 ; Société civique sud-coréenne ; We Lead – Community of Action Facilitator in Lebanon, p. 2 ; et MSI UK Reproductive Choices, p. 5.

¹⁰⁸ Fonds des Nations Unies pour la population, *État de la population mondiale 2021*. Rapport

53. Une augmentation des actes de violence sexuelle, sexiste, sexospécifique et fondée sur la sexualité attribuables à la pandémie affecte les adolescents qui sont particulièrement vulnérables aux comportements violents manifestés par des partenaires intimes. Selon une enquête menée par l'International Community of Women Living with HIV – Asia Pacific (ICWAP), avec le soutien de l'Équipe régionale d'appui de l'ONUSIDA pour l'Asie et le Pacifique, en juin 2020, presque 30 % des répondantes avaient subi une forme ou une autre de violence sexiste, en étant notamment victimes de stigmatisation et de discrimination¹⁰⁹.

54. Pour les jeunes LGBTIQ+, qui étaient déjà, dans certains cas, éloignés ou aliénés de leur famille en raison de la discrimination et de la violence dont ils étaient la cible, les mesures de confinement se sont révélées particulièrement pénibles. Ces jeunes en sont désormais réduits à subir des actes de violence en raison de l'état de dépendance dans lequel ils se trouvent par rapport à leur famille, ou doivent faire face au sans-abrisme. Alors que leur accès à des services de conseil et à des abris était déjà limité avant la pandémie, leur situation s'est encore aggravée, de sorte que les jeunes LGBTIQ+ sont maintenant plus démunis que jamais et encore plus vulnérables à la violence.

E. VIH/sida

55. En vertu du droit à la santé, les États doivent assurer la prévention, le traitement, les soins et l'assistance en matière de VIH/sida pour les enfants et les adultes, et la discrimination dans l'accès aux soins de santé à l'égard de toute personne présentant une séropositivité au VIH/sida est interdite¹¹⁰.

56. Depuis le début de l'épidémie de VIH/sida, environ 77,5 millions de personnes ont été infectées, 34,7 millions sont décédées et 37,6 millions vivaient avec le VIH/sida en 2020 dans le monde¹¹¹.

57. Les méthodes biomédicales de prévention du VIH/sida, à savoir le traitement préventif de l'infection (TasP) et la prophylaxie orale pré-exposition (PrEP) offrent la promesse de permettre la maîtrise de l'épidémie de VIH/sida. Néanmoins, les inégalités continuent d'être un important facteur d'infection par le VIH. Dans les pays qui criminalisent sa transmission, les niveaux élevés d'inégalité entre les sexes et de violence sexiste, notamment sous la forme de viols, d'exactions commises contre des enfants et de mariages précoces et forcés, exposent à un risque accru d'infection par le VIH les femmes, les adolescents, les personnes LBGTIQ+ et celles qui sont dans des situations vulnérables.

58. Si les environnements juridiques et politiques actuels restent inchangés, il ne sera pas possible de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, comme le prévoient le programme de développement durable et l'engagement mondial d'accélérer la lutte contre le VIH. Il est essentiel d'investir davantage dans les catalyseurs sociaux, les réponses communautaires et les droits de l'homme en tant que stratégies

consultable à l'adresse www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf, p. 127.

¹⁰⁹ Voir www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210308_gender-inequalities-asia-pacific. Voir également la contribution de l'ONUSIDA.

¹¹⁰ Voir Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12 2) a); Comité des droits de l'homme, observation générale n° 14 (1984), par. 16 à 18; et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 13, 30 et 45.

¹¹¹ ONUSIDA, « Statistiques mondiales sur le VIH et le sida », fiche d'information.

d'amélioration des environnements juridiques et politiques, qui contribueront à leur tour aux efforts de prévention du VIH¹¹².

