



Union Interparlementaire
Pour la démocratie. Pour tous.



The Partnership
for Maternal, Newborn
& Child Health



Agir pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents

Guide à l'usage des parlementaires N° 31

© Union interparlementaire et PMNCH 2020

La reproduction, intégrale ou partielle, de la présente publication à des fins personnelles et non commerciales est autorisée, sous réserve que les mentions relatives au droit d'auteur et aux sources soient également reproduites, et qu'aucune modification ne soit apportée.

Veuillez informer l'Union interparlementaire de l'usage que vous souhaitez faire du contenu de cette publication.

Original: anglais

Traduction: Françoise Wirth

Mise en page: Simplecom graphics

Impression: Courand et Associés

ISBN 978-92-9142-756-7 (UIP)

Table des matières

Remerciements	2
Avant-propos	3
Sigles et acronymes	5
Introduction.....	6
Partie I. Feuille de route de l’action parlementaire en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents à l’ère des ODD	10
Agir pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents	10
Partie II. Des mesures parlementaires efficaces pour des réponses efficaces ..	17
a. Le développement de la petite enfance.....	18
b. La santé et le bien-être des adolescents	26
c. La qualité, l’équité et la dignité dans le cadre des soins.....	37
d. Santé et droits sexuels et reproductifs	45
e. Autonomisation des femmes, des filles et des populations locales	54
f. Situations d’urgence humanitaire et de fragilité.....	62
Partie III. Conclusion	70
Annexes: Références	71

Remerciements

Cette publication conjointe de l'UIP et du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a été rédigée par Hadley Rose, avec le concours des membres du Groupe consultatif sur la santé de l'UIP. L'UIP remercie chaleureusement Petra Bayr (Autriche), Sanjay Jaiswal (Inde) et Given Katuta (Zambie). Kadi Touré (PMNCH), Aleksandra Blagojevic (UIP), Miriam Sangiorgio (UIP) et Marcus Stahlhofer (OMS) ont également participé à la relecture éditoriale et technique du texte.

Avant-propos

L'investissement dans la santé des femmes, des enfants et des adolescents est un impératif qui relève des droits de l'homme et apparaît dans de nombreux engagements internationaux et dans les législations nationales. C'est aussi une sage mesure économique pour les États. En effet, la bonne santé des enfants détermine celle des adultes ; les adolescents en bonne santé manquent moins l'école, se marient et ont des enfants plus tard, lorsqu'ils se sentent prêts, et deviennent des membres productifs de la société ; les femmes en bonne santé sont moins souvent absentes au travail et sont davantage en mesure de veiller à leur propre santé et à celle de leur famille.

La santé est un domaine d'intérêt politique et stratégique pour l'Union interparlementaire (UIP). En 2019, l'Assemblée de l'UIP a adopté une résolution intitulée [*Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030 : le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé*](#). Celle-ci a été précédée de la résolution de 2012 intitulée [*L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ?*](#), ainsi que son addendum de 2017. Ces résolutions soulignent l'importance du travail des parlementaires dans le domaine de la santé, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents.

En tant que législateurs, contrôleurs de l'action gouvernementale et dirigeants locaux, les parlementaires sont bien placés pour veiller à ce que la démocratie et l'action parlementaire contribuent à améliorer la santé de manière générale et plus particulièrement celle des femmes, des enfants et des adolescents. Lorsque les parlementaires sont véritablement engagés dans cet effort, ils peuvent devenir des dirigeants influents, capables de prendre position et d'utiliser leurs prérogatives constitutionnelles pour agir au profit de la population.

Le présent guide prend la suite du guide de l'UIP intitulé [*Action des parlements en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*](#) publié en 2013. Il propose aux parlementaires une feuille de route axée sur l'action, afin de les aider à prendre les meilleures décisions possibles en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il présente également une feuille de route décisionnelle, afin de combiner ce cadre à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016–2030, en insistant sur les principaux sujets de préoccupation, les indicateurs et les interventions relatifs à chacun des six domaines privilégiés pour 2020 : a) le développement de la petite enfance, b) la santé et le bien-être des adolescents, c) la qualité, l'équité et la dignité dans le cadre des soins, d) la santé et les droits sexuels et reproductifs, e) l'autonomisation des femmes, des filles et des populations locales, f) les situations de fragilité et d'urgence humanitaire. Le guide comprend, en outre, des sections autonomes, faciles à consulter, mettant en relief les différentes étapes de la feuille de route et donnant un aperçu du domaine traité. Les parlementaires et leurs assistants pourront aisément s'y reporter et adapter les mesures proposées à leur contexte national.

Ce guide est le résultat d'une collaboration étroite et de longue date entre l'UIP et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH). Nous

espérons qu'il inspirera et aidera les parlements et les parlementaires du monde entier à faire preuve de leadership politique fort et à exercer pleinement leurs pouvoirs législatif, budgétaire et de contrôle afin d'obtenir des résultats pour les femmes, les enfants et les adolescents partout dans le monde.



Martin Chungong
Secrétaire général de l'UIP



Helga Fogstad
Directrice exécutive du PMNCH

Sigles et acronymes

APD	Aide publique au développement
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CSU	Couverture sanitaire universelle
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DPE	Développement de la petite enfance
EWEC	<i>Every Woman, Every Child</i> (Initiative Chaque femme, chaque enfant)
IAP	<i>Independent Accountability Panel for Every Woman, Every Child, Every Adolescent</i> (Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités dans le cadre de l'initiative Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent)
IST	Infections sexuellement transmissibles
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OSC	Organisation de la société civile
PIB	Produit intérieur brut
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SSR	Santé sexuelle et reproductive
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Introduction

Le droit à la santé est un droit fondamental de tout être humain. L'accès à des services de santé de qualité est, en outre, une condition de l'exercice de tous les autres droits. Investir dans la santé des femmes, des enfants et des adolescents revient donc à investir dans les droits, la dignité et le bien-être des personnes. C'est, en outre, une démarche salubre pour l'économie. En grandissant, les enfants en bonne santé deviennent des adultes en bonne santé, qui sont plus productifs. Les adolescents en bonne santé ne font pas des enfants trop tôt et ont de meilleurs résultats scolaires. Les mères en bonne santé donnent naissance à des enfants en bonne santé qui grandissent en bonne santé. Enfin, les femmes en bonne santé sont moins souvent absentes au travail et ont plus de moyens à consacrer à leur famille.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui ont orienté le programme de développement entre 2000 et 2015, s'appuyaient sur des accords relatifs aux droits de la personne comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), la Convention relative aux droits de l'enfant, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). Cette période a donné lieu à des progrès significatifs en matière de santé des femmes et des enfants. Les parlementaires et d'autres parties prenantes nationales ont lutté pour introduire des changements législatifs et créer un environnement porteur. En 2010, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a rassemblé la communauté internationale autour de mesures et d'investissements prioritaires. Les parlementaires ont marqué leur soutien à cette stratégie en adoptant en 2012 la résolution de l'UIP intitulée *L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ?*, dans laquelle ils énonçaient les principales mesures politiques, législatives et budgétaires à prendre pour contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire dans leurs pays.

Malgré les progrès réalisés pendant la période des OMD, le nombre des décès évitables est resté élevé et la maladie a continué de faire des ravages parmi les femmes, les enfants et les adolescents. Dans le monde d'aujourd'hui, une femme sur trois subit des violences physiques ou sexuelles au cours de son existence¹. En 2017, plus de 295 000 femmes ont perdu la vie alors que leur décès, lié à une grossesse ou un accouchement, aurait pu être évité². À l'échelle mondiale, une femme qui accouche sur cinq n'a pas accès à des professionnels de santé capables de prévenir ou de traiter les complications susceptibles de survenir³. Le nombre des mort-nés atteint 2,6 millions⁴ tandis que près de 2,5 millions de nouveau-nés décèdent dans le premier mois de leur

1 Organisation mondiale de la Santé (OMS), «La violence à l'encontre des femmes», 29 novembre 2017. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.

2 Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Groupe de la Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies (2019), *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017*, p. 32. www.unfpa.org/featured-publication/trends-maternal-mortality-2000-2017.

3 OMS, Base de données de l'Observatoire mondial de la santé, Skilled attendants at birth: Situation and trends. www.who.int/gho/maternal_health/skilled_care/skilled_birth_attendance_text/en/ (page consultée le 6 juin 2019).

4 Joy E. Lawn *et al.*, «Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030», *The Lancet*, vol. 387, issue 10018 (6 février 2016).

vie de causes le plus souvent évitables⁵. Chaque année, environ 5,4 millions d'enfants décèdent avant leur cinquième anniversaire, alors que, le plus souvent, une intervention simple et peu coûteuse aurait pu éviter leur mort⁶. Dans les pays en développement, 214 millions de femmes en âge d'avoir des enfants qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne. À l'échelle mondiale, 44 % des grossesses sont non désirées. Chaque année, près de 4 millions de filles de 15 à 19 ans subissent un avortement non médicalisé, qui risque d'accroître le taux de mortalité maternelle et d'entraîner des problèmes de santé durables⁷. Dans ce même groupe d'âge, les garçons sont nombreux à perdre la vie à l'occasion d'accidents de la route, de violences interpersonnelles, d'auto-agressions ou de noyades. Près de la moitié des problèmes de santé mentale se déclarent avant 14 ans, et le suicide est l'une des causes principales de décès à l'adolescence.

Avec les Objectifs de développement durable (ODD), qu'ils ont adoptés en 2015, les États membres de l'ONU se sont engagés à faire encore progresser la santé des femmes et des enfants, soulignant la nécessité de ne laisser personne de côté et de se préoccuper de tous. Élaborée avec le soutien de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants, la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) propose un plan d'action pour l'ère des ODD. Au-delà de la simple survie, cette stratégie met l'accent sur l'épanouissement et vise à la fois à transformer la situation de l'individu et les systèmes de santé. Elle élargit à l'adolescence la problématique de la santé de la femme et de l'enfant et porte sur tous les pays, sans se limiter aux pays à revenu faible et intermédiaire. Elle préconise, en outre, une approche intersectorielle des questions de santé et met l'accent sur les situations d'urgence humanitaire et de fragilité dans lesquelles les problèmes d'accès, de moyens et de sécurité viennent encore compliquer les problèmes de santé. Afin de tenir compte de la révision de la Stratégie mondiale pour 2016–2030, l'Assemblée de l'UIP a adopté en 2017 un addendum à sa résolution de 2012 qui vise à promouvoir la santé de tous, tout au long de la vie, et souligne la nécessité d'innover tant dans le domaine de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent que dans celui de la levée de fonds mobilisés à cette fin.

Principaux accords internationaux portant sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

- [Objectifs de développement durable \(ODD\)](#)
- [Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent \(2016-2030\), Toutes les femmes, tous les enfants](#)
- [Résolution de l'UIP : L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ? \(2012\)](#)

5 OMS, «Nouveau-nés : réduire la mortalité», 28 septembre 2018. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality.

6 OMS, Base de données de l'Observatoire mondial de la santé, Under-five mortality: Situation. www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/ (page consultée le 6 juin 2019).

7 J. Darroch et al. (2016), *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. Guttmacher Institute.

- [Guide à l'usage des parlementaires : Action des parlements en faveur de la santé, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant \(2013\)](#)
- [Addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012](#)
- [Résolution de l'UIP: Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030: le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé](#)

Pour le présent guide, qui prend la suite de celui de 2013 intitulé *Action des parlements en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*, le contenu technique a été révisé en fonction de la portée élargie des ODD, de la Stratégie mondiale 2016–2030 et de l'addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012. Afin d'en faciliter l'utilisation par les parlementaires, le guide prend la forme d'une feuille de route illustrée d'exemples pratiques et orientée vers l'action. L'optique adoptée pour aborder la santé des femmes, des enfants et des adolescents est fondée sur les droits de l'homme, étayée par des données et des éléments probants, et vise à optimiser les résultats, au bénéfice des femmes, des enfants et des adolescents, mais aussi des populations et des sociétés dans leur ensemble.

La première partie du guide présente une feuille de route qui détaille l'action que peuvent mener les parlementaires à l'échelle nationale. Elle établit un cadre général d'appréhension de la question et d'engagement, qui traite de l'élaboration et du financement de solutions politiques fondées sur des données probantes, ainsi que de solides mécanismes de supervision institutionnelle, d'engagement public et de mise en œuvre.

Dans la deuxième partie, la feuille de route est appliquée aux six domaines de mise en œuvre de la Stratégie mondiale⁸ : a) le développement du jeune enfant, b) la santé et le bien-être des adolescents, c) la qualité, l'équité et la dignité dans le cadre des soins, d) la santé et les droits sexuels et reproductifs, e) l'autonomisation des femmes, des filles et des populations locales, f) les situations d'urgence humanitaire et de fragilité. Cette partie présente tout un arsenal de mesures illustrées par des exemples de réussites législatives, programmatiques et politiques dans ces six domaines. Les parlementaires pourront ainsi tirer parti des enseignements et en appliquer les conclusions dans leur propre pays.

La conclusion, qui constitue la troisième partie, appelle les parlementaires à poursuivre leurs efforts pour défendre le droit à la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et exiger de toutes les parties prenantes qu'elles rendent compte de la façon dont les engagements sont tenus.

⁸ Ces domaines privilégiés ont été évalués en septembre 2017 par le Comité de pilotage de haut niveau de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants. L'illustration est une synthèse des travaux de définition des priorités.



Développement de la petite enfance – Les investissements dans la santé, la nutrition et le bien-être de l'enfant pendant ses premières années de vie ont un fort impact sur son développement cérébral et donc sur ses capacités d'apprentissage, sa santé, son comportement et, à terme, sur le revenu de l'adulte qu'il deviendra.



Santé et bien-être de l'adolescent – Les investissements dans la santé et le bien-être des adolescents peuvent transformer la vie des jeunes et engendrent, en outre, d'importants bénéfices économiques avec un triple rendement : en termes de santé des adolescents eux-mêmes, des adultes qu'ils vont devenir et de la génération suivante.



Qualité, équité et dignité dans le cadre de la CSU – Ce principe régit les efforts déployés pour assurer un accès équitable à des soins de qualité tout au long de la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la période postnatale, et pour veiller à ce que les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents aient tous une expérience positive des soins dispensés dans le respect de leurs droits.



Santé et droits sexuels et reproductifs – La mise en place d'une offre complète de services répondant aux besoins et aux droits sexuels et reproductifs à toutes les étapes de la vie bénéficie aux femmes, aux adolescents, aux enfants, et à la société dans son ensemble. Ces services ont, en outre, un excellent rapport coût/efficacité.



Autonomisation des femmes, des filles et des populations locales – Les lois, les politiques et les normes sociales qui favorisent l'égalité des sexes et luttent contre la discrimination, la coercition et la violence sont essentielles à la survie, à l'épanouissement et à la transformation des populations : il est impératif que les femmes, les enfants et les adolescents soient des acteurs de ces processus.



Situations d'urgence humanitaire et de fragilité – Il est essentiel que les secteurs de l'aide humanitaire et du développement harmonisent leur action, afin de satisfaire les besoins des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence humanitaire et de fragilité, notamment en permettant l'accès à des services et des interventions de qualité adaptés à toutes les étapes de la vie.

(Source : Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) (2019), *Advocacy Brief: Putting women, children and adolescents at the heart of universal health coverage*, p. 3)

Partie I. Feuille de route de l'action parlementaire en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents à l'ère des ODD

La feuille de route décisionnelle a été divisée en quatre sections pour mieux guider l'action parlementaire d'élaboration ou de révision des approches :

1. Cerner le problème ou le manque
2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques
3. Mobiliser des financements
4. Renforcer la transparence et l'engagement

Dans la deuxième partie, la feuille de route est appliquée aux six domaines de mise en œuvre de la Stratégie mondiale 2016–2030 : a) le développement du jeune enfant, b) la santé et le bien-être des adolescents, c) la qualité, l'équité et la dignité dans le cadre des soins, d) la santé et les droits sexuels et reproductifs, e) l'autonomisation des femmes, des filles et des populations locales, f) les situations d'urgence humanitaire et de fragilité. L'objectif est d'aider les parlementaires à élaborer des stratégies nationales d'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Agir pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents

1. Cerner le problème ou le manque

Que disent les citoyens ?

- Quelles sont les informations que vous pouvez recueillir lors de réunions dans des mairies ou d'autres rencontres avec des citoyens ?
- Les femmes, les enfants et les adolescents ont-ils du mal à accéder aux services de santé et à obtenir des informations ?

Que disent les données ?

- Disposez-vous de données sur les problèmes que vous cherchez à cerner ?
- Ces données sont-elles ventilées par sexe, région, niveau de revenu, niveau d'éducation ou autre critère ?
- Avez-vous lu des rapports contenant des statistiques sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans votre pays (émanant de la société civile, d'organisations internationales, du ministère de la Santé ou d'autres ministères) ?

- Quelle est la situation de votre pays par rapport à celle de vos voisins ?
- Quelles sont les autres données dont vous avez besoin pour mieux comprendre les causes sous-jacentes du problème et commencer à élaborer une solution politique ?

Données : y accéder et les exploiter

Si les données et tendances mondiales sont intéressantes et instructives, les données nationales sont souvent plus utiles pour l'élaboration et l'adoption de politiques efficaces. Vous pourrez certainement vous procurer des données pertinentes et des indicateurs de tendance auprès du Bureau national de la statistique et des ministères sectoriels.

Les portails ci-dessous publient des données de niveau mondial et national sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents :

- [Les données ouvertes de la Banque mondiale](#)
- [Données de l'Observatoire de la santé mondiale](#)
- [Portail de données de la Stratégie mondiale 2016–2030](#) (en anglais)
- [Séries de données de l'UNICEF](#) (en anglais)
- [Données des enquêtes démographiques et de santé](#) (en anglais)

Que disent les partenaires ?

- Avez-vous discuté avec des représentants de la société civile ou d'autres partenaires pour en savoir plus sur les principales difficultés rencontrées par les femmes, les enfants et les adolescents en matière de droit à la santé ?
- Au vu de leur expérience avec ces groupes de population, quels sont les avis des partenaires sur les données, la mise en œuvre et les freins à l'accès aux soins ?
- Le secteur public et le secteur privé interviennent-ils tous les deux ? Une collaboration a-t-elle été mise en place entre les deux pour faciliter l'accès aux soins, améliorer la qualité et la couverture des services sanitaires, régler les problèmes de personnel et les autres problèmes ?

Quel est votre propre point de vue ?

- Constatez-vous des différences d'accès en fonction du sexe, du niveau de revenu, du lieu, du niveau d'éducation ou d'autres facteurs ?
- Certaines données font-elles défaut ? Constatez-vous que les données disponibles ne répondent pas à certaines questions et que ce manque pourrait suggérer un problème systématique à résoudre ?

- Quels sont les autres secteurs (éducation ou justice, par exemple) qui jouent un rôle dans le problème que vous avez constaté ?
- Les priorités en matière de financement et de programme sont-elles clairement énoncées dans les politiques et la législation afférentes à ces questions ? Si la réponse est négative, êtes-vous en mesure de faire en sorte que les priorités de financement soient liées aux résultats des programmes ?

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Examen du paysage légal et politique

- Quels sont les instruments juridiques et politiques en lien avec le problème ? Sont-ils efficaces ?
- S'ils ne sont pas efficaces, êtes-vous en mesure de déterminer à quel niveau ?
- La loi ou la politique exprime-t-elle clairement le mode de mise en œuvre ou d'application ? Les politiques en place souffrent-elles d'un manque d'instruments législatifs ? Pouvez-vous encourager l'adoption d'instruments ou de plans d'action plus précis à l'appui de la mise en œuvre ?
- Si les lois sont appliquées à l'échelon local, les résultats sont-ils influencés par certains déficits de moyens, de capacités ou de reddition de comptes ?
- Certains engagements internationaux pourraient-ils combler les lacunes de la législation ou de la politique nationale ?

Évaluation de l'engagement de la population et identification des obstacles à la mise en œuvre

- La population est-elle adéquatement associée à la protection et à la promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents ? En mesure-t-elle l'importance ?
- Si la réponse est négative, peut-on considérer que la population freine la mise en œuvre ?
- La population a-t-elle été consultée au moment de l'élaboration de la politique ?
- Est-il possible, maintenant, de l'impliquer adéquatement ?
- Les rapports et les décisions gouvernementales sont-ils communiqués au public et largement diffusés ?
- Que disent les organisations de la société civile et les divers partenaires à propos des freins légaux, des cadres politiques et des obstacles à la mise en œuvre ?

- Les données disponibles donnent-elles des indications sur la mise en œuvre ou des données supplémentaires sont-elles nécessaires ?
- Des préjugés et discriminations d'ordre social et culturel, ou d'autres obstacles freinent-ils l'accès des femmes, des enfants et des adolescents aux services de santé, y compris lorsque ceux-ci leur sont ouverts ?
- Les rapports des ministères compétents rendent-ils adéquatement compte de la situation des groupes de population vis-à-vis de l'application et d'autres difficultés ?

Examen de l'efficacité de la politique : recherche et établissement de rapports

- Des mécanismes de recherche et de recueil de données ou d'autres méthodes de contrôle de l'efficacité de la mise en œuvre sont-ils intégrés à la législation ou à la politique en place ?
- Si la réponse est négative, êtes-vous en mesure d'encourager le financement de tels mécanismes ?
- Que pouvez-vous faire pour intégrer les questions de contrôle, d'évaluation, de suites à donner et d'établissement de rapports à la structure législative ou politique ?
- Les obstacles potentiels à la mise en œuvre (sociaux, culturels, structurels, géographiques, etc.) ont-ils été inclus dans les études et les rapports ?

Documentation technique sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents

- [Commission Guttmacher-Lancet sur la santé et les droits sexuels et reproductifs](#) (en anglais)
- [Base de données mondiale sur les indicateurs des ODD](#) (en anglais)
- [Documentation de l'initiative Chaque femme, chaque enfant](#) (en anglais)
- [Documentation sur la Stratégie mondiale EWEC 2016–2030](#) (en anglais)
- [Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents \(AA-HA!\)](#)
- [Guide technique du PMNCH sur la priorité à donner à la santé des adolescents](#) (en anglais)
- [OMS : Soins attentifs pour le développement de la petite enfance](#)
- [OMS : Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé](#)
- [The Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era \(HQSS Commission\)](#)

3. Mobiliser des financements

Évaluer les ressources disponibles

- De quelles informations disposez-vous sur les ressources et les financements de la santé ?
- Quel pourcentage du PIB représentent les dépenses de santé ?
- Quel est le pourcentage des financements de la santé qui proviennent de l'aide publique au développement (APD) ? Ces fonds sont-ils affectés à des programmes ou des initiatives particuliers ?
- Comment les engagements financiers de votre pays en matière de santé – en particulier pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents – s'articulent-ils avec les engagements régionaux et internationaux ?
- Comment les engagements financiers de votre pays en matière de santé – en particulier pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents – se situent-ils par rapport à vos voisins ou à des pays comparables ?
- Quel est le niveau de vos ressources nationales de santé par rapport aux ressources internationales de santé ?

La question du financement : déterminer si elle représente un obstacle à l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents

- Quel est l'avis des services ministériels compétents, des OSC et des autres parties prenantes sur la question du financement et de l'éventuel obstacle qu'elle représente ? En quoi peut-elle freiner la mise en œuvre ?
- Le manque de financement entrave-t-il l'application de la politique ?
- Les financements affectés à la santé des femmes, des enfants et des adolescents sont-ils suffisants ?
- Les fonds sont-ils alloués aux bons postes et sont-ils décaissés dans de bonnes conditions ?
- Une étude du financement de la santé a-t-elle été menée par des ministères, OSC ou parties prenantes ? A-t-elle débouché sur des recommandations visant à résoudre les obstacles financiers ?

Éliminer ou réduire les obstacles financiers

- L'étude a-t-elle révélé des freins à l'augmentation des dépenses de santé ? Lesquels ?
- Que peut-on faire pour augmenter les dépenses publiques de santé ?
- Pensez-vous qu'il existe des possibilités de partenariat avec le secteur privé ou d'autres moyens de lever davantage de fonds pour le secteur de la santé ?

- Si le secteur de la santé de votre pays dépend fortement des financements internationaux, existe-t-il un plan de transition visant à accroître la part des ressources intérieures ou d'autres ressources ?

Optimiser les dépenses de santé

- L'étude des dépenses de santé a-t-elle mis en lumière des problèmes de décaissement ou d'affectation de fonds ?
- Les fonds sont-ils alloués à des interventions ayant fait leurs preuves ?
- Pouvez-vous utiliser les données et l'appui des OSC et des autres parties prenantes pour mettre en évidence les avantages économiques d'un investissement dans la santé ?
- Certaines interventions de santé sont-elles intersectorielles ? Pourraient-elles à ce titre bénéficier de financements ou de programmes d'autres secteurs (éducation, justice...) ?
- Avez-vous cherché des financements pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents auprès de mécanismes innovants tels que le Mécanisme de financement mondial, Gavi et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, ou auprès d'autres secteurs ?

4. Renforcer la transparence et l'engagement

Évaluer la reddition de comptes et la supervision

- La politique mise en place comprend-elle une structure de reddition des comptes (comité d'arbitrage, commission indépendante ou médiateur spécifiquement chargé de recevoir les réclamations) ?
- Existe-t-il une obligation périodique d'établissement de rapports sur les résultats des politiques et programmes ? À qui ces rapports sont-ils transmis ?
- S'il existe déjà un mécanisme de reddition de comptes, son efficacité a-t-elle été analysée et évaluée ?
- Les ressources consacrées à la reddition de comptes servent-elles à assurer une efficacité maximale des interventions⁹ ?
- Les problèmes sous-jacents ayant des répercussions sur les politiques ou programmes ont-ils été consciencieusement débattus et traités au parlement ?
- Existe-t-il un dispositif de responsabilité budgétaire pour les politiques ou programmes ?
- La mise en œuvre des politiques ou programmes a-t-elle produit des améliorations ou résultats notables en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents ?

⁹ IAP (2016), 2016: *Old Challenges, New Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents Health*, p. 55. iapreport.org/2016/downloads/IAP_Report_September2016.pdf.

- Les données relatives à l'élaboration et au contrôle des politiques sont-elles fiables, disponibles en temps voulu et suffisamment désagrégées pour donner une vision claire du problème et de l'efficacité des mesures prises ?
- En cas d'indisponibilité des données, comment la loi ou la politique peuvent-elles être modifiées de sorte qu'elles prévoient la collecte de données pour favoriser des décisions équitables qui bénéficient prioritairement aux plus défavorisés ?
- Les organismes publics, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, respectent-ils les obligations de reddition de compte inscrites dans les lois et politiques (rapports, bilans, etc.) et s'occupent-ils de résoudre les problèmes¹⁰ ? S'il n'existe pas d'obligations de rendre compte, est-il possible d'en instaurer ?

Évaluer l'engagement public

- Les collectivités, citoyens et parties prenantes ont-ils été consultés au moment de l'élaboration des politiques ou programmes, ou de la détermination des priorités budgétaires ?
- Ont-ils été consultés dans le cadre de l'examen des politiques ou programmes (évaluation de l'efficacité ou des dépenses) ?
- La participation de la société civile et du secteur privé est-elle transparente et inclusive ?
- Si le secteur privé joue un rôle important, en tant que financeur ou prestataire, quelles sont les dispositions mises en place pour garantir qu'il rende des comptes sur la réalisation des objectifs de santé et le respect des normes sanitaires¹¹ ?

Évaluer l'engagement parlementaire

- Quels sont les groupes de travail, commissions, groupes parlementaires ou autres organes mis en place pour traiter des problèmes mis en lumière ?
- Comment ces groupes sont-ils composés ? Sont-ils uniquement constitués de parlementaires ou comprennent-ils des représentants des ministères et de la société civile ?
- Quels sont les soutiens ou les données nécessaires pour réussir à modifier la législation ou la politique ?
- Le mandat de ces groupes de travail prévoit-il l'engagement dans des partenariats ?

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Voir IAP (2018), *Private Sector: Who is Accountable? for Women's, Children's and Adolescent Health*, p. 30. iapreport.org/img/pdf/IAP2018REPORT_web.pdf.

Partie II. Des mesures parlementaires efficaces pour des réponses efficaces

Dans cette partie, la feuille de route présentée dans la partie précédente est appliquée aux six domaines de mise en œuvre de la Stratégie mondiale 2016–2030 : a) le développement du jeune enfant, b) la santé et le bien-être des adolescents, c) la qualité, l'équité et la dignité dans le cadre des soins, d) la santé et les droits sexuels et reproductifs, e) l'autonomisation des femmes, des filles et des populations locales, f) les situations d'urgence humanitaire et de fragilité. Cette partie, qui est axée sur l'action et la mise en œuvre, est organisée autour d'une série d'études de cas et d'exemples pris dans des pays qui ont appliqué les principes d'élaboration de politiques, d'engagement et de transparence exposés dans la première partie.



École en plein air dans le village de Krishnadevpur, au nord de Kolkata, en Inde.
© REUTERS/Ahmad Masood

a. Le développement de la petite enfance

Le développement de la petite enfance (DPE) est le processus par lequel le jeune enfant développe des compétences comme le langage et l'autodiscipline, en particulier au cours des trois premières années de sa vie. C'est ce qui établit les fondements des capacités de l'enfant, de sa réussite et de sa santé pour le reste de sa vie¹². Le DPE englobe des aspects de bonne santé, d'alimentation adéquate, de soins attentifs, de sécurité et de sûreté, et de possibilités d'apprentissage précoce¹³. S'il ne bénéficie pas de bonnes conditions de développement au cours de ses premières années, le jeune enfant risque de souffrir de malnutrition et d'un retard de croissance, lesquels peuvent nuire au fonctionnement de son cerveau et avoir des répercussions sur les processus cognitifs et comportementaux¹⁴. Les conséquences sanitaires d'un mauvais développement du jeune enfant sont associées à une faible

12 Maureen M. Black *et al.* (2017), «Early childhood development coming of age: science through the life course», *The Lancet*, vol. 389, issue 10064, p. 79.

13 Le cadre des soins attentifs pour le développement de la petite enfance a été présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé de 2018. Voir OMS, «Dix faits et chiffres sur le développement dans la petite enfance en tant que déterminant social de la santé». www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/fr/ (page consultée en anglais le 23 septembre 2019).

14 Maureen M. Black *et al.* (2017), *supra* n. 12, p. 80.

productivité professionnelle et des emplois mal rémunérés à l'âge adulte¹⁵. Les 43 % d'enfants qui risquent de ne pas développer pleinement leur potentiel ont toutes les chances d'être ensuite rémunérés 25 % de moins qu'ils auraient pu l'être. Les familles se trouvent ainsi enfermées dans le piège de la pauvreté¹⁶. L'exposition à des risques physiques, biologiques et chimiques pendant les premières années de la vie peut avoir d'importantes répercussions négatives sur le long terme¹⁷. Compte tenu des importantes conséquences du développement pendant la petite enfance, les parlementaires ont la possibilité d'améliorer le développement humain et les performances économiques du pays en plaçant le DPE en tête de liste des priorités et en l'intégrant aux politiques et programmes en place. En ce sens, la promotion du développement de la petite enfance s'avère souvent peu coûteuse et facile à mettre en œuvre.

1. Cerner le problème ou le manque

Les parlementaires qui souhaitent cerner les problèmes ou les manquements des politiques de développement du jeune enfant, et concevoir des solutions efficaces, prendront connaissance des rapports officiels, des commentaires des citoyens et des observations des parties prenantes. Ils pourront aussi étudier les données sur le développement de l'enfant relatives à la santé, aux apprentissages, au bien-être psychologique et social, et à la scolarisation préprimaire. Les directives techniques des organisations internationales sont souvent précieuses quand il s'agit de cerner les problèmes et de trouver les solutions de DPE. Les ODD appellent à un bon développement des enfants en matière d'apprentissage et de bien-être psychosocial¹⁸ et à la réduction de la malnutrition et des retards de croissance¹⁹. L'aspect global du développement, depuis le stade prénatal jusqu'à l'âge de trois ans, est particulièrement important car c'est pendant cette période que l'enfant constitue les fondements qui détermineront sa santé, son bien-être et sa productivité futurs au long de son enfance, de son adolescence et de sa vie d'adulte²⁰. Parmi les autres facteurs déterminants pour la santé et le bien-être psychosocial des enfants, citons la participation à des activités préscolaires, la réduction du nombre des enfants confiés à la garde d'un autre enfant de moins de dix ans, l'accès à des matériels pédagogiques au foyer, l'accès à des activités d'apprentissage précoce pour les enfants financièrement défavorisés²¹. L'amélioration de l'éducation préscolaire a aussi des effets mesurables sur la scolarisation et les résultats scolaires ultérieurs.

15 *Ibid.*

16 The Lancet (2016), *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale: An Executive Summary for The Lancet's Series*, p. 6.

17 *Supra* n. 12.

18 Voir ODD, cible 4.2.

19 Voir ODD, cibles 2.1. et 2.2. Les cibles mondiales en matière de nutrition requièrent une réduction de 40 % du nombre des enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance, l'allaitement exclusif, l'initiation précoce à l'allaitement et la poursuite de l'allaitement, et un niveau minimal d'alimentation acceptable. OMS, UNICEF, *Cadre mondial de suivi de la nutrition : Guide pratique pour le suivi des avancées par rapport aux cibles mondiales 2025*, p. 3-4, 16, 25.

20 OMS, UNICEF (2018), *Soins attentifs pour le développement de la petite enfance: Un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain* apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325724/9789242514063-fre.pdf?ua=1.

21 UNICEF, «Home environment», décembre 2017. data.unicef.org/topic/early-childhood-development/home-environment/.

Revue de la législation et des politiques en matière de développement du jeune enfant (DPE)

Déterminer si la législation et les politiques nationales étayent solidement le DPE :

- *Passer en revue le paysage législatif en matière de DPE :*
 - *Existe-t-il une loi sur le DPE ? Quelles en sont les principales composantes ?*
 - *D'autres lois, relevant des secteurs de la santé, de l'éducation ou de la jeunesse, ont-elles des incidences sur le DPE ?*
- *Passer en revue les indicateurs de santé, de bien-être et de nutrition des enfants :*
 - *pourcentage des enfants dans l'éducation préscolaire*
 - *pourcentage des enfants participant à des activités de préparation au primaire*
 - *pourcentage des enfants laissés seuls ou à la garde d'un autre enfant de moins de dix ans pendant plus d'une heure par semaine*
 - *pourcentage des enfants bénéficiant de matériels pédagogiques à la maison*
 - *ratio des enfants participant à des activités d'apprentissage par tranche de revenu*
- *Mettre en œuvre des mesures éprouvées en matière d'amélioration du DPE :*
 - *compléments d'iode avant et pendant la grossesse*
 - *doses de corticostéroïdes en cas de risque d'accouchement prématuré*
 - *méthode de soins maternels kangourou pour les nourrissons*
 - *promotion de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire, éducation et appui à ces méthodes*
 - *soins attentifs assortis de stimulations et de possibilités d'apprentissage précoce*
 - *soins de santé mentale pour les parents, y compris pendant la période périnatale*
 - *interventions anti-tabac*
 - *élimination des toxines environnementales (plomb, mercure et pesticides)*
 - *programmes d'assistance aux parents*
 - *soins et éducation dans la petite enfance*
- *Évaluer et améliorer le contexte politique pour le rendre propice au DPE*
 - *congés parentaux suffisamment rémunérés pour permettre aux parents de s'occuper de leurs enfants*
 - *pauses d'allaitement sur le lieu de travail*
 - *congés maladie rémunérés pour permettre aux parents de prendre soin de leurs enfants*
 - *salaires minimums suffisants pour maintenir les familles au-dessus du seuil de pauvreté*

- éducation préscolaire gratuite
- stratégies de lutte contre la pauvreté²²

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Le développement du jeune enfant étant une question complexe et multisectorielle, une loi ou politique nationale pourra mettre en place les mécanismes de coordination et de suivi nécessaires pour réaliser des améliorations mesurables. Elle pourra, en outre, poser le fondement d'une éducation préscolaire, d'un système de cantine scolaire, de la protection et de la promotion de l'allaitement, prévoit des canaux de financement et des efforts de coordination multisectoriels dans la recherche d'une amélioration des résultats de DPE. Les parlementaires peuvent promouvoir le développement de la petite enfance à l'échelle nationale en réalisant un audit des lois et politiques portant sur des questions telles que l'éducation, la santé, la nutrition et la jeunesse, afin de faire le point des protections existantes – et ce, même si le pays ne dispose ni d'une loi ni d'une politique spécifique sur le DPE. L'expérience du Chili, qui a adopté une loi sur le DPE, est caractéristique de la façon dont les résultats des politiques ou programmes aident à la conception et à l'application de la loi.

En 2005, au vu des preuves croissantes de l'importance du développement du jeune enfant, le Gouvernement du Chili a mis en place une nouvelle politique multisectorielle intitulée Chile Crece Contigo (Le Chili grandit avec vous)²³. Il avait été observé que les performances scolaires et l'accès aux services d'éducation variaient en fonction du revenu du foyer. Sur la base de cette inégalité, la politique prévoyait des services d'éducation différenciés selon le revenu des familles, y compris une éducation préscolaire gratuite pour les enfants des familles les plus pauvres (les 40 % du bas de l'échelle)²⁴. Cette politique a donné de tels résultats que le Parlement chilien a adopté à l'unanimité la Loi Chile Crece Contigo en 2009²⁵. En 2005, le taux brut de scolarisation préprimaire était de l'ordre de 80 %. Après l'adoption de la nouvelle loi, ce taux a grimpé à 112 %, chiffre qui s'explique probablement par le fait que de nombreux enfants ont profité du nouveau système, alors même qu'ils avaient déjà dépassé l'âge préprimaire. En 2016, le taux s'était stabilisé et progressait régulièrement vers les 85 %.

Dans l'addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012, les parlementaires ont mis en relief l'importance de la collaboration multisectorielle dans le domaine de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en particulier en ce qui concerne le développement de la petite enfance, en s'engageant à «renforcer la collaboration entre les principales administrations chargées de la santé et du bien-être de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, y compris, mais sans s'y limiter, celles dont les compétences

22 Linda M. Richter *et al.* (2017), «Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 3: Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development», *The Lancet*, vol. 389, n° 10064, p. 103–118.

23 Michelle J. Neuman et Amanda E. Devercelli (2013), *What matters most for early childhood development: a framework paper*, La Banque mondiale, p. 28.

24 *Ibid.*

25 Loi n° 20.379 (Chili).

portent sur l'éducation, l'égalité des sexes, l'état civil, l'alimentation, les statistiques, les infrastructures et l'environnement»²⁶. L'alinéa 2 de l'article 6 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que les États «assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant»²⁷. D'autres instruments internationaux, comme le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ont aussi un impact sur les politiques de DPE²⁸.

Dans les pays qui disposent d'une loi ou d'une politique sur le développement de la petite enfance, sa nature multisectorielle peut en compliquer l'application. L'efficacité de la mise en œuvre dépend beaucoup de la volonté politique de haut niveau, ainsi que de l'adhésion des entités infranationales et des administrations locales²⁹. Elle peut aussi être considérablement améliorée par une participation accrue des parents, car un certain nombre des indicateurs de DPE sont liés à l'expérience de l'enfant chez lui. Enfin, une progression notable de l'efficacité peut être obtenue en donnant une plus grande priorité politique aux mesures de DPE.

Le Plan national de développement de la Côte d'Ivoire 2016–2020 mise sur l'investissement dans le capital humain pour favoriser un développement transformationnel, et reconnaît l'importance du développement de la petite enfance en mettant en œuvre de solides politiques de nutrition et d'encouragement de l'allaitement. Le Président a chargé un organe multisectoriel, le Conseil national pour la nutrition, des aspects nutritionnels du plan. Cette priorité donnée aux questions de DPE par l'adoption d'objectifs de développement spécifiques, supervisés par un Conseil national, a débouché sur une réduction des retards de croissance et une amélioration des taux d'allaitement exclusif et de soins postnatals³⁰.

3. Mobiliser des financements

De nombreux pays ne consacrent pas encore les ressources intérieures nécessaires à la mise en valeur du potentiel de développement humain et de croissance économique lié au développement de la petite enfance. Les pays à revenu faible et intermédiaire investissent seulement 1 % de leurs budgets de santé dans des interventions de DPE (apport de vitamine A, suppléments en micronutriments, traitement de la malnutrition

26 Union interparlementaire (UIP), Examen et suivi de la résolution de 2012 intitulée *L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ?*, 137^e Assemblée de l'UIP, 29 septembre 2017.

27 Convention relative aux droits de l'enfant, Assemblée générale des Nations Unies, résolution 44/25 (1989). Dans son Observation générale n° 7, le Comité des droits de l'enfant déclare que «le droit à la survie et au développement ne peut être réalisé que de manière holistique, en mettant en œuvre toutes les autres dispositions de la Convention, notamment droits à la santé, à une alimentation adéquate, à la sécurité sociale, à un niveau de vie suffisant, un environnement sain et sûr et à l'éducation et aux loisirs [...], ainsi qu'en respectant les responsabilités des parents et en assurant une aide et des services de qualité». Le Comité reconnaît en outre que les enfants «ont particulièrement besoin d'être réconfortés physiquement, entourés d'affection et encadrés avec sensibilité», et doivent aussi avoir «du temps et de l'espace pour jouer avec les autres, découvrir et apprendre». CRC/C/GC/7/Rev.1 (2005).