Effet de la pandémie de COVID-19 sur le VIH/sida

59. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a documenté l'effet des mesures de confinement liées à la pandémie de COVID-19, des restrictions imposées en matière de déplacements, des fermetures de frontières, et des réductions et réaffectations de ressources sur les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables et marginalisés¹¹³. Les services de lutte contre le VIH ont été perturbés et les chaînes d'approvisionnement en produits de base ont subi des tensions anormales ; les services de diagnostic du VIH et les initiatives de traitement ont été réduits, et le nombre de personnes qui entreprennent une thérapie antirétrovirale est en baisse, bien que le taux de rétention des patients sous traitement se soit amélioré. On estime que 4 millions de personnes ayant besoin d'un traitement n'en ont pas bénéficié¹¹⁴. D'après les données communiquées par l'ONUSIDA par les pays, les projections effectuées indiquent que « les perturbations liées à la COVID-19 pourraient entraîner de 123 000 à 293 000 infections supplémentaires par le VIH et de 69 000 à 148 000 décès supplémentaires liés au sida dans le monde »¹¹⁵.

60. L'Afrique subsaharienne continue de supporter le fardeau imposé par la prévalence du VIH, et la pandémie de COVID-19 ne fait qu'aggraver la situation, comme en témoigne la réduction des services de dépistage du VIH et de la fourniture d'autres services, notamment au niveau de la dispensation de médicaments vitaux¹¹⁶. Un rapport du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme révèle que la pandémie de COVID-19 a un grave effet sur les systèmes de santé des pays d'Afrique et d'Asie, en particulier en ce qui concerne le VIH, la tuberculose et le paludisme. D'après ce rapport, ce sont les services de dépistage du VIH, de prévention et de soins contre cette infection qui sont toujours le plus gravement affectés par les mesures de confinement et les restrictions liées au COVID-19, étant donné que près de deux tiers des pays d'Afrique et d'Asie subissent des perturbations sous une forme ou une autre¹¹⁷.

61. Une enquête en ligne menée par l'ONUSIDA auprès de 2 300 personnes originaires de 28 pays d'Amérique latine et des Caraïbes a révélé que 7 répondants sur 10 n'ont actuellement pas suffisamment de médicaments antirétroviraux pour faire face à leurs besoins pendant une période de confinement d'une durée de plus de 60 jours, et que 56 % des répondants craignaient d'être la cible d'actes de discrimination liés au VIH en raison du fait qu'ils continuaient de vivre avec cette infection au beau milieu de la pandémie de COVID-19¹¹⁸.

¹¹² M. Stacey et autres, *Expanding Needs, Diminishing Means: Mapping of Trends in Funding Social Enablers in Southern and East Africa* (Alliance sur le sida et les droits en Afrique australe (ARASA), 2020), p. 5.

¹¹³ Voir ONUSIDA, *L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies*, Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2020 (Genève, novembre 2020), p. 10. Consultable à l'adresse www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_fr.pdf. Voir également la contribution de l'ONUSIDA.

¹¹⁴ ONUSIDA, *L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies*, p. 28.

¹¹⁵ Ibid., p. 35.

¹¹⁶ Chris Beyer, « A pandemic anniversary: 40 years of HIV/AIDS », *Lancet*, vol. 397, n° 10290 (5 juin 2021), p. 2142-2143. Voir également ARASA, « Impact of the COVID-19 national measures on community-led HIV responses in SADC » (2020), projet de rapport.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Voir <http://onusidalac.org/1/images/infographic2-survey-ENG.pdf>.

F. Maladies négligées : cancers de l'appareil reproducteur

62. Malgré les préoccupations liées à l'évolution des priorités mondiales en matière de santé pendant la pandémie de COVID-19, le 3 août 2020, la soixante-treizième Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA73.2, qui a ouvert la voie au lancement de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique pour la période 2020-2030, reflétant ainsi l'effet des efforts de plaidoyer déployés en faveur des droits en matière de santé sexuelle et procréative.

63. La Rapporteuse spéciale souligne que le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer, par ordre de fréquence, contracté par les femmes à l'échelle mondiale, et regrette le fait qu'un accès équitable au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) ne soit pas assuré dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹¹⁹. Quatre-vingt-quinze pour cent des adolescentes ayant reçu des doses de vaccin contre le VPH entre 2006 et 2017 (soit environ 100 millions, selon les estimations) se trouvent dans des pays à revenu élevé¹²⁰. Pourtant, grâce à une analyse des dossiers médicaux électroniques tenus à jour sur des patients pédiatriques aux États-Unis, il a été constaté que pendant la pandémie de COVID-19, de février à début avril 2020, le nombre de vaccinations effectuées contre le VPH a diminué de 68 %. Cette baisse était plus importante que celle observée pour d'autres vaccins pédiatriques¹²¹. Au Kenya, en raison des fermetures liées au COVID-19, 400 000 filles âgées de 10 ans n'ont pas pu participer au programme gouvernemental de vaccination contre le cancer du col de l'utérus offert dans les écoles primaires¹²². Selon les estimations effectuées à partir des données les plus récentes publiées par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) « des améliorations telles que les efforts visant à étendre la couverture par le vaccin anti-VPH dans 108 pays » risquent d'être réduites à néant en raison de la baisse du nombre de vaccinations pendant la pandémie de COVID-19¹²³.

64. Les adolescents deviennent des adultes dont le droit à la santé et l'évolution de l'état de santé sont compromis par des violations historiques et permanentes, ainsi que par le manque de services complets fournis à l'abri de tout préjugé. Le renforcement d'interventions telles que la vaccination contre le VPH pour cette tranche d'âge, ainsi que le dépistage et la prise en charge, même en période de crise sanitaire, contribueront à créer des voies essentielles vers l'intégration systématique des adolescents dans le système de santé publique.

G. Innovations et interventions numériques : possibilités et risques

65. L'expression « santé numérique » sert à désigner diverses technologies de l'information et de la communication utilisées dans les systèmes de santé, allant des applications mobiles aux systèmes d'information de gestion de la santé et au-delà. La santé numérique devrait améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé pour tous. Ces technologies devraient contribuer à

¹¹⁹ A/HRC/47/29, par. 105-106.

¹²⁰ Voir <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/GO.20.00504>.

¹²¹ Laura D. Lindberg, David L. Bell et Leslie M. Kantor, « The sexual and reproductive health of adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 52, n° 2 (Guttacher Institute, juin 2020), p. 75-79. Consultable à l'adresse <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/psrh.12151>.

¹²² Aggrey Omboki, « Kenya : Covid-19 hampers Kenya's cervical cancer vaccination campaign », *AllAfrica.com* (28 juillet 2020).

¹²³ Organisation mondiale de la santé, « l'OMS et l'UNICEF mettent en garde contre une baisse de la vaccination pendant la pandémie de COVID-19 », *communiqué de presse*, 15 juillet 2020.

répondre aux besoins particuliers de diverses populations en permettant l'accès à l'information et aux services à des personnes qui, dans d'autres circonstances, pourraient se heurter à des obstacles. L'observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels souligne que les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, « en particulier aux personnes les plus vulnérables ou marginalisées », sans discrimination aucune¹²⁴. Toutefois, les inégalités sociales et politiques généralisées peuvent créer des vulnérabilités particulières au niveau des outils numériques utilisés dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et procréative.

66. La fracture numérique mondiale est le reflet d'inégalités socioéconomiques plus larges : il s'agit en effet des écarts qui existent entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, entre les hommes et les femmes, entre les générations, entre les groupes sociaux et entre ceux qui ont des niveaux d'accès différents à l'éducation. En raison de leur accès réduit à l'éducation et à l'emploi, les femmes du monde entier sont moins susceptibles que les hommes d'utiliser l'Internet pour télécharger des logiciels ou échanger des opinions en ligne¹²⁵. Selon l'association mondiale des exploitants de réseaux de téléphonie mobile, par rapport aux hommes, le nombre de femmes qui accèdent à l'Internet à l'aide de la téléphonie mobile est inférieur de plus de 300 millions. L'écart entre les sexes est le plus important en Asie du Sud, suivie par l'Afrique subsaharienne¹²⁶. La culture numérique des femmes est globalement inférieure à celle de leurs homologues masculins¹²⁷. En conséquence, les filles sont beaucoup moins susceptibles que les garçons d'envisager une carrière dans les technologies¹²⁸.