28 OMS (1981), Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.

29 Rebecca K. Sayre *et al.* (2015), *Investing in early childhood development: Review of the World Bank's recent experience*. La Banque mondiale, p. 39.

30 Daniel Kablan Duncan, «Le développement de la petite enfance au cœur de la nutrition», 18 juin 2019. earlychildhoodmatters.online/2019/early-childhood-development-at-the-heart-of-nutrition/.

aiguë)³¹. Dans les pays à revenu élevé, les dépenses consacrées à la tranche d'âge de 0 à 5 ans représentent environ 25 % du revenu national médian des ménages³², tandis que le budget de l'éducation préscolaire est faible, atteignant à peine 0,07 % du produit national brut (PNB)³³, et environ 0,06 % du produit intérieur brut (PIB)³⁴. Par ailleurs, 2 % seulement de l'aide internationale à l'éducation sont affectés à l'éducation précoce³⁵. La Colombie a comblé certains de ses déficits de financement en mobilisant le secteur privé à l'appui du développement de la petite enfance par le biais de coopératives employeurs-employés³⁶. La Colombie prélève aussi 3 % des taxes salariales pour financer un organisme public chargé des services de développement de la petite enfance³⁷. L'Inde, qui est un État fédéral, finance le développement de la petite enfance par des contributions du gouvernement fédéral et des gouvernements locaux aux programmes de DPE³⁸.

S'il n'est pas toujours facile de mobiliser des financements intérieurs pour le développement de la petite enfance, le retour sur investissement est évident. La mauvaise santé et la mauvaise alimentation de la mère, la mauvaise alimentation de l'enfant et les infections infantiles sont responsables de retards de croissance, lesquels entravent le développement cognitif et les résultats scolaires de l'enfant et augmentent les risques de pauvreté, voire d'obésité à l'âge adulte si l'enfant prend trop rapidement du poids après 2 ans³⁹. Le retard de croissance n'a pas seulement des répercussions sur l'avenir de l'individu, il a aussi un impact sur l'économie en général. La Banque mondiale a établi qu'un déficit de taille de 1 % imputable à un retard de croissance correspond à une perte de 1,4 % en productivité économique⁴⁰, et que les adultes ayant présenté un retard de croissance quand ils étaient enfants ont un revenu inférieur de 20 % à ceux qui ont eu un développement normal⁴¹. En outre, tout enfant a droit à l'égalité des chances, et appuyer des programmes ou des mesures de DPE est l'un des moyens les plus efficaces dont disposent les parlementaires pour promouvoir le développement de la petite enfance.

4. Renforcer la transparence et l'engagement

Comme nous l'avons vu, la question du développement de la petite enfance est multisectorielle. La reddition de comptes nécessite donc un plan stratégique d'envergure nationale élaboré en concertation avec toutes les parties prenantes et institutions concernées. La participation des administrations locales et infranationales est importante, car c'est souvent à ces services qu'incombe la mise en œuvre des

31 Results for Development Institute (R4D) (2016), *Financing early childhood development: An analysis of international and domestic sources in low- and middle-income countries*, vol. 1, p. 9.

32 Vidya Putcha et Jacques van der Gaag (2015), *Investing in Early Childhood Development: What is Being Spent, And What does it Cost?* Global Economy and Development at Brookings, p. 8.

33 R4D (2016), *supra* n. 2, p. 9.

34 Putcha et van der Gaag (2015), *supra* n. 32, p. 7.

35 R4D (2016), *supra* n. 2, p. 12.

36 *Ibid.* p. 9.

37 *Ibid.* p. 7.

38 *Ibid.* p. 14.

39 OMS (2014), *Cibles mondiales de nutrition 2025 : Note d'orientation sur le retard de croissance*, p. 2.

40 La Banque mondiale (2006), *Remplacer la nutrition au cœur du développement : une stratégie d'intervention à grande échelle*, p. 24. documents.banquemondiale.org/curated/fr/218511469672156377/pdf/347750FRENCH0R101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf.

41 OMS (2014), *supra* n. 39.

programmes et politiques de DPE. La transparence de l'engagement avec les parties prenantes, les partenaires, les collectivités locales et les agences d'exécution est un élément déterminant de la réussite des interventions de DPE. Il peut cependant s'avérer difficile de garantir la prise en compte des avis des enfants eux-mêmes dans l'élaboration de la politique. S'il est plus facile d'obtenir une certaine forme de participation d'enfants plus âgés, la prise en compte des intérêts des plus jeunes exige un effort particulier de la part des parlementaires qui doit s'accompagner de mesures de sauvegarde⁴². Les OSC sont souvent les mieux placées pour représenter les jeunes enfants dans la mesure où nombre de ces organisations sont responsables ou partenaires de la mise en œuvre de programmes de DPE au côté de parents et d'enseignants. Les supports de communication et les forums constituent des moyens efficaces pour informer les enfants, les parents et les enseignants sur les droits en matière de DPE, et leur apprendre à affirmer et protéger ces droits quand ils sont menacés. La conception de ces supports et l'organisation de ces événements devront se faire en collaboration avec les écoles et les OSC. Au Bangladesh, un réseau a été mis sur pied entre responsables politiques et partenaires et opérateurs du développement de la petite enfance dans le but de renforcer les méthodes de DPE. L'inscription dans l'éducation préscolaire a progressé de manière spectaculaire en quelques années après la création de ce réseau.

Le Bangladesh a créé un Réseau pour le développement de la petite enfance (Bangladesh ECD Network ou BEN). Ce forum, qui réunit des représentants des pouvoirs publics et de la société civile, a permis à des OSC spécialisées dans l'enfance de collaborer avec les pouvoirs publics à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et programmes de développement de la petite enfance⁴³. En 2010, le Bangladesh a adopté une politique d'éducation nationale fondée sur les travaux du réseau BEN. Cette politique avait notamment pour objectif d'accroître la scolarisation préprimaire, fixait des cibles et assignait des tâches aux pouvoirs publics et à la société civile pour les atteindre. Elle prévoyait, en outre, la décentralisation des décisions relatives à l'éducation préscolaire au profit des administrations locales. Si les OSC assuraient déjà une large part des services de développement de la petite enfance au Bangladesh, la prise en compte de la perspective de la société civile a été déterminante dans la réussite de la politique qui a permis, en à peine cinq ans, de multiplier par trois les inscriptions dans l'éducation préprimaire qui sont ainsi passées de 895 000 à 2,86 millions.

42 Voir UNICEF (2015), *Accountability for Children's Rights*. www.unicef.org/policyanalysis/rights/files/Accountability-for-Childrens-Rights-UNICEF.pdf.

43 Voir *Apolitical*, «The unprecedented rise of pre-primary education in Bangladesh», 27 octobre 2017. apolitical.co/solution_article/unprecedented-rise-pre-primary-education-bangladesh/ (page consultée le 4 avril 2019).

L'ACTION PARLEMENTAIRE EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

1. Cerner le problème ou le manque

- S'assurer que le DPE figure en bonne place dans la législation nationale et que des textes ont été adoptés pour le faciliter et le promouvoir
- Repérer les éventuels obstacles à l'adoption ou à l'application des dispositions
- Étudier les indicateurs de santé, nutrition et bien-être des enfants, et la façon dont ces indicateurs sont mis à profit dans le processus décisionnel (cf. plus haut l'examen de la législation et de la politique de DPE)

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

- Établir un solide socle juridique pour l'éducation préscolaire
- Adopter des lois et des politiques de protection et de promotion de l'allaitement
- Vérifier la conformité des lois et politiques nationales aux engagements internationaux en matière de DPE :
 - [Convention relative aux droits de l'enfant](#).
 - [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels](#)
 - [Covenant des droits de l'enfant en Islam](#)
 - [Cadre mondial de suivi de la nutrition : Guide pratique pour le suivi des avancées par rapport aux cibles mondiales 2025 \(OMS\)](#)
 - [Soins attentifs pour le développement de la petite enfance \(OMS\)](#)
- Prendre l'initiative d'un renforcement des engagements politiques en matière de DPE
- Sensibiliser les administrations locales, les milieux associatifs et les parents à l'importance du DPE et les informer sur les lois et politiques correspondantes.

3. Mobiliser des financements

- Défendre le rôle économique du DPE en percevant et en faisant connaître les répercussions du retard de croissance sur l'économie nationale.
- Plaider en faveur de dépenses accrues et plus efficaces pour le DPE, qui est un droit fondamental.

4. Renforcer la transparence et l'engagement

- S'assurer que les avis de la population, enfants compris, sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de DPE, ainsi que dans la détermination des priorités.
- Élaborer un plan stratégique ou une politique nationale de DPE qui détermine clairement les responsabilités des institutions et organismes en matière de résultats et de performances.
- Veiller à la mise en place de mécanismes de reddition de comptes pour les administrations infranationales chargées de la mise en œuvre des politiques et programmes de DPE.



Satara suit une formation pour devenir sage-femme dans le nord du Nigéria.
© Lindsay Mgbor/Département pour le développement international

b. La santé et le bien-être des adolescents

Dans la classe d'âge des 10–19 ans, 1,2 million d'individus perdent la vie chaque année, alors que, le plus souvent, leur décès aurait pu être évité⁴⁴. S'agissant des filles, les principales causes de décès dans ce groupe d'âge sont les accidents de la route, les auto-agressions et les mauvaises conditions de santé maternelle. S'agissant des garçons, les principales causes de décès sont les accidents de la route, les violences interpersonnelles et les noyades⁴⁵. L'adolescence est aussi une période de la vie où l'on adopte des comportements sains ou malsains en matière d'éducation, de santé sexuelle et mentale, d'alimentation et de compétences indispensables à la vie quotidienne (toxicomanie ou violence aussi bien qu'activité physique). De ce fait, l'adolescence a des conséquences notables sur la santé et le bien-être à l'âge adulte. Les établissements scolaires sont souvent des lieux où les adolescents ont accès à des services de santé et des informations. Même s'il existe aussi des services de santé adaptés aux jeunes en dehors des écoles, la nécessité de l'accord parental constitue un obstacle juridique à leur accès dans de nombreux pays. Dans certains pays, bien

44 OMS, «Adolescent deaths and burden of disease». www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescent-deaths-burden-disease/en/ (page consultée le 19 septembre 2019).

45 IAP (2019), *IAP Accountability brief: An accountability agenda to ensure universal health coverage for adolescents*. [iapewec.org/wp-content/uploads/2019/09/BL\\$19103_Parliaments-Adolescent-Accountability-003.pdf](http://iapewec.org/wp-content/uploads/2019/09/BL$19103_Parliaments-Adolescent-Accountability-003.pdf).

qu'ayant légalement le droit à ces services, les adolescents ne sont pas toujours bien reçus par les praticiens ou doivent braver les préjugés pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin, en particulier en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR)⁴⁶. Par ailleurs, les femmes sont nombreuses à commencer à avoir des enfants à l'adolescence. Sans compter les difficultés économiques et sociales que cela implique, le fait d'avoir un enfant à un jeune âge a souvent des conséquences néfastes sur la santé et le développement, tant pour la mère que pour l'enfant. Les jeunes hommes sont aussi nombreux à ne pas disposer à l'adolescence des conseils dont ils auraient besoin pour prendre les bonnes décisions en matière de santé. L'adolescence est une période critique, l'occasion de briser le carcan des stéréotypes de genre pour permettre aux jeunes gens d'adopter des attitudes saines les uns vis-à-vis des autres – ainsi que vis-à-vis des femmes. Pour les parlementaires, investir dans la santé des adolescents est doublement rentable. C'est, d'une part, le moyen d'améliorer la santé des adolescents et, d'autre part, le moyen de favoriser de meilleures performances scolaires car les adolescents en bonne santé apprennent mieux. C'est aussi, de ce fait, le moyen d'améliorer les perspectives économiques de tous les adolescents (et des filles en particulier) parce que c'est un facteur de réduction des mariages forcés et précoces comme des grossesses adolescentes.

1. Cerner le problème ou le manque

Les adolescents sont confrontés à des problèmes de santé qui leur sont propres. Les accidents de la route, les infections des voies respiratoires inférieures, les auto-agressions, les maladies diarrhéiques et les noyades sont les principales causes de décès à l'adolescence⁴⁷. Les principales causes de problèmes de santé non létaux dans la tranche d'âge des 10–19 ans sont les suivantes : anémie due à une carence en fer, accidents de la route, troubles dépressifs, infections des voies respiratoires inférieures et maladies diarrhéiques⁴⁸. Les infections sexuellement transmissibles (IST) et d'autres maladies contagieuses, comme la tuberculose, peuvent aussi être contractées à l'adolescence et avoir de graves conséquences si l'accès à des services de santé adaptés est empêché par des préjugés liés à la sexualité et à la santé sexuelle, des discriminations vis-à-vis des jeunes ou des obstacles juridiques. Il est clair que l'amélioration de l'accès des adolescents à des services de santé efficaces et l'élimination d'obstacles tels que l'autorisation parentale peuvent faire une différence notable en matière de santé des adolescents. L'Afrique du Sud, le Malawi et l'Ouganda ont, par exemple, abaissé à 12 ans l'âge nécessitant une autorisation parentale pour passer un test ou obtenir des conseils relatifs au VIH. Il est tout à fait possible d'abaisser l'âge auquel une autorisation parentale est requise pour certains services de santé tout en le maintenant à un niveau plus élevé pour d'autres⁴⁹.

Les parlementaires peuvent plaider en faveur d'interventions intersectorielles visant à améliorer la santé des adolescents, étant entendu que «certains des meilleurs

46 Voir par ex., OMS (2012), *Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?jsessionid=45CA49493BC813E2A9A021FF650D4025?sequence=1.

47 OMS (2017), Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HAI) *Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays*, p. 13.

48 *Ibid.* p. 18.

49 UNFPA (2017), *Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*, p. 10.

investissements en matière de santé et de bien-être des adolescents se trouvent hors du secteur de la santé»⁵⁰. L'accès à une éducation de qualité, l'alimentation, l'hygiène et les compétences de la vie quotidienne, l'émancipation économique et l'engagement sont aussi des facteurs qui ont des conséquences importantes sur la santé des adolescents. On constate par exemple des liens étroits entre mariage précoce et forcé, grossesse adolescente, niveau d'étude limité, violences conjugales (y compris les abus sexuels) et mauvaise santé. La maternité précoce a des répercussions négatives sur la santé de la mère et de l'enfant : l'état nutritionnel, l'état de santé et le niveau d'éducation sont statistiquement plus faibles que pour des mères plus âgées et leurs enfants, tandis que la mortalité maternelle et infantile est plus élevée⁵¹. Les filles qui sont enceintes à l'adolescence ont plus de risques d'avoir de mauvais résultats scolaires, et chaque année supplémentaire de scolarisation de la mère est associée à une réduction de 6,5 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans⁵². La santé des adolescents a aussi un impact sur les économies nationales : le coût pour les pays des mariages précoces et forcés et des grossesses adolescentes est estimé à au moins 1,7 % du PIB⁵³, tandis que leur coût annuel pour l'économie mondiale devrait dépasser 600 milliards de dollars d'ici 2030 en raison de la croissance non contrôlée de la population et des retards de croissance et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans⁵⁴.

D'autres problèmes de santé des adolescents peuvent donner lieu à des interventions spécifiques. Selon certaines estimations, l'extension de la couverture de la vaccination en deux doses contre les papillomavirus humains dans 75 pays à revenu faible et intermédiaire permettrait d'éviter 5,1 millions de décès par cancer du col de l'utérus d'ici à 2030⁵⁵. En outre, la généralisation des cours complets d'éducation sexuelle dans les écoles a fait ses preuves : les adolescents qui suivent ces cours débent leur vie sexuelle plus tard, ont moins fréquemment des rapports, et un plus petit nombre de partenaires, sont plus prudents, utilisent plus souvent des préservatifs ou d'autres contraceptifs⁵⁶.

Outre les maladies et les problèmes de santé génésique, le taux de blessures – souvent dues à des accidents de la route et à des violences interpersonnelles – est particulièrement élevé parmi les adolescents. Dans certains pays, des dispositions visant à limiter la conduite imprudente des jeunes conducteurs (faible limite autorisée d'alcool dans le sang, par exemple) peuvent contribuer à réduire le nombre des blessures et décès sur la route. Dans les pays où la plupart des accidents impliquant des adolescents

50 UNFPA, «The Lancet: Investing in adolescent health, education could bring tenfold economic benefit», press release, 19 avril 2017. www.unfpa.org/press/lancet-investing-adolescent-health-education-could-bring-tenfold-economic-benefit.

51 Peter Sheehan *et al.* (2017), «Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents», *The Lancet*, vol. 390, n° 10104, p. 1799.

52 Marco Schäferhoff *et al.* (2015), *Estimating the costs and benefits of education from a health perspective: background paper for the Oslo Summit on Education for Development. Résumé*. SEEK Development, p. 3.

53 Voir Henrietta H. Fore *et al.*, «This is the economic cost of child marriage», World Economic Forum, 1^{er} juin 2018. www.weforum.org/agenda/2018/06/the-cost-of-child-marriage.

54 Quentin T. Wodon *et al.* (2017), *Economic Impacts of Child Marriage: Rapport mondial de synthèse*, p. 9. Lorsqu'une fille interrompt ses études pour contracter un mariage précoce ou forcé, ou pour d'autres raisons, elle a toutes les chances de ne gagner que la moitié du salaire que recevront les filles qui ont achevé leur cursus secondaire. À l'échelle mondiale, le faible niveau d'éducation des filles représente une perte de 15 000 à 30 000 milliards de dollars. L'amélioration des taux d'achèvement du cycle secondaire permettrait de réduire la fertilité d'un tiers et la mortalité des moins de cinq ans d'un cinquième. *Ibid.* p. 4–5.

55 Peter Sheehan *et al.* (2017), *supra* n. 48, p. 1799.

56 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) (2018), *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle*, nouvelle édition, p. 30

ne sont pas imputables à de jeunes conducteurs, des mesures légales d'amélioration de la sécurité routière (abaissement des limites de vitesse, port de la ceinture et du casque, lois sur l'usage des téléphones portables) sont les plus efficaces⁵⁷. Il est possible de lutter contre les violences interpersonnelles en réglementant le port des armes à feu, ainsi que l'accès à l'alcool et sa consommation, et en enseignant les compétences de la vie quotidienne aux adolescents⁵⁸. La police de proximité et le conseil personnel ont également fait leurs preuves en matière de réduction des violences interpersonnelles⁵⁹.

L'adolescence est aussi une période déterminante pour la promotion de l'activité physique et d'un mode de vie sain. Les adolescents doivent être sensibilisés, dans le cadre des programmes scolaires, à l'importance de l'exercice physique. Les écoles doivent disposer d'un espace sécurisé adapté aux activités physiques⁶⁰. Par ailleurs, les programmes de prévention et les campagnes de sensibilisation antitabac menées dans les établissements scolaires, ainsi que la mise à disposition d'informations sur les méthodes de sevrage, ont fait leurs preuves en matière de réduction de la consommation de tabac à l'adolescence⁶¹, laquelle a des répercussions sur la santé à long terme.

Les adolescents qui souffrent de problèmes de santé mentale ont moins de chances de devenir des adultes productifs en bonne santé. Les affections comme la dépression ou l'anxiété représentent 16 % des maladies dont souffrent les adolescents⁶², et près de 20 % des adolescents présentent des maladies mentales susceptibles d'augmenter les risques de blessures, d'auto-agression et de toxicomanie et d'abaisser leur qualité de vie⁶³. La réduction des obstacles à l'accès aux soins et une action accrue de sensibilisation aux questions de santé mentale (notamment sur Internet et au niveau local) sont des moyens efficaces pour réduire les préjugés qui entourent la santé mentale et aider les adolescents à prendre conscience des problèmes de santé mentale rencontrés par eux-mêmes ou leurs pairs, et de solliciter une assistance⁶⁴. Ce problème est encore plus aigu dans les situations d'urgence humanitaire et de fragilité, les adolescents étant exposés à des risques accrus de maladie mentale et ayant plus de difficultés à accéder aux services de soins.

Stratégies multisectorielles et mesures en faveur de la santé mentale des adolescents⁶⁵

- *Organiser un soutien, des interventions et des services psychosociaux de type conseil individuel, psychothérapie et autres traitements des problèmes psychologiques et comportementaux*
- *Mettre en place des interventions, individuelles ou de groupe, axées sur la régulation émotionnelle, les compétences relationnelles et la gestion du stress*

57 AA-HAI, *supra* n. 45, p. 36.

58 *Ibid.* p. 40.

59 *Ibid.*

60 *Ibid.* p. 58.

61 *Ibid.* p. 59.

62 PMNCH (2019), *Adolescent Mental Health: Time for Action*, p. 1. www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/en/.

63 *Ibid.*

64 AA-HAI, *supra* n. 45, p. 59.

65 PMNCH (2019), *supra* n. 62, p. 2.

- *Contrôler et traiter la consommation d'alcool et de tabac*
- *Prévenir les risques d'auto-agression et de suicide*
- *Prendre soin des enfants et adolescents présentant des retards de développement*
- *Promouvoir des structures et des cadres d'aide et de soins appropriés pour les adolescents*
- *Organiser des formations à la prestation de soins et à la communication*
- *Promouvoir la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et l'information en la matière*
- *Prévoir des interventions de proximité pour prévenir l'auto-agression et la toxicomanie chez les adolescents*
- *Inclure la santé mentale dans les programmes de formation aux premiers soins*

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Il est possible de prévoir des services de santé adaptés aux adolescents dans les lois nationales relatives à la jeunesse, ainsi que dans les lois et politiques portant sur la santé génésique. La Loi sur la santé de la reproduction du Burkina Faso garantit, par exemple, le droit des adolescents à des services de santé reproductive sans discrimination⁶⁶. La Colombie a instauré des services de santé adaptés aux jeunes dans plusieurs provinces par le biais de divers instruments juridiques et de décrets relatifs à la jeunesse, notamment la Loi sur la jeunesse et le Code de l'enfance et de l'adolescence⁶⁷. Les adolescents restent néanmoins très exposés aux maladies⁶⁸. Ils courent un plus grand risque que les autres groupes d'âge de contracter des IST (sida et maladies à papillomavirus humains, par exemple) et les probabilités de grossesse non désirée sont également plus élevées en l'absence d'accès à l'information et à des services de santé sexuelle. L'autorisation parentale étant le principal obstacle à cet accès⁶⁹, en supprimant cette obligation les parlementaires peuvent véritablement améliorer la santé des adolescents.

Comme pour le développement de la petite enfance, «en matière de santé des adolescents, les résultats les plus impressionnants sont le fruit d'approches multisectorielles, multiniveaux, à grande échelle, impliquant les échelons locaux de mise en œuvre»⁷⁰. Les approches multiniveaux englobent tous les points d'intervention de la vie et de l'environnement des adolescents : individuels, familiaux, scolaires ainsi que dans un cercle social plus large⁷¹. Les programmes et politiques de protection du droit des adolescents à la santé ne peuvent être efficaces que si les adolescents eux-mêmes

66 Loi portant santé de la reproduction (Burkina Faso), N° 049-2005/AN (2005), art. 8 ; UNFPA (2017), *Review of Adolescent and Youth Policies, Strategies and Laws in Selected Countries in West Africa*, p. 22.

67 Silvia Huaynoca *et al.* (2015), «Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia», *Reproductive Health*, 12:90, p. 2, 7.

68 UNICEF (2017), *Reducing age-related barriers to sexual health services: Learning to change policy toolkit*, p. 9.

69 *Ibid.*

70 IAP (2017), *Transformative accountability for adolescents: Accountability for the health and human rights of women, children and adolescents in the 2030 Agenda*, p. 25.

71 Every Woman Every Child (EWEC) (2017), *Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health*, p. 15.

y sont associés⁷². Il est aussi important d'impliquer les parents, les collectivités et les écoles, dans la mesure où les questions de santé peuvent entrer en conflit avec des valeurs culturelles ou religieuses liées à l'adolescence et à la sexualité de l'adolescent. L'éducation et la sensibilisation à des questions de santé propres aux adolescents (tabac, violences interpersonnelles, sécurité routière) peuvent être incluses dans les programmes scolaires.

En Argentine, le programme SUMAR propose aux adolescents des bilans médicaux, dentaires et ophtalmiques, des référents, des informations et des conseils de nutrition, des services et des conseils de santé sexuelle et reproductive, des tests de grossesse, des informations et services sur la contraception, des vaccinations, des consultations de santé mentale, ainsi que des soins d'urgence en cas de tentative de suicide et de violence sexuelle⁷³. Ce programme s'articule sur la relation entre les administrations fédérales et provinciales. Les provinces conservent le pouvoir décisionnaire pour la mise en œuvre des programmes de santé au titre du système de santé décentralisé. Les pouvoirs publics fédéraux versent aux administrations provinciales une somme calculée sur la base du nombre de bénéficiaires des programmes de santé, ainsi que des performances mesurées par des indicateurs⁷⁴. Les provinces financent les centres de santé de manière incitative en fonction du nombre de services proposés et du respect de certaines normes qualitatives. Ce dispositif, qui accorde aux administrations provinciales une complète autonomie en matière de priorités des dépenses et de conception des services, a permis d'améliorer l'offre de services aux adolescents argentins.

Les parlementaires se sont aussi engagés à promouvoir et à protéger la santé des adolescents au niveau international. Ces engagements peuvent guider les efforts nationaux d'élaboration de lois et de politiques. L'addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012 considère les adolescents comme un groupe de population essentiel dans le cadre des interventions et politiques de santé nationales, et appelle à des «campagnes de sensibilisation relatives à la santé sexuelle et génésique» en y associant «notamment les adolescents»⁷⁵. Les ODD peuvent aussi servir de référence pour une approche de la santé axée sur l'ensemble du parcours de vie, approche qui est favorable à la santé des adolescents⁷⁶. Par ailleurs, la santé et les droits génésiques des adolescents sont protégés par le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)⁷⁷, tandis que la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît le droit de tous les adolescents de moins de 18 ans de jouir du meilleur état de santé et de bien-être possible⁷⁸. Ces instruments légaux internationaux encouragent également les parlementaires à supprimer les conditions d'autorisation parentale et autres obstacles juridiques.

72 Voir Global Consensus Statement: Meaningful Adolescent & Youth Engagement, www.who.int/pmnch/mye-statement.pdf (page consultée le 19 septembre 2019).

73 Toutes les femmes, tous les enfants (2017), *supra* n. 71.

74 *Ibid.*

75 UIP (2017), *supra* n. 26.

76 ODD 3.8.

77 Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, section 7.41 et suivantes.

78 Convention relative aux droits de l'enfant, Résolution 44/25 de l'Assemblée générale des Nations Unies (1989), art. 24.

3. Mobiliser des financements

L'investissement dans la santé des adolescents rapporte «un triple bénéfice lié à l'adolescence, à la vie adulte et à la génération suivante»⁷⁹. Pourtant, jusqu'en 2015, 1,6 % seulement de l'aide totale au développement dans le domaine de la santé était consacrée aux adolescents, alors même que ceux-ci supportent 11 % de la morbidité mondiale⁸⁰. Les ressources intérieures ont donc un rôle déterminant à jouer pour la protection et la promotion de la santé des adolescents. En termes d'avantages médicaux, sociaux et économiques, il a été estimé que tout investissement dans des interventions ciblées sur les adolescents génère un produit dix fois supérieur⁸¹. Dans 75 pays à revenu faible et intermédiaire, par exemple, un investissement de 5,2 dollars par habitant et par an dans des interventions ciblées sur les adolescents permettrait de sauver environ 12,5 millions de vies et de prévenir plus de 30 millions de grossesses non désirées d'ici 2030⁸². La mobilisation des ressources passe notamment par l'investissement dans des programmes et des approches intersectoriels dont les effets positifs sur la santé des adolescents sont démontrés. L'organisation d'une campagne de vaccination en deux doses contre les papillomavirus humains dans 75 pays à revenu faible et intermédiaire ne coûterait, par exemple, que 0,10 dollar par habitant⁸³. Dans les pays affichant les plus hauts taux de mariage précoce et forcé, des mesures ciblées visant à favoriser la scolarisation des filles ne coûteraient pas plus de 3,80 dollars par habitant⁸⁴. Par ailleurs, un investissement dans la santé mentale des adolescents entraîne une amélioration des performances scolaires, laquelle est synonyme de plus hauts revenus et de plus forte contribution individuelle à l'impôt et au système de sécurité sociale⁸⁵.

4. Renforcer la transparence et l'engagement

Le Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités dans le cadre de l'initiative Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent (IAP) appelle les États à veiller à la mise en place de «plans multisectoriels et de systèmes de contrôle, d'étude et de recours» pour protéger les droits des adolescents en matière de santé⁸⁶. Dans le cadre d'une supervision efficace, ce groupe recommande aux parlementaires de demander des rapports d'évaluation multisectoriels, de s'assurer que des fonds et moyens suffisants sont alloués à des études indépendantes et des organes indépendants de supervision, et que l'avis des adolescents est pris en compte dans l'élaboration et l'évaluation des politiques⁸⁷. Plusieurs cibles et indicateurs des

79 Peter Sheehan *et al.* (2017), *supra* n. 48, p. 1802.

80 Zhihui Li *et al.* (2018), «Global Development Assistance for Adolescent Health From 2003 to 2015», *JAMA Network Open*, vol. 1(4):e181072. jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2696504.

81 OMS, UNICEF (2018), *Adolescent Health: The Missing Population in Universal Health Coverage*, p. 5.

82 *Ibid.* p. 22.

83 Peter Sheehan *et al.* (2017), *supra* n. 47, p. 1798.

84 *Ibid.* p. 1799.

85 David McDaid (2011), *Making the Long-Term Economic Case for Investing in Mental Health to Contribute to Sustainability*, Commission européenne, p. 9.

86 Transformative Accountability for Adolescents, *supra* n. 64, p. 24 (s'agissant de la santé des adolescents, l'IAP a relevé un certain nombre de problèmes à prendre en compte dans la conception des cadres de responsabilité, notamment la pauvreté, la discrimination, l'inégalité entre les sexes, les pratiques préjudiciables, la violence, les accidents de la route, le tabagisme, la commercialisation d'aliments malsains, l'auto-agression et les rapports sexuels non protégés).

87 Independent Accountability Panel, IAP Accountability Brief 2 – Advanced Copy (2019).

ODD sont aussi directement liés à la santé des adolescents, s'agissant notamment des besoins nutritionnels des adolescentes⁸⁸, de l'élimination des violences et autres pratiques préjudiciables à l'encontre des adolescentes⁸⁹, de l'amélioration des conditions d'hygiène et des installations sanitaires, en particulier pour les filles⁹⁰. L'implication des adolescents dans la supervision des programmes relatifs à leur santé est un moyen d'améliorer l'efficacité des interventions. Dans la droite ligne des principes de la déclaration de consensus mondial sur l'engagement actif des adolescents et des jeunes, cette participation transparente et informative se doit d'être fondée sur les droits, volontaire et exempte de toute coercition, respectueuse des avis, origines et identités des adolescents, et ne doit les exposer à aucun risque⁹¹.

Au Gujarat (Inde), les adolescents ont bénéficié d'une formation et d'une assistance pour faire valoir leurs droits au titre de différents programmes publics⁹². Ils ont ainsi réussi à améliorer leur situation en défendant leurs droits en matière d'assainissement et de transport scolaire, et obtenu que les agents de santé remplissent efficacement leurs fonctions. Cette participation a permis aux adolescents d'obtenir les services qui leur étaient légalement dus et d'acquérir des compétences d'action civique qui leur seront utiles tout au long de leur vie.

Ce sont généralement les ministères de la Santé et de l'Éducation qui interviennent en première ligne en matière de santé des adolescents, mais d'autres ministères et organismes ont aussi un rôle à jouer dans l'observation d'un solide cadre de reddition de comptes⁹³. Sont notamment concernés les ministères de la Justice, de l'Égalité des sexes, de la Protection sociale, du Logement, des Transports et de la Planification urbaine, de la Jeunesse et des Sports, de la Protection de l'environnement, de l'Agriculture et des Télécommunications. La société civile et les jeunes eux-mêmes peuvent aussi intervenir pour s'assurer que les besoins des adolescents sont pris en compte. Le mouvement ACT!2030 réunit, par exemple, des jeunes de 12 pays qui demandent que des comptes soient rendus en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des adolescents⁹⁴. Les commissions des droits de l'homme peuvent aussi être habilitées à contrôler et à superviser les interventions liées à la santé des adolescents⁹⁵. Au Malawi, par exemple, la Commission des droits de l'homme a exercé son pouvoir de supervision, en s'appuyant sur la participation citoyenne et les modalités de reddition des comptes en place pour améliorer les mesures de protection de la santé et des droits des adolescents.

La Commission des droits de l'homme du Malawi a lancé une enquête publique d'envergure nationale sur la violence faite aux femmes et la santé et les droits sexuels et reproductifs⁹⁶. L'enquête, axée sur les jeunes adolescentes et d'autres groupes vulnérables, a donné lieu à des auditions publiques organisées par un

88 ODD, cible 2.2.

89 ODD, cibles 5.2 et 5.3.

90 ODD, cible 6.2.

91 Voir le texte de la déclaration de consensus mondial (en anglais), p. 2, consultable à l'adresse www.who.int/pmnch/mye-statement.pdf.

92 Transformative Accountability for Adolescents, supra n. 64, p. 40.

93 *Ibid.* p. 24.

94 Voir www.act2030.org/.

95 IAP (2017), supra n. 64, p. 26.

96 *Ibid.* p. 29.



panel de juges, des commissaires aux droits de l'homme et des représentants de la société civile. Un groupe de travail national indépendant a été chargé de contrôler la mise en œuvre des recommandations issues de ce processus. Autre avantage, les fonctionnaires sont désormais mieux à même de protéger les citoyens contre les violations des droits de l'homme.

L'ACTION PARLEMENTAIRE EN FAVEUR DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES ADOLESCENTS

1. Cerner le problème ou le manque

- *Évaluer la législation et les politiques en place pour déterminer si les adolescents bénéficient d'un bouquet complet d'initiatives essentielles :*
 - *promotion de la santé à l'école, avec une éducation à la santé et des mesures favorisant l'hygiène à l'école*
 - *protection des enfants en ligne*
 - *services de santé mentale*
 - *apport de fer et prophylaxie de l'anémie*
 - *vaccination contre les maladies à papillomavirus humains*
 - *cours complets d'éducation sexuelle*
 - *conseils et services en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR)*
 - *prévention, diagnostic et traitement des maladies non contagieuses*
 - *information, conseil et traitement du sida et des autres IST*

2. Évaluer la mise en œuvre des politiques et programmes de santé des adolescents :

- *examiner les lois et pratiques en matière d'autorisation parentale*
- *documenter et évaluer la façon dont les adolescents utilisent les services de santé, déterminer si ces services sont adaptés aux adolescents*
- *contrôler les taux de mariage précoce et forcé (ventilés par région, niveau de revenu, niveau d'instruction, etc.) et répertorier les obstacles à une prévention de cette pratique*
- *évaluer le taux de toxicomanie parmi les adolescents*
- *évaluer le taux de blessures des adolescents et en déterminer les causes*
- *Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques*
- *Supprimer les obstacles juridiques qui empêchent les adolescents d'accéder aux services de santé, y compris ceux liés à l'âge et à l'obligation d'une autorisation parentale*
- *S'assurer que des politiques sont en place pour lutter contre les inégalités d'accès aux services et les pratiques discriminatoires, et que les groupes vulnérables, comme les adolescents handicapés, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI) ont facilement accès à ces services*
- *Évaluer et améliorer les programmes et les pratiques d'hygiène scolaire*
- *Étendre la couverture du programme de vaccination en deux doses contre les maladies à papillomavirus humains*
- *Dispenser des cours complets d'éducation sexuelle dans les écoles*
- *Adopter et appliquer des lois visant à empêcher des pratiques préjudiciables comme les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce et forcé*
- *Améliorer la sécurité routière en adoptant des lois sur le port du casque, l'âge légal de consommation d'alcool et les limites de vitesse*
- *Limiter l'accès des adolescents aux armes à feu et améliorer l'éducation aux compétences de la vie quotidienne et les interventions y afférentes*

- *Consacrer des fonds à la prévention de la tuberculose et d'autres maladies contagieuses*
- *Mettre en place des programmes de prévention de la toxicomanie fondés sur des données probantes*

3. Mobiliser des financements

- *Consacrer des fonds à l'augmentation du taux de scolarisation des adolescents et généraliser les interventions sur la santé des adolescents en milieu scolaire*
- *Commander des études de coût et utiliser les résultats pour déterminer le coût des interventions sur la santé des adolescents, et pour évaluer les économies que représente pour l'économie nationale et le système de santé l'amélioration de l'état de santé des adolescents*
- *Augmenter le financement et la promotion de services de santé adaptés aux jeunes, avec notamment la formation de personnels de santé de première ligne*

4. Renforcer la transparence et l'engagement

- *Demander des rapports d'évaluation multisectoriels, des examens indépendants et des mécanismes de supervision pour la santé des adolescents ; prévoir des processus d'action et de correction*
- *Faire utilement participer les adolescents à l'élaboration, la mise en œuvre et la revue des politiques et veiller à ce que cette participation soit inclusive, volontaire et empreinte de respect mutuel*
- *Veiller à ce que les idées, points de vue, compétences et atouts des jeunes soient pris en compte dans la conception et la mise en œuvre des programmes, stratégies, politiques et mécanismes de financement ainsi que dans le fonctionnement des organisations qui influent sur leur vie, leur groupe et leur pays*
- *Impliquer les parents et les citoyens dans l'élaboration, la mise en œuvre et la revue des politiques*



Discussion sur la santé des jeunes femmes à la Justice High School de Falls Church, Virginie (États-Unis).

© AFP/Alastair Pike

c. La qualité, l'équité et la dignité dans le cadre des soins

Le concept de qualité, équité et dignité dépasse la simple recherche de services de haute qualité. Il englobe aussi l'équité qui implique de viser l'amélioration de la santé de tous les individus et de tous les groupes d'individus sur un pied d'égalité, et de le faire dans le respect de la dignité humaine de chacun. Par des soins de qualité, on entend des soins sûrs et efficaces, dispensés rapidement et d'une manière efficace, équitable et axée sur la personne humaine⁹⁷. Des normes ont été établies pour évaluer la mesure dans laquelle les services de soins de santé proposés améliorent l'état de santé des populations⁹⁸. Les parlementaires peuvent agir en votant des lois et des politiques qui promeuvent le concept de qualité, égalité et dignité au bénéfice de la protection des femmes, des enfants et des adolescents.

97 OMS, «What is Quality of Care and why is it important?». www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ (page consultée le 5 avril 2019).

98 OMS (2017), *Quality, Equity, Dignity: The Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health*, p. 2.

1. Cerner le problème ou le manque

Les effets néfastes des manquements en matière de qualité, égalité et dignité sont à la fois importants et étendus. Plus de 295 000 femmes meurent chaque année au cours d'une grossesse ou pendant un accouchement⁹⁹. Chaque année, selon l'OMS, on déplore «2,6 millions d'enfants mort-nés et 2,7 millions de nouveau-nés mourant pendant les 28 premiers jours de la vie. Améliorer les soins permet d'éviter nombre de ces décès»¹⁰⁰. L'amélioration de la qualité des soins est donc essentielle au maintien en vie des mères et des bébés. Accroître l'accès aux soins et leur équité, en adoptant une approche de la santé axée sur l'ensemble du parcours de vie, peut aussi faire une grande différence pour les femmes âgées qui, souvent, n'ont pas le même accès aux soins que les hommes ou que les femmes plus jeunes¹⁰¹. Une enquête conduite par *The White Ribbon Alliance* auprès d'un million de femmes révèle que celles-ci placent parmi leurs préoccupations principales l'accès à des soins de santé dispensés dans le respect et la dignité¹⁰².

Se fonder sur les seuls résultats sanitaires pour évaluer la qualité des soins revient à ne pas tenir compte du fait que les individus réagissent aux actes de santé de manière imprévisible¹⁰³. L'un des standards reconnus pour mesurer le concept de qualité, équité, dignité consiste à comparer les données relatives aux traitements que les patients reçoivent réellement à ceux qui sont recommandés par les lignes directrices nationales¹⁰⁴. Néanmoins, certains pays à faible revenu ne disposent d'aucune ligne directrice en matière de traitements, tandis que dans d'autres pays des lignes directrices existent mais ne sont pas correctement mises en œuvre¹⁰⁵. Il arrive aussi que les données disponibles ne soient pas suffisantes parce que les dossiers médicaux sont imprécis ou lacunaires¹⁰⁶. Dans ce cas, les parlementaires peuvent encourager l'instauration de lignes directrices nationales sur les traitements et adopter des politiques visant à améliorer le contrôle de la tenue des dossiers médicaux. Ces deux mesures constituent les premières étapes essentielles de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins. L'OMS inclut également la qualité des soins dans son cadre de mesure de l'application de la couverture sanitaire universelle (CSU)¹⁰⁷. Elle a établi une liste détaillée de la qualité des standards de soins, s'agissant notamment de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

99 UNFPA *et al.* (2019), *supra* n. 2, p. 32.

100 OMS, «Dix moyens d'améliorer la qualité des soins», 17 février 2017. www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities (page consultée en anglais le 5 avril 2019).