67. Pour remédier à la fracture numérique entre les sexes, les États Membres des Nations Unies se sont engagés, dans le cadre de l'objectif de développement durable 5, à assurer l'accès des femmes et des filles aux technologies habilitantes.

68. La Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et l'intolérance qui y est associée a appelé l'attention sur des exemples de discrimination raciale dans le domaine des nouvelles technologies numériques¹²⁹. Une analyse a révélé que dans le domaine de la santé, les technologies biomédicales axées sur l'intelligence artificielle les plus utilisées ne tiennent pas compte du sexe et du genre, ni de la manière dont ces facteurs peuvent influencer sur les différences en matière de santé et de maladie¹³⁰.

69. Les biais algorithmiques peuvent provenir en partie d'ensembles de données biaisées. La stigmatisation et la criminalisation peuvent créer des populations cachées qui ne sont pas comptabilisées dans les données sanitaires utilisées pour fixer les

¹²⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 12 b).

¹²⁵ GSMA Connected Women, *The Mobile Gender Gap Report 2020* (mars 2020). Consultable à l'adresse www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2020/05/GSMA-The-Mobile-Gender-Gap-Report-2020.pdf.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Organisation de coopération et de développement économique, *Bridging the Digital Gender Divide: Include, Upskill, Innovate* (2018). Consultable à l'adresse www.oecd.org/digital/bridging-the-digital-gender-divide.pdf.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Conseil des droits de l'homme, « Discrimination raciale et nouvelles technologies numériques : analyse sous l'angle des droits de l'homme » (A/HRC/44/57, 18 juin 2020), rapport de la Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination sociale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée, par. 12.

¹³⁰ David Cirillo et autres, « Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare », *npj Digital Medicine*, vol. 3, n° 81 (1^{er} juin 2020). Consultable à l'adresse <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0288-5>.

priorités et concevoir les interventions, ce qui renforce les formes de discrimination existantes¹³¹.

70. Privacy International a constaté que des jeunes femmes ont été ciblées en ligne par des organisations visant à restreindre leurs choix en matière de santé sexuelle et procréative¹³².

71. Le 18 décembre 2013, l'Assemblée générale a adopté la résolution 68/167, dans laquelle elle s'est déclarée profondément préoccupée par l'incidence néfaste que la surveillance peut avoir sur l'exercice et la jouissance des droits de l'homme. La Commission mondiale sur le VIH et le droit a exprimé des préoccupations au sujet de la surveillance étendue exercée par l'État et sur la façon dont l'utilisation du système de surveillance en ligne peut porter atteinte à la confiance qui doit être maintenue pour permettre la fourniture d'informations sanitaires en ligne¹³³.

72. Nonobstant les préoccupations susmentionnées, la santé numérique offre d'importantes possibilités positives de s'attaquer activement aux inégalités sociales et de les surmonter en donnant aux femmes et aux groupes marginalisés les moyens d'agir et en répondant à leurs besoins réels. Un nombre croissant d'études montre que la santé mobile peut étendre la portée des services de santé dans les zones difficiles à atteindre, en aidant les groupes qui ont du mal à accéder au système de santé formel, notamment en offrant des informations sur la santé sexuelle et procréative par SMS, en instaurant des rapports de confiance et des relations avec les prestataires de soins de santé, en documentant les violations des droits et en créant des réseaux de pairs pour assurer un soutien mutuel.

73. La Rapporteuse spéciale a reçu des informations sur un certain nombre d'initiatives innovantes soutenant les droits en matière de santé sexuelle et procréative pendant la pandémie¹³⁴. L'application Safe Delivery pour téléphones intelligents a été utilisée dans 40 pays à travers le monde et a permis aux sages-femmes exerçant dans des régions à faibles ressources de se protéger elles-mêmes, ainsi que les mères et les nouveau-nés¹³⁵.

H. Financement de la santé, soutien mondial et action philanthropique en faveur des droits en matière de santé sexuelle et procréative

74. Les fonds provenant de donateurs, qu'il s'agisse des pouvoirs publics nationaux, de donateurs multilatéraux (par exemple, le Fonds mondial et le FNUAP) ou d'organismes philanthropiques, constituent une source importante de financement de la santé étant donné qu'ils représentent en moyenne 30 % des dépenses de santé des pays à faible revenu, et même plus de la moitié de ces dépenses dans le cas de quatre pays de cette catégorie¹³⁶.

¹³¹ Sara L.M. Davis, *The Uncounted: Politics of Data in Global Health* (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, 2020).

¹³² Privacy International, « How anti-abortion activism is exploiting data », consultable à l'adresse <https://privacyinternational.org/long-read/3096/how-anti-abortion-activism-exploiting-data>.

¹³³ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Risques, droits et santé*, supplément (juillet 2018), p 23. Consultable à l'adresse https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_FR.pdf.

¹³⁴ Voir les contributions en question à l'adresse www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

¹³⁵ Cette application a été mise au point en partenariat avec la Maternity Foundation, Plan International, l'Université de Copenhague, Laerdal Global Health et le FNUAP. Voir la contribution de Plan International, p. 6.

¹³⁶ Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, « Funding for sexual and reproductive health and rights in Low-and middle-income countries: threats, outlook and opportunities »

75. En 2019, l'aide publique au développement (APD) pour les droits en matière de santé sexuelle et procréative s'est élevée à 7,9 milliards de dollars, ce qui représente un déclin par rapport au record absolu de 11,3 milliards de dollars enregistré en 2017¹³⁷. Le financement provenant de donateurs pour les droits en matière de santé sexuelle et procréative en tant que part globale du financement de la santé a également diminué, les donateurs ayant décidé que 42 % des fonds attribués au titre de la santé seraient affectés à la promotion des droits en matière de santé sexuelle et procréative en 2017, contre 52 % en 2011¹³⁸. En 2019, les experts avaient prédit que les investissements des donateurs au titre des droits en matière de santé sexuelle et procréative continueraient de stagner en raison du ralentissement de la croissance économique mondiale et de priorités concurrentes telles que le changement climatique et les besoins d'autres secteurs¹³⁹. La pandémie de COVID-19 n'a fait que menacer davantage le financement des droits en matière de santé sexuelle et procréative suite à la réorientation des fonds vers la riposte à la pandémie et la prise des mesures nécessaires pour s'en rétablir.

Défis : financement provenant des donateurs pour la promotion des droits en matière de santé sexuelle et procréative

76. Même avant la pandémie de COVID-19, il existait un niveau élevé de besoins non satisfaits en matière de services de santé sexuelle et procréative. En 2019, on a estimé que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 218 millions de femmes en âge de procréer avaient un besoin non satisfait de contraception¹⁴⁰. Des dizaines de millions de personnes accouchent chaque année sans avoir accès à des soins adéquats liés à la grossesse et au nouveau-né¹⁴¹. On estime qu'au cours de la pandémie de COVID-19, des dizaines de millions de femmes, en grande partie parmi les plus pauvres et les plus vulnérables du monde, ont perdu l'accès aux fournitures et aux services de planification familiale¹⁴². Les deux sous-régions du monde dans lesquelles on a enregistré le niveau le plus élevé de besoins non satisfaits en matière de services liés aux droits à la santé sexuelle et procréative sont l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud¹⁴³.

(Genève, 23 décembre 2019), consultable à l'adresse www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1. Voir également Organisation mondiale de la santé, *New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage*, Global report (Genève, 2017), consultable à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17.10-eng.pdf?ua=1>.