101 OMS (2017), *Women, Ageing, and Health: A Framework for Action: Focus on Gender*, p. 18.

102 White Ribbon Alliance (2019), *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*, p. 38. www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf.

103 Johanna Hanefeld, Timothy Powell-Jackson et Dina Balabanova (2017), «Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity», *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 95, p. 368.

104 *Ibid.* p. 369.

105 *Ibid.*

106 *Ibid.*

107 Voir OMS et Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD)/Banque mondiale (2017), *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture santé universelle*.

Standards de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé¹⁰⁸

- *Standard 1 - Chaque femme et chaque nouveau-né bénéficient, sur la base de données factuelles, des soins courants et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, conformément aux lignes directrices de l'OMS.*
- *Standard 2 - Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de permettre la prise précoce de mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme et de chaque nouveau-né.*
- *Standard 3 - Chaque femme et chaque nouveau-né présentant une ou plusieurs pathologies qui ne peuvent pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles sont correctement réorientés.*
- *Standard 4 - La communication avec les femmes et leur famille est effective et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.*
- *Standard 5 - Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.*
- *Standard 6 - Chaque femme et sa famille bénéficient d'un soutien psychologique adapté à leurs besoins et qui renforce les capacités de la femme.*
- *Standard 7 - Pour chaque femme et chaque nouveau-né, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins courants et prendre en charge les complications.*
- *Standard 8 - L'établissement de santé dispose d'un environnement matériel adéquat. L'approvisionnement en eau et en énergie, ainsi que les médicaments, les fournitures et le matériel sont suffisants pour les soins courants dispensés aux mères et aux nouveau-nés et pour la prise en charge des complications.*

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Le plan national de santé peut intégrer le concept de qualité, équité, dignité, en particulier pour les modalités de mise en œuvre. Au Honduras, le droit à la qualité et à l'équité des soins est inscrit dans la Constitution qui protège le droit à «des services médicaux adéquats» et prévoit que, pour l'offre de services, le ministère de la Santé «donne la priorité aux groupes les plus nécessiteux»¹⁰⁹. Certains instruments internationaux incluent également la mise en œuvre de ces principes. C'est notamment le cas de l'addendum de 2017 de l'UIP qui préconise de «veiller à ce que toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents puissent bénéficier de façon équitable et digne de soins de qualité»¹¹⁰. Avec l'ODD 3, les États se sont engagés à permettre

108 OMS (2017), *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf?sequence=1&ua=1. Cette publication comprend des commentaires développant chacun des standards de la qualité des soins définis par le PMNCH.

109 Constitution de la République du Honduras (1982), art. 123, 149.

110 Le point 11 de l'addendum de 2017 de l'UIP réitère l'engagement des parlementaires à réaliser la CSU (y compris la qualité des soins) d'ici à 2030 «en affectant au secteur de la santé les crédits prévus dans les recommandations et engagements internationaux».

à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels¹¹¹, la Convention relative aux droits de l'enfant¹¹², la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes¹¹³ et la Convention relative aux droits des personnes handicapées¹¹⁴ protègent les droits des individus à la santé et au bien-être, en particulier pour les groupes vulnérables comme les femmes, les enfants et les adolescents¹¹⁵.

Les lois et politiques relatives au principe de qualité, équité, dignité devront prendre en compte l'aspect décentralisé de nombreux systèmes de santé et systèmes politiques. Les standards de qualité, équité, dignité sont souvent définis au niveau national et appliqués au niveau local. L'Inde a, par exemple, mis en place un conseil national chargé de contrôler le respect des standards minimums de soins établis sur le plan national dans le cadre de la Loi sur les établissements hospitaliers (enregistrement et réglementation)¹¹⁶. Le travail du conseil national dépend néanmoins de l'efficacité des conseils existant au niveau des états et des districts, ce qui implique que les gouvernements des états adoptent des résolutions pour la mise en œuvre de ces obligations légales au niveau local¹¹⁷. Cette étape locale supplémentaire peut être un frein à la mise en œuvre du principe de qualité, équité et dignité. Des difficultés similaires sont susceptibles de survenir dans d'autres États fédéraux lorsque les soins de santé sont décentralisés et placés sous la responsabilité de provinces ou de districts. En Tanzanie, par exemple, un manque de soutien national à l'application des standards de qualité des soins a été constaté au niveau local. Le pays s'est efforcé de résoudre les problèmes de qualité des soins par la mise en place d'un dispositif d'évaluation national accordant de petites subventions aux établissements en difficulté pour leur donner une chance d'améliorer la situation avant de les fermer ou de leur couper les fonds.

En 2015, le ministère tanzanien de la Santé a lancé une évaluation des établissements de santé d'envergure nationale, la qualité des soins étant notée selon une échelle de zéro à cinq étoiles¹¹⁸. Seulement 2 % des établissements ont atteint le standard minimum d'au moins trois étoiles, 34 % n'en obtenant aucune¹¹⁹. L'intention de départ était de fermer les établissements peu performants. Il s'est toutefois avéré que nombre de ces établissements étaient situés dans des régions reculées et défavorisées. Avec l'aide des parlementaires, en particulier de ceux représentant les régions et populations concernées, ces établissements ont reçu de petites subventions pour améliorer la situation et viser l'obtention d'au moins une étoile à

111 Voir l'art. 12.

112 Voir l'art. 24.

113 Voir l'art. 12.

114 Voir l'art. 25.

115 Voir Conseil des droits de l'homme (2014), *Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans*, A/HRC/27/31. Dans son observation générale n° 14 (2000), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels précise que le droit à la santé ne saurait se comprendre comme le droit d'être en bonne santé, et ne signifie pas davantage que les États sont responsables de la bonne santé de chaque citoyen car nombre des facteurs qui ont des effets sur la santé ne dépendent pas de l'État. Ce texte souligne, néanmoins, que le droit à la santé est indispensable à l'exercice de tous les autres droits, est étroitement lié à d'autres droits et dépend de leur réalisation.

116 Loi sur les établissements hospitaliers (enregistrement et réglementation) (2010), Inde, art. 3(1).

117 *Ibid.* Art. 1(2).

118 Tahiya Yahya et Mohamed Mohamed (2018), «Raising a mirror to quality of care in Tanzania: the five-star assessment», comment, *The Lancet*, vol. 6, numéro 11, p. 1155.

119 *Ibid.* p. 1156.

une seconde évaluation¹²⁰. Les services de santé tanzaniens étant décentralisés, le processus d'attribution des étoiles était aussi lié à des contrats de performance au niveau des districts et les ministères des gouvernements locaux ont été associés au processus d'évaluation pour favoriser les améliorations ultérieures. À l'instar de la Tanzanie, d'autres pays ayant des systèmes de santé décentralisés pourraient recourir à des modèles d'incitation innovants pour aider les établissements de santé défaillants à élever leurs standards de qualité des soins au lieu de les fermer.

3. Mobiliser des financements

S'agissant de la mobilisation des financements pour l'amélioration de la qualité des soins, les parlementaires pourront avancer l'argument du coût élevé de l'absence d'investissement. La mauvaise qualité des soins est à l'origine d'au moins 8,4 millions de décès par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire et d'une perte de productivité annuelle de l'ordre de 1 600 milliards de dollars¹²¹. Les modes d'investissement dans la qualité des soins sont nombreux. Une solution consiste à embaucher davantage de personnel de santé. L'expérience montre, en effet, que la mise en place d'agents de santé locaux permet de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'améliorer le traitement des maladies infantiles¹²². Les parlementaires peuvent aussi orienter les investissements vers la formation du personnel de santé, en particulier dans les zones rurales, et offrir des possibilités de perfectionnement professionnel à tous les agents de santé¹²³. Il est aussi possible d'améliorer la qualité de soins dispensés dans le respect de la dignité en investissant dans les établissements, les technologies et les équipements de santé, en développant les services d'eau et d'assainissement, en veillant à ce que les établissements disposent d'une alimentation électrique stable¹²⁴.

En outre, la mauvaise qualité des soins sape la confiance de la population dans le système de santé. L'État perd alors les avantages qu'il a pu tirer du regroupement des risques et des coûts dans le cadre de régimes d'assurance de santé et des prix de gros pour les services et les médicaments¹²⁵. Ces conditions complexifient les problèmes liés au prix élevé des soins. Des investissements à court terme visant à améliorer les soins peuvent s'avérer nécessaires dans un premier temps, notamment dans les pays dont le système de santé requiert une restructuration majeure. Dans le cadre d'un plan de renforcement de son secteur de la santé, le Costa Rica a mobilisé des prêts de bailleurs de fonds pour élever la qualité des soins et faire en sorte que la population ait envie d'y recourir. Le but final est d'atteindre l'autosuffisance par le regroupement de l'assurance et d'autres sources de financements publiques et privées.

120 *Ibid.*

121 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM) (2018), *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*, p. 129.

122 OMS, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Banque mondiale (2018), *La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*, p. 46.

123 *Ibid.* p. 48.

124 *Ibid.* p. 49.

125 Voir *ibid.* p. 54.

Le Costa Rica a engagé de vastes réformes de son secteur de la santé en commençant par consolider le soutien politique autour du programme de réforme avant de mobiliser des prêts consentis par la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement, principalement à des fins de modernisation du réseau de soins primaires¹²⁶. Cette stratégie a permis aux citoyens de constater de visu l'amélioration de la qualité des soins, et a donc accru leur confiance dans le système. Elle a, en outre, favorisé la mobilisation de ressources intérieures supplémentaires et le déploiement de plans à long terme visant à pérenniser le modèle de financement du système de santé. L'espérance de vie a presque doublé au cours des 70 dernières années, notamment grâce à ces investissements¹²⁷. Le Costa Rica illustre de manière claire et convaincante le rendement économique des investissements dans la qualité des soins.

Les pays à revenu élevé rencontrent des problèmes spécifiques en matière de financement des soins de santé en général, et de couverture du coût de soins de haute qualité en particulier. Dans ces pays, la Banque mondiale recommande que des réformes efficaces du financement de la santé soient menées pour atteindre la couverture universelle¹²⁸. Le financement de la santé dans les pays à revenu élevé passe en premier lieu par le regroupement des risques, généralement par le biais d'un régime national d'assurance maladie, et le prépaiement des services¹²⁹. L'assurance maladie privée, des comptes d'épargne médicale et d'autres types de collecte de fonds privés sont à envisager dans la recherche de la couverture santé universelle¹³⁰. S'agissant des pays à revenu élevé, d'autres pistes intéressantes incluent la protection santé à long terme¹³¹, les échelles mobiles de tickets modérateurs et les plafonds annuels de dépenses propres¹³².

4. Renforcer la transparence et l'engagement

Dans de nombreux pays, la qualité des standards de soins est établie et contrôlée par un département spécialisé du ministère de la Santé qui collabore éventuellement avec d'autres organismes¹³³. La supervision du principe de qualité, équité et dignité est désormais une préoccupation internationale. L'initiative Toutes les femmes, tous les enfants a mis en place un réseau de qualité des soins piloté par le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, l'Inde, le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda et la Tanzanie¹³⁴. Ce réseau aide les pays à réaliser les cibles des ODD (mettre fin aux décès évitables des

126 Pablo Gottret, George J. Schieber et Hugh R. Waters, dir. (2008), *Good practice in health financing: lessons from reforms in low and middle-income countries*. La Banque mondiale, p. 217–218.

127 *Ibid.* p. 220.

128 Pablo Gottret et George J. Schieber (2006), «Financing health in high-income countries», in *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, p. 279. openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7094/370910Health0f1010FFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

129 *Ibid.*

130 *Ibid.*

131 *Ibid.* p. 282.

132 Voir OMS, Bureau régional de l'Europe (2018), *Financial Protection in High-Income Countries*, p. 19. www.who.int/health_financing/events/who_europe_uhc_day_report_web.pdf.

133 OMS, OCDE et Banque mondiale (2018), *supra* n. 105, p. 66.

134 OMS, «Nine countries commit to halve maternal and newborn deaths in health facilities», 14 février 2017. www.who.int/maternal_child_adolscient/news_events/news/quality-of-care-network/en/.

mères, des nouveau-nés et des enfants, éviter les mort-nés dans toute la mesure du possible, et œuvrer à la CSU en améliorant la qualité des soins)¹³⁵. Dans les systèmes de santé fragmentés, les mécanismes de supervision de la qualité, de l'équité et de la dignité sont plus difficiles à concevoir et à mettre en œuvre parce que les services relèvent de différents niveaux de décentralisation et sont dispensés par des prestataires multiples, publics et privés. En 2012, le ministère de la Santé mexicain a mis en place une stratégie nationale de renforcement de la qualité dans les services et établissements de soin dans le but d'harmoniser la qualité des soins et d'élever les standards à l'échelle nationale¹³⁶.

Compte tenu de la grande technicité des standards de qualité des soins, il est indispensable que les professionnels de santé soient largement associés à leur élaboration. L'engagement du public est également important car il est bénéfique à un double titre : il contribue à l'efficacité des standards de qualité et à la prise en compte des aspects d'équité et de dignité. Une participation transparente du public fournira aux prestataires de soins des commentaires et des données essentiels tout en confortant la confiance dans le système de santé¹³⁷. Des agents de santé locaux pourront faciliter ce processus et servir de source quasi institutionnelle d'engagement du public¹³⁸. Le Japon a, par exemple, lancé une campagne d'implication du public et, dans un souci d'innovation, a fait appel à de jeunes experts qui ont été associés à la réforme du secteur de la santé. Cette initiative a produit de nouvelles idées sur la manière d'utiliser les technologies pour améliorer les services de soins et inciter les individus à mieux gérer leur propre santé¹³⁹.

135 EWEC et PMNCH/OMS (2017), *Progress in Partnership: 2017 Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, p. 15-16 ; OMS (2017), *supra* n. 98, p. 2.

136 Svetlana V. Doubova *et al.* (2018), «Quality governance in a pluralistic health system: Mexican experience and challenges», comment, *The Lancet*, vol. 6, numéro 11, p. 1150.

137 Voir OMS (2017), *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services*, p. 12-13 ; OMS, «Community engagement for quality, integrated, people-centered and resilient health services». www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/community-engagement/en/ (page consultée le 9 avril 2019).

138 Voir par ex., OMS (2017), *supra* n. 120, p. 13, 36.

139 Marc Yates, «Innovation, Sustainability, Prosperity: Japan's Healthcare Vision», Eye for Pharma, 5 janvier 2018. social.eyeforpharma.com/column/innovation-sustainability-prosperity-japans-healthcare-vision.

L'ACTION PARLEMENTAIRE EN FAVEUR DE LA QUALITÉ, DE L'ÉQUITÉ ET DE LA DIGNITÉ DANS LE CADRE DES SOINS

1. Cerner le problème ou le manque

- Évaluer la qualité, l'équité et le respect de la dignité dans le secteur de la santé à toutes les étapes de la vie, y compris pour les femmes âgées et aux niveaux infranationaux (provinces, districts, etc.)
- Passer en revue les standards de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé (cf. plus haut)

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

- Établir le droit à la qualité et à l'équité des soins par le biais d'instruments juridiques et politiques
- S'assurer que des directives thérapeutiques nationales sont adoptées et mises en œuvre
- Améliorer la supervision des dossiers médicaux
- Passer en revue les stratégies et plans nationaux de santé pour vérifier la prise en compte du principe de qualité, équité et dignité dans les soins, notamment en contrôlant les indicateurs de l'ODD 3, en particulier :
 - 3.1.2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
 - 3.b.3 : Proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable
 - 3.c.1 : Densité et répartition du personnel de santé

3. Mobiliser des financements

- Évaluer le coût de la mauvaise qualité des soins de santé à l'échelle nationale et en saisir les conséquences
- Évaluer et appréhender les implications d'un coût plus élevé pour une meilleure qualité des soins (pays à revenu élevé)
- Développer des programmes d'embauche et de formation d'agents de santé locaux
- Donner la priorité au financement des établissements de santé et l'accroître régulièrement, en particulier pour les installations d'alimentation en eau et d'assainissement et la formation du personnel

4. Renforcer la transparence et l'engagement

- Veiller à ce que le ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres ministères, établisse des rapports réguliers sur la qualité, l'équité et la dignité des soins
- Donner la parole aux citoyens et aux usagers du système de santé pour qu'ils puissent faire part de leur expérience (en particulier en ce qui concerne la qualité, l'équité et la dignité) et mettre en place des mécanismes adéquats de correction et d'amélioration
- Obtenir des retours d'expérience de première main sur la qualité, l'équité et le respect de la dignité, auprès du personnel, y compris les agents de santé locaux
- Examiner la législation et les plans et stratégies du secteur de la santé pour vérifier qu'ils comprennent des mécanismes de responsabilisation, notamment des organes indépendants et des cadres d'orientation en matière de qualité, d'équité et de dignité mis en œuvre dans les centres de santé, au niveau local.



Lancement d'une campagne de santé reproductive dans la ville de Puebla, au Mexique.
© NOTIMEX/Carlos Pacheco

d. Santé et droits sexuels et reproductifs

La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) sont étroitement liés aux droits de l'homme et à un développement durable et équitable. Les problèmes de santé génésique font partie des causes principales de mortalité et de morbidité chez les femmes en âge d'avoir des enfants dans les pays les moins avancés en raison de grossesses non désirées, précoces et rapprochées, d'IST, d'avortements non médicalisés et de complications lors de la grossesse et de l'accouchement¹⁴⁰. Les problèmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) peuvent être traités aux différentes étapes de la vie par la mise en place d'un ensemble de services et de mesures incluant des cours d'éducation sexuelle, des conseils et services de planification familiale, des soins maternels et néonataux complets, ainsi que la détection et le traitement de la stérilité, des cancers de l'appareil génital, du VIH/sida et d'autres IST. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), adopté en 1992, a marqué un consensus mondial sur l'importance de la santé sexuelle et reproductive pour la réalisation du programme de développement durable. En 2018, la commission Gutmacher-Lancet sur la santé et les droits sexuels et reproductifs a donné

140 UNFPA, «Santé sexuelle et reproductive», www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive (page consultée en anglais le 10 avril 2019).

des lignes directrices nouvelles et exhaustives sur l'importance de ces aspects pour la réalisation des ODD, en soulignant la nécessité d'une approche fondée sur les droits, visant l'amélioration de la qualité des services et l'équité de l'accès¹⁴¹.

1. Cerner le problème ou le manque

La définition que donne la commission Guttmacher-Lancet de la santé et des droits sexuels et reproductifs pose le fondement du dialogue : un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction et non pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité¹⁴². Il s'agit d'une approche positive de la sexualité et de la reproduction, centrée sur le droit des individus de faire des choix sur ce qui impacte leur corps, et d'avoir accès à des services qui permettent l'exercice de ce droit.

L'investissement dans la planification familiale peut avoir d'importantes retombées au niveau national, y compris dans les régions moins avancées. Dans les parties les moins développées du monde, le taux de fécondité est de 3,9 contre 2,5 de moyenne mondiale et 1,7 dans les régions les plus développées¹⁴³. Ce taux de fécondité élevé exacerbe les effets de la pauvreté sur les familles¹⁴⁴ et, combiné à la pauvreté, accroît la mortalité maternelle et infantile. À l'échelle mondiale, 45 millions de femmes sont privées de soins anténatals adéquats, ce qui est aussi un facteur de mortalité maternelle et infantile¹⁴⁵. Chaque année, plus de 295 000 femmes meurent en couches dans les régions les moins développées, et près de 500 000 enfants décèdent au cours de leur premier mois d'existence¹⁴⁶. Par ailleurs, le taux d'utilisation de contraceptifs est de 42 % dans les pays les moins avancés contre 63 % à l'échelle mondiale¹⁴⁷, ce qui signifie que plus de 200 millions de femmes ont un besoin de contraception non satisfait¹⁴⁸. Répondre à ce besoin permettrait de sauver la vie de quelque 76 000 femmes chaque année¹⁴⁹.

Les parlementaires sont aussi en mesure de lutter contre d'autres manques en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des femmes, des enfants et des adolescents. Plus de 500 000 cancers du col de l'utérus ont été détectés en 2018, alors que la transmission des papillomavirus humains responsables d'une grande partie de ces cancers est évitable dans la plupart des cas¹⁵⁰. Chaque année, un million de femmes et de filles contractent un papillomavirus et 25 millions d'avortements non médicalisés

141 Ann M. Starrs *et al.* (2018), «Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission», *The Lancet*, vol. 391, numéro 10140, p. 2642.