¹³⁷ Kalila Jaeger et Zoe Johnson, « Generation equality? trends from a decade of donor Funding for SRHR », Donor Tracker (1^{er} mars 2021). Consultable à l'adresse <https://donortracker.org/insights/generation-equality-trends-decade-donor-funding-srhr>.

¹³⁸ Ibid.

¹³⁹ Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, « Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities » (Genève, 23 décembre 2019). Consultable à l'adresse www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1.

¹⁴⁰ Elizabeth Sully et autres, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (New York, Guttmacher Institute, juillet 2020). Consultable à l'adresse www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, « Impact of COVID-19 on SDG progress: a statistical perspective », note de synthèse n° 81 (27 août 2020). Consultable à l'adresse www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-81-impact-of-covid-19-on-sdg-progress-a-statistical-perspective/.

¹⁴³ Elizabeth Sully et autres, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (New York, Guttmacher Institute, juillet 2020). Consultable à l'adresse www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#.

77. La dépendance à l'égard du financement provenant de donateurs pour obtenir les services nécessaires en matière de santé sexuelle et procréative dans les pays à revenu faible ou intermédiaire compromet la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et procréative. Il est nécessaire de décoloniser l'aide. Le montant du financement dépend dans une large mesure des priorités politiques, ce qui représente une tendance néocolonialiste, et les niveaux de financement peuvent varier considérablement d'une année à l'autre. En outre, la manière dont les fonds liés aux droits en matière de santé sexuelle et procréative sont dépensés est largement déterminée par les priorités des bailleurs de fonds plutôt que par les besoins des pays et organisations bénéficiaires. Un phénomène tel que la pandémie de COVID-19 peut faire augmenter de façon spectaculaire le besoin de financement des droits en matière de santé sexuelle et procréative, tout en incitant les donateurs à réaffecter leurs fonds ailleurs pour soutenir les mesures d'urgence prises dans le cadre de la riposte.

78. Le Royaume-Uni a réduit ses dépenses au titre du développement international de 0,7 à 0,5 % de son revenu national brut (RNB), ce qui représente une baisse de 4 milliards de livres, dont 40 % dans le domaine de la santé. Cette décision a eu une incidence directe sur l'aide au FNUAP et à ses bureaux de pays ainsi qu'au programme de santé sexuelle intégrée des femmes de la Fédération internationale pour la planification familiale, et elle entraînera des perturbations dans le domaine des services de santé sexuelle et procréative¹⁴⁴.

VI. Conclusions et recommandations

79. **La pandémie de COVID-19 a aggravé les failles des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne les services importants pour l'affirmation et la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et procréative. De nombreuses mesures nationales de riposte à cette pandémie ont exigé un changement stratégique, une capacité à innover et de l'agilité et, dans certaines régions, cela a permis aux pouvoirs publics de démontrer qu'ils étaient aptes à assurer la prestation des soins de santé nécessaires tout en respectant les droits de l'homme. Dans les cas où les droits doivent être limités pour faire face à des circonstances exceptionnelles, les restrictions à appliquer doivent être conformes au droit international des droits de l'homme, qui exige que les mesures prises soient strictement nécessaires, proportionnées, raisonnables et les moins restrictives possibles¹⁴⁵. Étant donné que les changements stratégiques opérés en situation d'urgence deviennent souvent partie intégrante de lois adoptées de longue date dans des contextes non urgents, il est essentiel que ces changements soient examinés pendant cette pandémie afin de déterminer leurs effets sur l'égalité et l'accès équitable aux droits en matière de santé sexuelle et procréative au cours des années à venir.**

80. **La Rapporteuse spéciale considère que la pratique de la médecine est en soi un outil de promotion des droits de l'homme et que les travailleurs de la santé**

¹⁴⁴ Voir la contribution de MSI UK Reproductive Choices, p. 6.