142 *Ibid.* p. 2646.

143 UNFPA, World Population Dashboard. www.unfpa.org/data/world-population-dashboard (page consultée le 24 juillet 2019).

144 *Ibid.*

145 Manjulaa Narasimhan *et al.* (2018), «Investing in sexual and reproductive health and rights of women and girls to reach HIV and UHC goals», comment, *The Lancet*, vol. 6, numéro 10, p. e1058.

146 Sneha Barot, «The Benefits of Investing in International Family Planning—and the Practice of Slashing Funding», Guttmacher Institute, 1^{er} août 2017. www.guttmacher.org/gpr/2017/08/benefits-investing-international-family-planning-and-price-slashing-funding (page consultée le 25 juillet 2019).

147 UNFPA, World Population Dashboard, *supra* n. 126.

148 Manjulaa Narasimhan *et al.* (2018), *supra* n. 146, p. e1058.

149 Guttmacher Institute (2017), *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017*, p. 3. www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017.pdf.

150 World Cancer Research Fund (WCRF), «Cervical cancer statistics». www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/cervical-cancer-statistics (page consultée le 25 juillet 2019).

sont pratiqués¹⁵¹. S'agissant de la santé et des droits sexuels et reproductifs, les parlementaires sont en mesure de promouvoir des politiques qui, en conformité avec les ODD, augmentent la disponibilité de méthodes contraceptives modernes, favorisent la diffusion de l'information et l'offre de services équitables, préviennent la transmission des IST par l'extension de la vaccination et de l'information, s'attaquent aux problèmes de l'avortement et des soins maternels, et intègrent des questions transversales comme la violence basée sur le genre et le mariage précoce et forcé. Ils peuvent, en particulier, promouvoir la mise en place des interventions suivantes :

- Cours complets d'éducation sexuelle dans les écoles
- Conseils et service contraceptifs, avec une offre de méthodes modernes et diverses
- Meilleure disponibilité des soins anténatals, néonataux et postnatals
- Services médicalisés d'avortement et traitement des complications des avortements non médicalisés quand la loi le permet
- Prévention et traitement du sida et des autres IST
- Prévention et détection de la violence sexuelle et de genre, et soins aux victimes
- Prévention, détection et traitement des cancers de l'appareil génital
- Information, conseil et services relatifs à la stérilité
- Information, conseil et services relatifs à la santé et au bien-être sexuels¹⁵².

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Nombre de pays ont adopté des lois sur la santé reproductive qui traitent spécifiquement de la santé et des droits des femmes, des enfants et des adolescents. Le Népal a inscrit le droit aux services de santé génésique, avortement compris, dans sa constitution de 2015¹⁵³. À l'échelle mondiale, avec l'addendum de 2017 de la résolution de l'UIP de 2012, les parlementaires se sont engagés à protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des adolescents en utilisant «les pouvoirs du parlement en matière budgétaire et de contrôle pour assurer le financement adéquat des programmes et des politiques» en lien avec la santé et les droits sexuels et reproductifs¹⁵⁴ et en associant «les citoyens aux campagnes de sensibilisation relatives à la santé sexuelle et génésique, notamment les adolescents»¹⁵⁵. Au niveau national, l'exercice de ces droits peut, néanmoins, s'avérer compliqué, les parlementaires, gouvernements, prestataires de soins et citoyens étant susceptibles d'avoir une vision différente d'un certain nombre de points : que signifie l'expression «intégrité physique» et comment la

151 Manjulaa Narasimhan *et al.* (2018), *supra* n. 131, at p. e1058.

152 Jessica Boyer (2018), «A Time to Lead: A Roadmap for Progress on Sexual and Reproductive Health and Rights Worldwide», *Guttmacher Policy Review*, vol. 21, p. 37.

153 Constitution du Népal (2015), art. 38(2).

154 Addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012, point 2.

155 *Ibid.* point 7.

garantir, comment permettre l'accès à un avortement médicalisé quand la loi le prévoit, comment présenter les cours d'éducation sexuelle aux adolescents, comment définir, prévenir et punir la violence de genre, comment étendre aux femmes et aux adolescents l'accès confidentiel aux services de planification familiale.

La façon dont la santé et les droits sexuels et reproductifs sont pris en compte dans les instruments internationaux montre que ces droits ne sont pas uniquement liés à la santé, mais aussi à des objectifs d'équité et d'autonomisation. Ces instruments peuvent aussi servir de lignes directrices pour les responsables politiques en cas de lacune dans la législation nationale. Les ODD promeuvent, par exemple, l'accès universel aux services de santé génésique selon le principe d'égalité des sexes et de respect du droit à la santé¹⁵⁶. L'application au niveau local des lois et politiques de SDRS peut, néanmoins, s'avérer difficile. Les parlements peuvent non seulement mieux faire connaître ces lois et politiques, mais aussi améliorer la protection dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs en adoptant des lois portant, par exemple, sur l'égalité des sexes, les grossesses d'adolescentes, les pratiques préjudiciables ou la participation équitable des femmes à la vie publique et politique – et en veillant à ce que ces lois soient correctement appliquées¹⁵⁷. Ces autres lois et politiques peuvent être le moyen d'assurer l'adhésion des forces de l'ordre, des enseignants et d'autres fonctionnaires (notamment aux niveaux décentralisés) à l'action en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs pour tous. Les parlementaires pourront aussi proposer l'examen de la législation et des politiques en place dans le but d'assurer la protection des groupes marginalisés, de veiller à leur prise en compte tout au long du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes et des politiques¹⁵⁸. Aux Philippines, la Loi de 2012 sur la responsabilité parentale et la santé reproductive s'est, par exemple, heurtée à des problèmes d'application. Cette expérience montre combien l'application peut être dépendante du soutien des administrations et des collectivités locales.

Aux Philippines, le Congrès a débattu du projet de loi sur la responsabilité parentale et la santé reproductive pendant 14 ans avant son adoption en 2012. Les conservateurs ont ensuite poursuivi la lutte en faisant appel à la Cour suprême. Cette contestation a abouti au retrait de certaines parties de la loi. Une version révisée du texte de loi a finalement été mis en application en 2017. Les révisions portaient notamment sur la limitation de l'accès des adolescents aux services de santé génésique et la possibilité offerte aux responsables de refuser d'appliquer la loi sans risquer de sanction¹⁵⁹. D'autres contestations invoquaient la Constitution, laquelle consacre le caractère sacré de la vie et appelle l'État à protéger également la vie de la mère et celle de l'enfant à naître «dès la conception». Ces contestations visaient non seulement à limiter l'accès à l'avortement, mais aussi à certaines méthodes de contraception¹⁶⁰. Le Président Duterte a apporté son ferme soutien à la loi et aux

156 . ODD 3 (santé et bien-être), ODD 5 (égalité des sexes).

157 International Planned Parenthood Federation (2015), *Sexual and reproductive health and rights – the key to gender equality and women's empowerment*, p. 7.

158 Manjulaa Narasimhan, Ian Askew et Sten H Vermund (2016), «Advancing sexual and reproductive health and rights of young women at risk of HIV», comment, *The Lancet*, vol. 4, numéro 10, p. 684.

159 Cristyn Lloyd, «Whatever happened to the Philippines' reproductive health law?» Southeast Asia Globe, 24 juillet 2018. sea-globe.com/whatever-happend-to-the-philippines-reproductive-health-law/.

160 Constitution de la République des Philippines (1987), art. II, section 12.

avancées qu'elle représente en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Toutefois, la décentralisation du système de santé implique que «la mise en œuvre par l'administration locale de la planification familiale est subordonnée aux priorités, capacités et convictions personnelles des responsables locaux de l'administration et du système de santé»¹⁶¹. Or, les Philippines affichent la plus forte augmentation du taux d'infection par le VIH de la région Asie-Pacifique¹⁶². Le taux de grossesse adolescente est également élevé (8,6 % des adolescentes de la tranche d'âge des 15-19 ans)¹⁶³.

3. Mobiliser des financements

Les ressources intérieures (ressources publiques et dépenses assumées directement par les patients) couvrent, ensemble, une large part des dépenses SDRS dans les pays les moins avancés¹⁶⁴. Si l'APD contribue aux dépenses de SDRS, la lutte contre le VIH/sida monopolise une grande partie de ces fonds au détriment de la planification familiale¹⁶⁵. En outre, le rétablissement de la politique dite «de Mexico» par les États-Unis a encore réduit le montant d'APD disponible pour les services de santé génésique¹⁶⁶. Dans la mesure où les interventions de SDRS dépendent fortement des ressources intérieures, les parlementaires peuvent plaider en faveur d'un accroissement des investissements en montrant comment l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale et d'autres services de santé génésique génère des dividendes et des économies financières pour le système de santé et l'État lui-même. Les pays à revenu élevé, qui ne dépendent pas de l'APD, rencontrent également des problèmes de mobilisation des financements dans ce domaine en raison de préjugés sociaux, de politiques régressives et de discriminations contre les groupes marginalisés. Aux États-Unis, par exemple, le programme de planification familiale *Title X* donne accès à des services SDRS à des patients démunis, des adolescents et d'autres groupes défavorisés¹⁶⁷.

Si la question du financement soulève certaines difficultés, il est important de souligner que le coût de l'extension de l'accès à la contraception est étonnamment modeste. Dans les régions les moins avancées où l'usage de la contraception est limité, le coût de l'extension de l'accès aux contraceptifs est d'environ un dollar par personne et par an¹⁶⁸. Ainsi, répondre à tous les besoins de contraception non satisfaits des femmes des régions en développement, y compris l'extension de l'accès et des services, reviendrait à environ 1,93 dollar par personne et par an¹⁶⁹. En outre, selon certaines estimations, l'organisation de cours complets d'éducation sexuelle coûterait entre 7 et 33 dollars par élève et par an au Nigéria, en Inde, en Estonie et aux Pays-Bas, ce coût étant plus élevé

161 Voir Cristyn Lloyd, *supra* n. 143.

162 Voir ONUSIDA (2018), *Miles to go - Global AIDS Update 2018*, p. 206.

163 Bureau de la statistique des Philippines/USAID (2017), *National Demographic and Health Survey – Philippines*, p. 69.

164 Groupe de travail de haut niveau de la CIPD (2015), «Policy Considerations for Financing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Post-2015 Era», *Reproductive Health Matters* vol. 23, numéro 45, 159–163, p. 160.

165 *Ibid.*

166 Heather D. Boonstra, «The Global HER Act Would Repeal the Harmful Global Gag Rule», Guttmacher Institute, 7 février 2019. www.guttmacher.org/article/2019/02/global-her-act-would-repeal-harmful-global-gag-rule.

167 Voir Jesseca Boyer (2018), *supra* n. 153, p. 38 ; www.hhs.gov/opa/title-x-family-planning/index.html.

168 Guttmacher Institute (2017), *supra* n. 149, p. 3.

169 *Ibid.*

dans les pays qui dépendent de l'aide des organisations internationales pour la conduite et la mise en œuvre de ces programmes¹⁷⁰.

4. Renforcer la transparence et l'engagement

En matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, les stratégies de contrôle et de responsabilité ouvertes aux parlementaires passent notamment par une représentation des femmes et des adolescents dans les programmes de santé et la coordination des actions du secteur de la santé et des autres secteurs concernés¹⁷¹. Les parlementaires peuvent aussi rendre obligatoire la déclaration à une autorité centrale de tous les décès de mères ainsi que l'examen de tous ces décès par des autorités sanitaires¹⁷². D'autres mesures sont envisageables, comme la mise en place d'une déclaration universelle de naissance et la création d'un «passeport de protection» pour les filles et les femmes, mesures qui amélioreront les systèmes statistiques de l'état civil et favoriseront le recueil des données et la reddition de comptes en matière de services de santé génésique et d'accès à ces services¹⁷³.

L'engagement des citoyens est essentiel à l'efficacité des politiques, interventions et services relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Cet engagement est en lui-même un moyen de sensibilisation. Il est important d'associer aussi les hommes et les garçons à l'élaboration et à l'application des politiques, car ils jouent un rôle clé dans les décisions de planification familiale¹⁷⁴. La participation des adolescents est aussi indispensable, puisque l'adolescence est une période décisive où il convient de prévenir les grossesses non désirées et la transmission des IST et d'améliorer les connaissances et les pratiques¹⁷⁵. Il incombe aux ministères de la Santé et aux autres organismes concernés de publier des informations sur les services de SDR. Les parlementaires devront, toutefois, se montrer prudents quant au contrôle et à l'interprétation des données, lesquelles peuvent aussi être utilisées à des fins de désinformation des citoyens¹⁷⁶. Ils pourront renforcer la reddition de comptes en précisant dans les obligations de déclaration les informations et les données à publier, et souligner leur engagement en matière de SDR par une supervision publique des institutions qui ne satisfont pas à ces obligations. Le Rwanda, par exemple, a fait de la planification familiale une priorité nationale et mis en place un plan de mise en œuvre clair et exhaustif à tous les niveaux d'administration jusqu'au plus petit échelon. Cette démarche peut servir de modèle aux parlementaires qui envisagent d'impliquer les

170 Jari Kivela, Evert Ketting et Rob Baltussen (2013), «Cost analysis of school-based sexuality education programs in six countries», *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11:17, p. 5.

171 OMS (2015), *Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent, Réalisations et perspectives* : Rapport final du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, p. 62 (en anglais, résumé disponible en français).

172 OMS (2014), *Chaque femme, chaque enfant, Un cadre conceptuel pour l'après-2015 : Troisième rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant*, p. 39–40 (en anglais, résumé disponible en français).

173 OMS (2015), *supra* n. 156, p. 6.

174 UNFPA (2017), *Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights*, Sec. I.

175 Voir *ibid.* section b.4.

176 OMS (2015), *supra* n. 156, p. 66 : «Le Conseil pour l'enfance et l'adolescence prévoyait qu'en 2013 toutes les parties prenantes publieraient des informations sur les engagements, l'apport de ressources et les résultats atteints à l'échelle nationale et mondiale. Comme le montrent nos fiches pays, les données font complètement défaut pour juger de la réalisation de cette recommandation».

citoyens et les institutions dans les efforts d'amélioration de la santé et du respect des droits génésiques.

Au Rwanda, l'utilisation des contraceptifs a été multipliée par dix en à peine dix ans. Tandis qu'en 2000, seulement 4 % des femmes mariées en âge d'avoir des enfants utilisaient une méthode de contraception moderne, ce taux était monté à 45 % en 2010¹⁷⁷. Cette réussite peut être mise au compte du fort soutien politique apporté par le Gouvernement rwandais à la planification familiale, en même temps que l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes devenaient des priorités transversales de tous les secteurs, programmes et niveaux d'administration¹⁷⁸. Le pays a également investi dans des agents de santé locaux chargés de sensibiliser les citoyens à la planification familiale et de les orienter vers des services compétents pour recevoir des traitements et des contraceptifs¹⁷⁹. Dans cette dynamique positive, le Rwanda a entamé un dialogue national sur la planification familiale en inscrivant ce processus dans celui des journées mensuelles de travail participatif (umuganda). Des communications et des débats ont ainsi été organisés à la suite de travaux participatifs d'amélioration des routes, des écoles ou d'autres infrastructures¹⁸⁰. Ce focus sur les agents de santé locaux, à la fois représentants de la population et responsables vis-à-vis d'elle, combiné à un solide engagement des citoyens et à des dialogues participatifs sur la planification familiale, continue à porter ses fruits. En 2015, 48 % des femmes mariées utilisaient une méthode de contraception moderne¹⁸¹, et la quasi-totalité des hommes et des femmes ayant une activité sexuelle, mariés ou non, connaissaient au moins une de ces méthodes¹⁸².

177 Voir data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONM.ZS?locations=RW.

178 USAID (2012), Three Successful Sub-Saharan Africa Family Planning Programs: Lessons for Meeting the MDGs, p. 21.

179 *Ibid.* p. 24–25.

180 *Ibid.* p. 22.

181 Institut national de la statistique du Rwanda, ministère de la Santé du Rwanda et ICF International, *Rwanda Demographic and Health Survey 2014-15*, p. 85.

182 *Ibid.*, p. 84

L'ACTION PARLEMENTAIRE EN FAVEUR DE LA SANTÉ ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

1. Cerner le problème ou le manque

- *Passer en revue les lois et politiques de santé, ainsi que celles ne portant pas sur la santé mais sur l'égalité des sexes ou l'autonomisation, pour étudier leurs effets sur la mise en œuvre des lois et politiques de SDR*
- *S'assurer que les politiques et lois nationales privilégient les interventions qui promeuvent l'accès à des services de SDR, y compris aux services d'avortement médicalisé et de soins post-avortement si ceux-ci sont légaux*
- *Consulter les citoyens, les OSC et les autres parties prenantes pour évaluer la mesure dont les lois et politiques de SDR sont efficaces pour les groupes marginalisés*

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

- *Adopter des lois et des politiques qui promeuvent l'accès de tous à des services de SDR, et en particulier des femmes, des enfants et des adolescents, et prendre des mesures pour supprimer les dispositions légales qui entravent cet accès*
- *Organiser des activités de sensibilisation des citoyens aux politiques et programmes de SDR*
- *Veiller à ce que tout un chacun (femmes, filles, hommes et garçons) soit consulté sur l'élaboration de la politique de SDR*
- *Étendre l'accès à la planification familiale et répondre aux besoins en la matière*
- *Rendre les soins prénatals plus accessibles, financièrement et pratiquement*
- *Étendre l'accès à la vaccination contre les maladies à papillomavirus ainsi qu'aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus*

3. Mobiliser des financements

- *Quantifier le coût de l'investissement national en contraceptifs et en cours complets d'éducation sexuelle*
- *Déterminer les données supplémentaires qui sont nécessaires pour mettre en lumière ce que coûte l'absence de planification familiale et d'autres interventions de santé génésique*
- *Examiner les politiques et programmes, notamment les programmes d'enseignement, pour déterminer comment y intégrer des mesures de SDR, et répertorier les possibilités de contrôle des coûts*
- *Passer en revue les financements alloués aux services de SDR dans le budget national, ainsi que les autres sources de financement*

4. Renforcer la transparence et l'engagement

- *Passer en revue les lois et politiques de santé pour vérifier leur application, déterminer si elles répondent efficacement aux besoins spécifiques des femmes, des enfants et des adolescents et concourent à la défense de leurs droits*

- *Prévoir l'obligation de déclarer tous les décès maternels à une autorité ou entité centrale*
- *Mettre en place l'enregistrement universel des naissances*
- *Évaluer les obligations d'information publique de la part des organismes et des ministères prévues dans les lois et politiques de SDSR, procéder à des améliorations si nécessaire, et s'assurer de l'existence de mécanismes de recours protégés par la loi.*



Des femmes cueillent des piments au Bangladesh.
© NURPHOTO/Kazi Salahuddin Razu

e. Autonomisation des femmes, des filles et des populations locales

L'autonomisation des femmes, des filles et des populations locales est étroitement liée au respect des droits des femmes, des enfants et des adolescents en matière de santé. Quand les femmes sont autonomes, elles ont moins d'enfants, ont de meilleures opportunités de travail, ont une plus grande probabilité d'accéder à des services de santé et sont moins exposées aux violences conjugales. Ces avancées sont transmises à la génération suivante, car les enfants de femmes autonomes ont de meilleures chances de survie et bénéficient de meilleurs soins affectifs et de santé¹⁸³. L'autonomisation intervient aussi dans de nombreuses autres questions d'ordre sanitaire : le mariage précoce et forcé, les pratiques préjudiciables comme l'excision et la violence faite aux femmes, la participation des filles et des femmes au processus décisionnel en matière de SDR et d'autres questions de santé, ainsi que la budgétisation sensible au genre, en particulier dans le domaine de la santé.

183 Partenaires en population et en développement/PMNCH (2013), *Promoting women's empowerment for better health outcomes for women and children*, p. 2. www.who.int/pmnch/knowledge/publications/strategybriefs/sb_gender.pdf.

1. Cerner le problème ou le manque

Si les problèmes d'autonomisation qui ont des répercussions sur la santé et l'accès aux soins sont souvent complexes, les comprendre permet d'élaborer de meilleures politiques, plus pertinentes et plus efficaces. Lorsque les femmes ou des groupes de population sont autonomes, ils sont mieux à même de se défendre et de défendre leur santé, et ils ont généralement un meilleur accès aux soins. Les obstacles à l'autonomisation (violence faite aux femmes, pratiques préjudiciables comme les mutilations sexuelles féminines et les mariages précoces et forcés) ont des répercussions spécifiques sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents (augmentation des taux de sida et d'IST, d'avortement, de faible poids à la naissance et des naissances prématurées, usage d'alcool, dépression et suicide, féminicide¹⁸⁴). À l'échelle mondiale, un tiers des femmes auront à subir des actes de violence sexiste ou de violence conjugale au cours de leur existence¹⁸⁵. La violence faite aux femmes est aussi liée à d'autres indicateurs de santé comme les grossesses adolescentes, les grossesses non désirées, les fausses couches, les bébés mort-nés, les hématomes intra-utérins, les déficiences nutritionnelles, les problèmes gastro-intestinaux, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique, sans oublier les maladies non transmissibles comme l'hypertension, le cancer et les maladies cardio-vasculaires¹⁸⁶. Environ 40 % des filles des pays les moins développés sont mariées avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans¹⁸⁷, et cette pratique présente une forte corrélation avec des taux élevés de grossesses, y compris précoces. D'ailleurs, la grossesse et les complications à l'accouchement sont les causes principales de décès pour les filles de 15 à 19 ans¹⁸⁸.

Lorsque des données sont disponibles, elles serviront, dans le contexte de la santé et de l'autonomisation, à repérer les lacunes du cadre légal et politique. Les parlementaires peuvent demander que les données soient ventilées par sexe et selon d'autres facteurs comme le revenu ou la région. La désagrégation des données permet de repérer les impacts ou résultats diversifiés et d'améliorer l'efficacité des politiques¹⁸⁹. Les parlementaires devront travailler en étroite collaboration avec les OSC et d'autres parties prenantes à la contextualisation des données et à leur utilisation à l'appui de solutions politiques efficaces. L'accent mis sur l'autonomisation dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 comme dans les ODD, souligne encore la nécessité pour les parlementaires de s'intéresser aux approches intersectorielles et aux résultats de l'autonomisation au moment de la conception de solutions politiques dans le domaine de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. D'importants déficits en matière d'autonomisation et de santé peuvent par exemple être comblés grâce à une mobilisation communautaire autour de la planification familiale et de la santé reproductive ou par une action efficace des médias

184 OMS (2013), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (p. 21 du texte anglais, résumé disponible en français).

185 OMS, «La violence à l'encontre des femmes : Principaux faits», 29 novembre 2017. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.

186 OMS (2013), *supra* n. 169, p. 21-22.

187 UNICEF, «Child Marriage», juin 2019. data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/.

188 Girls Not Brides, «What is the impact of child marriage: Health». www.girlsnotbrides.org/themes/health/ (page consultée le 25 juillet 2019).

189 Partenaires en population et développement/PMNCH (2013), *supra* n. 168, p. 4.

pour inciter les populations et les individus (en particulier les femmes et les filles) à protéger leur santé¹⁹⁰.

Les Principes d'autonomisation des femmes intègrent des difficultés et des indicateurs relatifs à la santé

- *Tenir compte des impacts différents sur les femmes et les hommes selon les conditions de travail, en particulier des risques éventuels pour la santé procréative*
- *Instaurer une politique de tolérance zéro par rapport à toute forme de violence et de harcèlement au travail*
- *Améliorer l'accès à une assurance maladie financée par l'employeur ainsi que l'accès à des soins médicaux*
- *Respecter le droit des femmes et des hommes de prendre des congés pour qu'eux-mêmes et les personnes à leur charge puissent recevoir des soins*
- *Veiller à la sécurité des femmes et des hommes pendant leurs déplacements pour se rendre au travail et en revenir*
- *Encourager les employeurs à former le personnel de sécurité, et le personnel en général, à repérer les signes de violence faite aux femmes, de traite des êtres humains et d'autres problèmes similaires¹⁹¹.*

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Seulement 12 % des États ont des dispositions constitutionnelles portant spécifiquement sur les droits des femmes, mais la quasi-totalité des constitutions nationales reconnaissent le droit à l'égalité en fonction de divers critères, notamment celui du sexe¹⁹². Beaucoup de pays ont des lois nationales prévoyant la protection directe et particulière de l'autonomisation des femmes (lois sur l'égalité des sexes ou lois incriminant la violence de genre, le mariage précoce et forcé ainsi que les mutilations sexuelles féminines). De nombreux pays ont aussi l'obligation légale d'établir des budgets sensibles au genre pour les programmes publics, afin d'appuyer les politiques et actions d'autonomisation. Certaines lois nationales sur l'égalité des sexes traitent également du droit à la santé. En Thaïlande, par exemple, la Loi sur l'égalité des sexes porte création d'un Comité de promotion de l'égalité des sexes chargé de contrôler les «injustes discriminations de genre», que la loi définit en une seule phrase¹⁹³. La Loi sur l'égalité des sexes vietnamienne vise l'égalité de développement socio-économique des hommes et des femmes. Elle pose l'égalité des droits des femmes s'agissant de l'accès à l'information et aux services de santé, y compris pour les questions de santé génésique comme l'emploi de contraceptifs, et comprend une disposition spéciale

190 OMS (2017), *An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health*, p. 48–49.

191 ONU Femmes (2011), *Principes d'autonomisation des femmes : Pour l'entreprise aussi, l'égalité est une bonne affaire*, p. 4 www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2011/10/women-s-empowerment-principles_2011_fr%20pdf.pdf?la=en&vs=1504.

192 ONU Femmes (2017), *Policy brief no. 8: Why and how constitutions matter for advancing gender equality: Gains, gaps and policy implications*, p. 2.

193 Loi sur l'égalité des sexes de la Thaïlande (2015), section 3.

sur les droits des femmes défavorisées de bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive¹⁹⁴.

La recherche de l'autonomisation des femmes et ses liens avec la question de la santé des femmes, des enfants et des adolescents sont également présents dans les instruments internationaux. Dans l'addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012, les parlementaires affirment que «le genre est un facteur déterminant en matière de santé». Ils marquent aussi leur soutien à une budgétisation sensible au genre s'agissant de la santé des femmes et des filles, et s'engagent à «s'attaquer aux facteurs sociaux, économiques et culturels responsables de bon nombre des inégalités entre hommes et femmes du point de vue de leur état de santé»¹⁹⁵. Cet addendum appelle, en outre, les parlementaires à veiller à ce que les femmes, les enfants et les adolescents les plus marginalisés puissent exercer pleinement leur droit à la santé¹⁹⁶ et préconise une collaboration intersectorielle pour garantir l'exercice de ce droit¹⁹⁷. Avec l'ODD 5, les États se sont aussi engagés à parvenir à l'égalité des sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles, y compris en mettant fin à toutes les formes de discrimination, à toutes les formes de violence et à toutes les pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles, en particulier le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine¹⁹⁸.

Dans certains pays, les parlementaires devront adopter des lois interdisant les pratiques préjudiciables pour tenir ces engagements internationaux relatifs à l'autonomisation des femmes, des filles et d'autres groupes de population. Il peut, néanmoins, s'avérer compliqué d'appliquer les lois et politiques sur l'autonomisation dans le domaine de la santé, leur mise en œuvre relevant d'organismes et de collectivités à l'échelon local. Pour appliquer l'interdiction du mariage précoce ou forcé, il faut, par exemple, que les forces de l'ordre soient prêtes à arrêter les contrevenants. L'interdiction va donc de pair avec une sensibilisation des collectivités et de leurs chefs au caractère illégal et dangereux pour la santé du mariage précoce ou forcé et d'autres pratiques préjudiciables, ainsi qu'à la nécessité d'un travail de collaboration avec les forces de l'ordre pour assurer la protection des filles contre ces pratiques. Dans cette optique, les parlementaires peuvent soutenir la création d'unités consacrées à la protection des enfants dont les responsables seront formés à la prévention des pratiques préjudiciables comme le mariage précoce ou forcé ou les mutilations sexuelles féminines. Un bureau ou un service chargé de l'égalité des sexes peut également contribuer à l'application des lois sur les violences sexistes et conjugales. Des femmes peuvent être formées au recueil de déclarations de violence sexiste et d'autres pratiques préjudiciables à l'égard des femmes dans le cadre d'une procédure confidentielle. En outre, la déclaration par une femme ou une fille d'un acte de violence sexiste ou conjugale peut donner lieu à l'orientation de la personne concernée vers des soins appropriés.

194 Loi sur l'égalité des sexes du Viet Nam (2006), art. 17.

195 Addendum de 2017 à la résolution de l'UIP de 2012, point 6.

196 UIP (2017), *supra* n. 26, point 8.

197 *Ibid.*, point 10.

198 Voir la CDE, art. 24, CEDEF, art. 2(f) et 5(a); les Recommandations générales 14 et 19 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, A/45/38 (1990); la résolution 48/104 de l'Assemblée générale des Nations Unies; et la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) (qui prévoit la protection des femmes contre la violence sexiste et place explicitement la mutilation génitale féminine dans cette catégorie).

3. Mobiliser des financements

Lorsque les femmes acquièrent une autonomie économique, leur famille dispose d'un revenu supérieur et elles-mêmes sont mieux à même de répondre aux besoins financiers du ménage, y compris en ce qui concerne les soins de santé. Les femmes autonomes ont une plus grande capacité de déplacement et d'action, ce qui implique un meilleur accès aux services de santé. Elles sont aussi mieux placées pour promouvoir leur propre santé et celle de leurs enfants. Par ailleurs, investir dans la santé et l'autonomisation des femmes est une opération économiquement rentable : les femmes autonomes et en bonne santé sont moins souvent absentes au travail, sont moins exposées aux grossesses non désirées et risquent moins de souffrir du diabète ou d'autres maladies chroniques¹⁹⁹.

Dans les pays les moins avancés, les programmes d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes sont souvent très dépendants des financements de l'APD²⁰⁰. Pourtant, en 2015–2016, seulement 4 % de l'aide bilatérale avait pour objectif principal l'égalité des sexes, un chiffre qui n'avait pas connu d'évolution notable depuis 2010²⁰¹. À la même période, l'égalité des sexes apparaissait comme un objectif secondaire pour 33 % de l'aide bilatérale et n'apparaissait pas du tout dans les 63 % restants. De plus, dans les secteurs de l'économie et de la production, qui présentent des liens intersectoriels avec l'autonomisation et la santé des femmes 1 % seulement de l'aide était consacré à l'égalité des sexes²⁰². Les modèles de financement mixtes qui combinent l'APD ou d'autres financements publics avec des financements privés peuvent aussi être mis à profit pour l'autonomisation économique des femmes, quand il est possible d'établir des liens avec l'accès aux soins médicaux et aux connaissances en matière de santé²⁰³. Avec ce type de modèle, la composante d'APD ou de financement public devra servir à dynamiser des résultats de développement et à maintenir le niveau de qualité le plus élevé possible²⁰⁴.

L'investissement domestique dans l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes est également essentiel pour que les femmes, les enfants et les adolescents puissent pleinement exercer leur droit à la santé. Les conséquences financières de l'absence d'investissement dans ces domaines sont énormes : des études montrent que les violences faites aux femmes (y compris les mutilations sexuelles féminines et les violences conjugales) coûtent environ 1 500 milliard de dollars à l'économie mondiale,

-
- 199 Voir, par ex., McKinsey Global Institute (2015), *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*, p. 45; «HERproject: Investing in Women Workers for Health and Business Returns», 1^{er} juin 2010, [BSR.org. www.bsr.org/en/our-insights/case-study-view/herproject-investing-in-women-workers-for-health-and-business-returns](https://www.bsr.org/en/our-insights/case-study-view/herproject-investing-in-women-workers-for-health-and-business-returns).
- 200 Reconnaisant l'importance de l'autonomisation pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui est le plus important financeur de la santé publique dans le monde, a lancé en 2014 un plan de mise en œuvre de sa stratégie en matière d'égalité de genre visant à promouvoir la santé des femmes, des enfants et des adolescents par des initiatives d'autonomisation et l'inclusion de cette démarche dans les programmes et les financements de la santé. Le Fonds mondial (2014), *Stratégie en matière d'égalité de genre : Plan de mise en œuvre 2014-2016*, www.theglobalfund.org/media/1248/publication_genderequalitystrategy_actionplan_fr.pdf?u=637066556810000000.
- 201 Jorge Moreira da Silva, «Can Blended Finance Help Fill the Gender Equality Funding Gap?», Women Deliver, 26 septembre 2018. womendeliver.org/2018/can-blended-finance-help-fill-the-gender-equality-funding-gap/.
- 202 *Ibid.*
- 203 *Ibid.*
- 204 OCDE (2018), *OECD DAC Blended Finance Principles for Unlocking Commercial Finance for the Sustainable Development Goals*, p. 6.

soit 2 % du PIB mondial²⁰⁵. De plus, d'ici 2030, la persistance du mariage précoce ou forcé coûtera à l'économie mondiale des milliers de milliards de dollars en services de bien-être et de soins médicaux pour les jeunes mères et leurs enfants²⁰⁶. Les bénéfices économiques représentés par l'arrêt des mariages précoces ou forcés vont croître avec le temps, tandis que la population des pays les plus concernés continue d'augmenter à un rythme régulier²⁰⁷. Au Pakistan, le recrutement de femmes comme agents de santé locaux dans le cadre du programme *Lady Health Workers* a produit d'importants bénéfices économiques en même temps qu'une amélioration de l'état de santé des femmes.

Dans le cadre du programme pakistanais Lady Health Workers, plus de 100 000 femmes ont été recrutées comme agents de santé pour diffuser des informations sur la santé et les services médicaux aux femmes à l'échelon local²⁰⁸. Ce programme a non seulement permis d'informer des femmes qui, sinon, n'auraient pas eu accès à des services de santé génésique, mais il a aussi amélioré la position sociale des femmes recrutées et augmenté la proportion de femmes dans la profession médicale. Le programme a généré un double bénéfice économique puisque les femmes concernées ont déclaré avoir gagné en autonomie et se sentir plus à même de prendre des décisions de planification familiale et de santé²⁰⁹.

4. Renforcer la transparence et l'engagement

L'autonomisation des femmes et son impact sur la santé requièrent une approche multisectorielle impliquant diverses parties prenantes des domaines de la santé, de la justice, de l'application des lois, de l'éducation, de la protection de l'enfance, de l'économie, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, et de la jeunesse²¹⁰. Certains pays disposent d'un organe indépendant chargé de l'égalité des sexes à même de contrôler les programmes et les interventions. Au Rwanda, par exemple, l'Observatoire national du genre²¹¹ est chargé de superviser l'intégration de la dimension de genre, de lutter contre la violence de genre et d'œuvrer à l'égalité des sexes²¹². De même, le Zimbabwe dispose d'une Commission sur le genre, établie par la Constitution, qui est chargée de contrôler les questions de genre par la recherche, l'enquête, le plaidoyer et, le cas échéant, a le pouvoir d'intenter des poursuites judiciaires²¹³.

Par ailleurs, il est indispensable que les bénéficiaires et le public participent à la supervision des services et demandent aux prestataires de rendre compte de leur

205 Voir l'allocation de Lakshmi Puri, Sous-Secrétaire générale de l'ONU et Directrice exécutive adjointe d'ONU Femmes, prononcée lors du débat de haut niveau sur le coût économique de la violence faite aux femmes, le 21 septembre 2016 (en anglais). www.unwomen.org/en/news/stories/2016/9/speech-by-lakshmi-puri-on-economic-costs-of-violence-against-women.

206 Save the Children (2018), *Working together to end child marriage: How governments can end child marriage by accelerating coordinated action across education, health, protection and other sectors*, p. 3.

207 Quentin T. Wodon *et al.* (2017), *supra* n. 50, at p. 61.

208 Partenaires en population et développement/PMNCH (2013), *supra* n. 184, p. 2.

209 *Ibid.* p. 2.

210 Voir Save the Children (2018), *supra* n. 191, p. 4.

211 Constitution de la République du Honduras (2003), dans sa dernière version, art. 185.

212 Voir Gender Monitoring Office – Gender Accountability for Sustainable Development. www.gmo.gov.rw/index.php?id=188 (page consultée le 10 avril 2019).

213 Constitution du Zimbabwe (2013), dans sa dernière version, section 246.

action²¹⁴. Les femmes et les citoyens en général doivent être associés au processus à tous les niveaux, depuis le niveau local (où se prennent bon nombre des décisions relatives aux soins de santé) jusqu'au niveau national (où les politiques et stratégies sont arrêtées)²¹⁵. De fait, c'est aussi un moyen d'autonomisation que de donner aux femmes et autres groupes de population la possibilité de demander des comptes sur l'action des prestataires de services et des acteurs du système de santé²¹⁶. Dans la pratique, la loi doit prévoir un mécanisme qui permette aux usagers de se plaindre des services de santé, en particulier lorsque la piètre qualité des soins est liée à une différence de traitement entre hommes et femmes, et ces plaintes doivent remonter jusqu'à des services qui s'en saisissent. Pour des raisons de responsabilité, il est particulièrement important de surveiller certaines pratiques comme la stérilisation forcée, les césariennes et certaines hystérectomies ou les refus de traitement à des femmes porteuses du VIH/sida²¹⁷.

En termes d'engagement, les parlementaires peuvent travailler avec des collectivités et des leaders locaux à la détermination des questions clés en matière de santé et d'autonomisation et à la conception de solutions adaptées au contexte local. S'il est important d'impliquer les femmes et les filles dans l'élaboration des politiques et le contrôle de leur mise en œuvre, l'implication des hommes et des garçons, et leur sensibilisation aux problèmes favoriseront aussi l'efficacité de la politique, l'autonomisation et l'exercice du droit à la santé. Les parlementaires, qui travaillent avec les populations locales et leurs chefs, sont particulièrement bien placés pour favoriser des programmes qui visent à autonomiser les femmes par l'information et à promouvoir des objectifs d'égalité des sexes plus larges en leur donnant les moyens de diriger elles-mêmes ces programmes.

214 Voir Pan American Health Organization (PAHO), *Guide for analysis and monitoring of gender equity in health policies*, p. 77.

215 *Ibid.* p. 78.

216 *Ibid.*

217 *Ibid.* p. 79.

L'ACTION DES PARLEMENTAIRES EN FAVEUR DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES, DES FILLES ET DES POPULATIONS LOCALES

1. Cerner le problème ou le manque

- Vérifier que les données démographiques collectées par le bureau national de statistique sont désagrégées par sexe, par région et par niveau de revenu
- Évaluer la réponse politique apportée aux questions d'autonomisation (violence faite aux femmes, mariage précoce ou forcé et mutilation génitale féminine) ainsi qu'aux questions d'accès à la santé, en collaborant avec des parties prenantes et des OSC pour cerner les difficultés et déterminer les causes profondes des problèmes d'autonomisation dans le domaine de la santé
- Identifier les freins à la participation des femmes à l'économie qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur leur santé (cf. principes d'autonomisation des femmes ci-dessus)
- Évaluer les efforts de mobilisation de la population autour des questions de planification familiale et de santé génésique
- Évaluer l'utilisation des médias pour sensibiliser la population, en particulier les femmes et les filles, à la nécessité de protéger leur santé, ainsi que son efficacité

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

- Examiner la législation sur la santé et l'égalité des sexes et déterminer si elle favorise l'autonomisation des femmes, des filles et des populations locales
- Passer en revue les statistiques concernant les infractions aux lois sur la violence faite aux femmes ainsi que sur le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine
- Créer ou favoriser la création d'unités spéciales de protection des femmes et des enfants au sein des forces de l'ordre chargées de traiter ces infractions et d'orienter les victimes vers des services de santé appropriés et confidentiels

3. Mobiliser des financements

- Envisager des modèles de financement mixte combinant des fonds internationaux et nationaux pour dynamiser le financement de la santé
- Exiger une budgétisation sensible au genre dans les secteurs de l'économie et favoriser la collaboration entre responsables de la santé et de l'économie pour l'établissement de la politique

4. Renforcer la transparence et l'engagement

- Passer en revue les modalités de supervision des questions de genre et vérifier que les aspects sanitaires sont pris en compte par les mécanismes et organismes d'évaluation
- Passer en revue les mécanismes de plainte et les procédures de reddition de comptes des services nationaux de santé pour vérifier que les organismes correspondants sont accessibles et réactifs
- Impliquer les citoyens, y compris les hommes et les garçons, dans la conception, l'élaboration, l'évaluation et la mise en œuvre de la politique de la santé afin d'obtenir des avis d'utilisateurs sans intermédiaire



Des femmes réfugiées rohingyas dans un camp de fortune à Teknaff, au Bangladesh.
© AGENCE ANADOLU/Zakir Hossain Chowdhury

f. Situations d'urgence humanitaire et de fragilité

À l'échelle mondiale, une personne sur 70 vit dans une situation de crise humanitaire qui nécessite une assistance²¹⁸. Les situations d'urgence humanitaire et de fragilité surviennent en cas de conflit, de déplacement de population, d'épidémie ou de catastrophe naturelle. Dans de tels cas, il convient d'assurer aux femmes, aux enfants et aux adolescents des services de santé de base, des services de santé mentale, la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires ainsi qu'une protection contre l'exploitation et les abus sexuels. L'offre de planification familiale et de soins prénatals est souvent quasi inexistante en situation de crise humanitaire, en particulier dans les premières phases de la crise, tandis que les taux de violence sexuelle, de mutilation génitale féminine et de mariage précoce ou forcé ont tendance à augmenter. En moyenne, une crise humanitaire dure neuf ans²¹⁹. En situation de crise, on concentrera les efforts de protection des droits des femmes et

218 Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) (2019), *Aperçu de la situation humanitaire mondiale*, p. 4. (en anglais) www.unocha.org/sites/unocha/files/GHO2019.pdf.