¹⁴⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « UN human rights treaty bodies call for human rights approach in fighting COVID-19 », Genève, 24 mars 2020 ; R. Rima Jolivet et autres, « Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter », *Health and Human Rights Journal*, vol. 22, n° 1 (juin 2020), consultable à l'adresse www.hhrjournal.org/2020/05/upholding-rights-under-covid-19-the-respectful-maternity-care-charter ; Andrea Boggio et autres, « Limitations on human rights: are they justifiable to reduce the burden of TB in the era of MDR-and XDR-TB? » *Health and Human Rights Journal*, vol. 10, n° 2 (décembre 2008), p. 121-126.

sont donc essentiels pour faire évoluer les systèmes patriarcaux et paternalistes régissant la pratique médicale.

81. Une grande partie des actes de discrimination auxquels sont confrontées les femmes et les filles en ce qui concerne leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative peuvent être attribués à l'instrumentalisation et à la politisation de leurs corps.

82. La Rapporteuse spéciale constate que l'on a affaire à une culture patriarcale se manifestant à l'échelle mondiale, à un climat régressif et à un recul dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et procréative, et à une opposition à l'égalité des sexes. Les progrès réalisés au cours des dernières décennies dans ces domaines risquent d'être réduits à néant tandis que les droits et perspectives des femmes, des filles et des personnes LGBTIQ+ sont relégués au second plan.

83. S'il est vrai que les adolescents eux-mêmes ont la capacité de contribuer à leur propre santé et bien-être, ils ne peuvent atteindre cet objectif que si les États respectent et protègent leurs droits.

84. La Rapporteuse spéciale rappelle aux États qu'ils doivent leur assurer l'accès aux conditions, services et informations nécessaires¹⁴⁶. Cependant, au-delà de la simple survie, les enfants ont le droit de s'épanouir, de se développer de manière holistique pour atteindre leur plein potentiel et de jouir d'une bonne santé physique et mentale dans un monde viable¹⁴⁷.

85. La situation actuelle est caractérisée par des déficits persistants et des défis récurrents dans le financement des systèmes de santé à travers le monde¹⁴⁸. Bien que les dépenses de santé nationales des pays à revenu faible ou intermédiaire soient en hausse, il est probable que ces pays continueront à dépendre fortement du financement des donateurs pour promouvoir les droits en matière de santé sexuelle et procréative dans un avenir proche¹⁴⁹.

86. La Rapporteuse spéciale recommande aux États de s'efforcer d'être moins dépendants à l'égard de l'aide des donateurs afin de respecter leurs obligations.

87. La Rapporteuse spéciale recommande que les technologies biomédicales axées sur l'intelligence artificielle (IA) ne perpétuent pas le racisme, le sexisme, le capacitisme ou la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou le genre. Les États doivent éliminer les inégalités sociales et politiques afin de combler le fossé numérique entre les sexes, en tenant compte des besoins des personnes handicapées, ce qui implique d'offrir des protections contre la discrimination et la violence liées à l'utilisation des outils et technologies numériques.

88. L'adoption de l'innovation et de la technologie peut être un outil permettant de faire progresser l'égalité réelle.

89. La Rapporteuse spéciale souligne que « la société civile joue un rôle clé comme agent de changement. Des partenariats de confiance entre les administrations publiques, les services de santé gérés par l'État et le secteur non lucratif, y compris la société civile, constituent l'un des piliers de systèmes de

¹⁴⁶ A/HRC/32/32 (2016).

¹⁴⁷ Voir www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/GroupsInVulnerableSituations.aspx.

¹⁴⁸ A/67/302 (2012).

¹⁴⁹ Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, « Funding for sexual and reproductive health and rights in low-and middle-income countries: threats, outlook and opportunities » (Genève, 23 décembre 2019). Consultable à l'adresse www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1.

santé efficaces et agissent comme une garantie de la réalisation effective des droits fondamentaux liés à la santé »¹⁵⁰.

90. La Rapporteuse spéciale recommande aux États de respecter et de protéger les principes essentiels de non-discrimination, d'égalité et de respect de la vie privée, ainsi que l'intégrité, l'autonomie, la dignité et le bien-être des individus, en particulier en ce qui concerne les droits en matière de santé sexuelle et procréative.

¹⁵⁰ [A/HRC/29/33](#) (2015).