219 *Ibid.*

des enfants sur l'accès aux soins médicaux, les services de SDSR et la prévention des violences sexuelles.

1. Cerner le problème ou le manque

Les organisations qui dispensent de l'aide et des services en situation d'urgence humanitaire et de fragilité fonctionnent dans des conditions de ressources, d'infrastructures et d'accès limitées et doivent déployer des interventions de différents types. En 2017, près de 124 millions de personnes souffraient d'insécurité alimentaire²²⁰ et les crises ont aussi des répercussions sur les possibilités d'autonomisation : en situation de conflit, les filles risquent 2,5 fois plus que les garçons d'être déscolarisées²²¹. Alors que le droit international humanitaire proscribit explicitement les violences sexuelles en temps de guerre²²², on constate une augmentation des taux de mariage précoce ou forcé et de violences sexuelles. Plus de 80 % des femmes déclarent avoir fait l'objet de violences sexuelles dans les zones où font rage les conflits les plus aigus, tandis qu'elles sont 20 % dans beaucoup d'autres zones de conflit²²³. Souvent, les conséquences de cette recrudescence de violences sexuelles sont encore sensibles longtemps après la fin du conflit²²⁴. Pourtant, la prévention des violences de genre et l'aide aux victimes ne bénéficient que d'une infime proportion des financements humanitaires²²⁵. Les conflits d'aujourd'hui durent longtemps et cette caractéristique les rend d'autant plus préjudiciables à la santé publique – pas seulement pendant la crise elle-même, mais aussi pendant de longues années ensuite : la population, qui n'a pas bénéficié d'une éducation complète, peine à avoir accès à des services de santé génésique ou d'autres services de santé.

L'absence de services de santé génésique pendant une crise peut avoir des conséquences profondes. Les pays qui subissent une crise humanitaire enregistrent plus de 60 % de décès maternels évitables²²⁶ et jusqu'à 17 % du total mondial des décès maternels se produisent en situation de crise humanitaire²²⁷. Tandis que l'accès à des conseils de planification familiale permet de diminuer de 32 % la mortalité maternelle et de 10 % la mortalité infantile²²⁸, la demande de planification familiale non satisfaite

220 Food Security Information Network (2018), *Global Report on Food Crises*, p. 2. docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000069227/download/?_ga=2.92279262.299860260.1564170475-845857020.1564170475.

221 OCHA (2019), *supra* n. 203, p. 4.

222 Voir Comité international de la Croix-Rouge (CICR), «How Does Law Protect in War? Sexual Violence in Armed Conflict». [casebook.icrc.org/highlight/sexual-violence-armed-conflict](https://www.icrc.org/highlight/sexual-violence-armed-conflict) (page consultée le 16 juillet 2010).

223 Emma Sidebotham, Joanne Moffatt et Kevin Jones (2016), «Sexual violence in conflict: a global epidemic», commentaire, *The Obstetrician & Gynaecologist*, vol. 18, p. 247.

224 Voir Jennifer J. Mootz, Sally D. Stabb et Deborah Mullen (2017), «Gender-Based Violence and Armed Conflict: A Community Informed Socioecological Conceptual Model From Northeastern Uganda», *Psychology of Women Quarterly*, vol. 41:3.

225 EWEC (2017), *Advocacy Roadmap: Humanitarian and Fragile Settings*, p. 2. www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/02/Humanitarian_EWEC-Advocacy-Roadmap-2017_final.pdf.

226 Arthur Erken (2017), «Maternal deaths and humanitarian crises», correspondance, *The Lancet*, vol. 389. www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2930949-2.

227 Helena Nordenstadt et Hans Rosling (2016), «Chasing 60% of maternal deaths in the post-fact era», commentaire, *The Lancet*, vol. 388. www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931793-7.

228 Sarah K Chynoweth, «Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review», p. 7, in *Reproductive Health in the Changing Humanitarian Context: Findings from the IA WG on Reproductive Health in Crises' 2012-2014 Global Evaluation*, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis (2016). [iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf](https://www.iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf).

est proche de 40 % dans les zones de conflit²²⁹. Les enfants et les nourrissons vivant à proximité de zones de conflit sont plus exposés à une mort prématurée et, une fois le conflit terminé, leur taux de mortalité reste supérieur à la moyenne pendant encore de nombreuses années²³⁰. En Ouganda, l'offre de services de santé a pu être adaptée à la situation de crise humanitaire. C'est un exemple qui peut être utile aux parlementaires confrontés à des problèmes similaires dans leur pays.

Le ministère de la Santé ougandais, qui a pris conscience du risque accru de forte mortalité néonatale et infantile en situation de conflit, a fait appel à des ONG médicales pour concevoir des services de santé génésique répondant aux standards nationaux et les dispenser dans le nord du pays touché par un conflit. Des produits de santé génésique ont été expédiés dans les établissements de santé sélectionnés et des équipes de médecins et d'infirmiers mobiles ont été envoyées pour renforcer les capacités et les services. On a constaté que plus de 80 % des femmes qui ont bénéficié de ces services ne savaient pas lire ou pas bien, et que près de 85 % d'entre elles n'avaient pas achevé l'école élémentaire²³¹. À la fin du projet triennal, 22,6 % des femmes utilisaient un moyen de contraception moderne (contre 7,6 % au début du projet) et plus de 50 % de ces femmes déclaraient qu'elles se procuraient leurs produits de planification familiale dans un établissement de santé public²³². Sur la même période, les besoins non satisfaits de planification familiale ont baissé de 16,4 %²³³.

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

Pour réussir à protéger la santé des femmes, des enfants et des adolescents en temps de crise, il faut assurer la continuité des services, l'accès et des conditions d'équité, ce qui représente autant de défis. De fait, l'affectation équitable des ressources nationales et internationales peut s'avérer complexe. Si la vie des civils est la première des priorités en situation d'urgence, au vu de la durée des crises des réfugiés et des crises humanitaires, il est souvent nécessaire d'adopter une vision à plus long terme englobant des services plus complets. Dans les zones de conflit et de crise humanitaire, les femmes, les enfants et les adolescents doivent bénéficier de mesures de protection spéciales et les parlementaires ont un rôle déterminant à jouer pour garantir que l'aide intérieure et l'aide internationale concourent à leur protection, et en particulier à celle de leur santé. Les parlementaires peuvent aussi prendre l'initiative d'élaborer des approches plus complètes de la santé des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence en mettant sur pied des plans de prévention, de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de redressement, avec l'aide des collectivités

229 Lara S. Ho et Erin Wheeler (2018), «Using Program Data to Improve Access to Family Planning and Enhance the Method Mix in Conflict-Affected Areas of the Democratic Republic of the Congo», *Global Health: Science and Practice*, vol. 6:1, p. 162. Les besoins de planification familiale non satisfaits dans l'ensemble des pays moins avancés sont de l'ordre de 24 %. Guttmacher Institute, «Unmet need for modern contraception, 2017». www.guttmacher.org/infographic/2017/unmet-need-modern-contraception-2017 (page consultée le 15 avril 2019).

230 Voir Zachary Wagner *et al.* (2018), «Armed conflict and child mortality in Africa: a geospatial analysis», *The Lancet*, vol. 392, p. 861–863.

231 Sara E. Casey *et al.*, «Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: Evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys», *Global Public Health*, vol. 8:3, p. 289.

232 *Ibid.* p. 289, 291.

233 *Ibid.* p. 290.

locales et des citoyens, et en étroite collaboration avec les organisations humanitaires nationales et internationales.

Il existe un certain nombre d'instruments juridiques et politiques qui fournissent des lignes directrices de mesures à prendre pour protéger le droit à la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans les situations d'urgence complexes²³⁴. Le plan d'action mondial pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants souligne, par exemple, la nécessité de mener des interventions de santé à court et à long terme au bénéfice des réfugiés et des migrants, de promouvoir la continuité et la qualité des soins, de généraliser la prise en compte de la santé des réfugiés et des migrants dans les programmes de santé à l'échelle mondiale, régionale et nationale²³⁵. Par ailleurs, le Groupe de travail inter-organisations sur la santé reproductive en situation de crise²³⁶ a mis sur pied, pour servir de cadre à la protection du droit à la santé reproductive en situation humanitaire, un dispositif minimum d'urgence (DMU) qui comprend des dispositions spéciales pour les femmes, les enfants et les adolescents²³⁷.

Cinq priorités de protection et de promotion de la santé reproductive en situation d'urgence (sur la base du DMU)

- 1. Sélectionner une organisation ou agence pour diriger la mise en œuvre du DMU ou les efforts de protection de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.*
- 2. Prendre des mesures pour prévenir et gérer les conséquences des violences sexuelles en travaillant avec les forces de l'ordre locales ou en mettant sur pied des mécanismes ad hoc de déclaration et de protection.*
- 3. Réduire la transmission du VIH et des IST par des campagnes de sensibilisation et la distribution de préservatifs.*
- 4. Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales en favorisant les soins prénatals, les soins obstétricaux d'urgence et les actions de sensibilisation aux questions de santé maternelle et néonatale et de nutrition.*
- 5. Planifier la mise en place de services de santé sexuelle et reproductive complets, intégrés aux soins primaires dans toute la mesure du possible.*

Les parlementaires pourront utiliser ces objectifs comme cadre de protection du droit à la santé des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence humanitaire et de fragilité.

²³⁴ En plus des instruments spécialisés, la section 10 du programme d'action de la CIPD pose le droit des femmes et des enfants réfugiés de recevoir des informations et des services de santé et de participer à la planification des opérations d'aide aux réfugiés.

²³⁵ Promotion de la santé des réfugiés et des migrants. Projet de plan d'action mondial 2019–2023, A72/25 Rev. 1, adopté à la 72^e Assemblée mondiale de la Santé, le 23 mai 2019.

²³⁶ Voir iawg.net/ (en anglais seulement) pour une liste des ressources et des outils de mise en œuvre du DMU et de gestion des besoins en matière de santé génésique dans les contextes humanitaires et fragiles.

²³⁷ UNFPA, «What is the Minimum Initial Service Package?», avril 2015. www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package.

Il est certes difficile de défendre les droits dans les situations d'urgence humanitaire et de fragilité, mais les parlementaires sont à même de prendre des mesures de prévention visant à protéger le droit à la santé des femmes, des enfants et des adolescents avant qu'un conflit n'éclate. Ils peuvent, par exemple, veiller à ce que tous disposent des mêmes droits de base en matière de santé et d'accès à la santé. Les parlementaires peuvent aussi condamner publiquement les attaques ciblant des établissements ou du personnel de santé pendant les conflits, et prendre des mesures pour que les États et les groupes armés aient des comptes à rendre lorsqu'ils violent le droit international humanitaire.

3. Mobiliser des financements

En 2016, l'ancien Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-Moon, a lancé le Programme d'action pour l'humanité visant à répondre aux besoins humanitaires immédiats, à transcender les divergences en matière d'aide humanitaire et de développement et à contribuer à plus long terme aux gains de développement²³⁸. Un accord (le *Grand Bargain* ou «grand compromis») conclu entre les principaux bailleurs de fonds et les opérateurs chargés de l'exécution de l'aide s'appuie sur ces principes pour faire en sorte qu'une plus grande partie des financements alloués à l'aide atteint effectivement les bénéficiaires qu'ils visent. Il encourage les bailleurs à harmoniser leurs exigences de suivi, à accroître l'aide directe en espèces, à porter à 25 % la part de l'aide humanitaire allant aux acteurs locaux et nationaux, à augmenter les engagements de financement pluriannuels pour une meilleure harmonisation et prévisibilité des interventions et du développement²³⁹. Ces changements apportés à l'organisation de l'aide humanitaire devraient dégager un milliard de dollars supplémentaires en cinq ans au bénéfice des démunis²⁴⁰. Il incombe aux parlementaires de s'assurer que les bailleurs de fonds tiennent leurs engagements et respectent ces principes d'investissement. Ils peuvent aussi demander que les financements supplémentaires, le suivi et les programmes se conforment aux principes de cet accord.

Les parlementaires peuvent aussi améliorer la protection de la santé des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence en plaidant en faveur du financement de la santé génésique en cas de crise humanitaire ou de fragilité. L'APD consacrée à la santé génésique dans les pays touchés par un conflit est près de 300 % supérieure à son niveau de 2002²⁴¹. Néanmoins, en termes d'APD par habitant, dans les régions moins avancées, les pays qui ne sont pas touchés par un conflit reçoivent près de 60 % de plus pour la santé génésique que les pays touchés par un conflit qui ont pourtant des besoins plus grands et plus urgents²⁴². Entre 2009 et 2013, moins de 15 % des appels à l'aide humanitaire mentionnaient la planification familiale²⁴³. Un nouveau

238 Agenda for Humanity: Platform for action, commitments and transformations. agendaforhumanity.org/ (page consultée le 26 juillet 2019).

239 Voir Groupe de haut niveau sur le financement humanitaire (2016), *Report to the Secretary-General: Too important to fail—addressing the humanitarian financing gap*.

240 Initiative: Grand Bargain, Agenda for Humanity, www.agendaforhumanity.org/initiatives/3861, dernière consultation le 19 juillet 2019.

241 Preeti Patel *et al.*, «Tracking official development assistance for reproductive health in conflict-affected countries: 2002—2011», p. 61 in *Reproductive Health in the Changing Humanitarian Context: Findings from the IAWG on Reproductive Health in Crises' 2012-2014 Global Evaluation*, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis (2016). <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf>.

242 *Ibid.* p. 63.

243 Sarah K. Chynoweth (2016), *supra* n. 213.

mode de fonctionnement exhorte les acteurs de l'humanitaire et du développement à adopter un mode de travail collaboratif pour réduire les risques et la vulnérabilité en temps de crise²⁴⁴. Les parlementaires pourront s'en inspirer pour veiller à ce que des financements soient directement affectés à la santé génésique en situation d'urgence, et à ce que les acteurs de l'aide humanitaire et du développement unissent leurs expertises pour protéger la santé des femmes, des enfants et des adolescents à court comme à long terme.

Les États peuvent recourir à différents mécanismes innovants de financement pour relever le défi de la santé des réfugiés. En voici quelques exemples :

- *Par le biais du fonds fiduciaire LOGiCA (Programme d'enseignements sur le genre et le conflit en Afrique), la Banque mondiale a financé un programme de thérapie par traitement cognitif pour les victimes de violences sexuelles pendant les conflits. Dans le cadre de l'évaluation du programme, un niveau significativement plus faible d'anxiété et de syndrome de stress post-traumatique a été constaté chez les victimes ayant suivi la thérapie²⁴⁵.*
- *Le mécanisme mondial de financement concessionnel (Global Concessional Financing Facility ou GCFF), qui fait partie du Groupe de la Banque mondiale, accorde des prêts à faibles taux de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) aux pays à revenu intermédiaire touchés par les crises de réfugiés²⁴⁶.*
- *La Composante d'intervention d'urgence conditionnelle, autre mécanisme de la Banque mondiale, permet à un pays de réaffecter rapidement, après une crise, jusqu'à 5 % du solde restant à décaisser sur un projet d'investissement, notamment au bénéfice de la santé des réfugiés²⁴⁷.*
- *Le Fonds central d'intervention d'urgence, mis en place par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2005, finance les actions humanitaires en mettant l'accent sur la rapidité de l'intervention et les situations d'urgence sous-financées.*
- *Les dispositifs d'assurance maladie des réfugiés peuvent également fournir le moyen d'améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence humanitaire et de conflit lorsque les réfugiés ont la possibilité de travailler ou que des organisations de donateurs prennent en charge les primes d'assurance²⁴⁸.*
- *Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a lancé en 2017 une « obligation à impact humanitaire ». Les fonds levés grâce à ce système constituent le capital initial de nouveaux centres de réadaptation physique dans trois pays africains*

244 Voir UNOCHA (2017), *New Way of Working*. www.agendaforhumanity.org/sites/default/files/20170228%20NWoW%2013%20high%20res.pdf.

245 La Banque mondiale, « S'attaquer aux violences faites aux femmes dans les régions déchirées par la guerre », le 9 décembre 2013. www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/12/09/addressing-violence-against-women-in-war-torn-regions (page consultée le 15 avril 2019).

246 Adanna Chukwuma *et al.*, « Comment financer l'accès aux services de santé pour les réfugiés ? », Blogs de la Banque mondiale, le 20 juin 2018. blogs.worldbank.org/fr/voices/comment-financer-l-acces-aux-services-de-sante-pour-les-refugies.

247 *Ibid.*

248 *Ibid.*

touchés par un conflit²⁴⁹. Au bout de cinq ans, les bailleurs finaux (principalement des gouvernements) rembourseront les investisseurs sociaux en fonction des résultats enregistrés²⁵⁰.

4. Renforcer la transparence et l'engagement

Les interventions d'urgence impliquent forcément de multiples parties prenantes, acteurs et systèmes juridiques. C'est la raison pour laquelle la coordination est un élément essentiel en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Les parlementaires peuvent jouer un rôle important de supervision en facilitant la coordination entre les bailleurs de fonds, les responsables de la mise en œuvre et d'autres agences et parties prenantes, et en favorisant la mise en place de mécanismes de gouvernance et de supervision à l'appui du droit des femmes, des enfants et des adolescents d'avoir accès à des soins de santé et à des informations sur la santé en situation d'urgence. Les parlementaires peuvent contribuer à la prise en compte des standards nationaux de santé dans l'intervention d'urgence, favoriser le renforcement des mesures de prévention, de réduction des risques et de préparation, s'assurer que les questions relatives à la santé des femmes, des enfants et des adolescents figurent dans les plans d'intervention, de relèvement et de redressement, et, quand cela est possible, ils peuvent mobiliser des ressources nationales à l'appui de l'intervention internationale²⁵¹. Les parlementaires peuvent aussi demander aux administrations et aux ministères de rendre compte des mesures prises pour protéger la santé des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence humanitaire et de conflit, allouer des fonds aux efforts de coordination du secteur de la santé, voire créer des commissions *ad hoc* chargées de superviser la santé des femmes, des enfants et des adolescents pendant la crise. Ils peuvent encore demander des comptes aux services publics compétents sur la façon dont les femmes et les adolescents sont associés au choix des méthodes de prestation des services qui protègent leurs droits et sur la mise en place de mécanismes de recours lorsque leurs droits sont bafoués.

En situation de conflit, d'urgence ou de crise humanitaire, l'état de droit et la gouvernance nationale sont souvent mis à rude épreuve. Si le gouvernement national est affaibli et se trouve dans l'incapacité d'assurer son rôle de supervision et de leader, les parlementaires peuvent travailler avec leurs homologues régionaux à la protection de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Les organes régionaux de défense des droits de l'homme sont souvent en mesure d'apporter une assistance, voire d'exercer des pressions pour obtenir une meilleure protection. Des efforts ciblés de la part des parlementaires de la région peuvent s'avérer efficaces et améliorer la supervision, alors même qu'au niveau national les parlementaires ne peuvent pas agir à cause de pressions politiques ou d'un manque de ressources.

249 ICRC, «Création de la première "obligation à impact humanitaire" pour transformer le financement de l'assistance dans les pays touchés par des conflits», le 6 septembre 2017, www.icrc.org/fr/document/creation-de-la-premiere-obligation-impact-humanitaire-pour-transformer-le-financement-de

250 *Ibid.*

251 Voir Groupe de travail inter-organisations sur la santé reproductive en situation de crise/Commission des femmes pour les réfugiés (2011), *Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise : Module d'apprentissage à distance* (Chapitre 2), p. 16-17

L'ACTION PARLEMENTAIRE EN SITUATION D'URGENCE HUMANITAIRE ET DE FRAGILITÉ

1. Cerner le problème ou le manque

- *Recenser les besoins en matière de santé reproductive et de santé en général des femmes et des filles en situation de crise humanitaire ou de fragilité sur le territoire national*
- *Mesurer les risques de violence sexuelle auxquels sont exposés les femmes et les filles en situation de crise humanitaire ou de fragilité sur le territoire national*
- *Travailler avec des partenaires à l'évaluation des managements et des limitations des services existants (assainissement, aide alimentaire et autres services sanitaires) en situation de crise sur la mise en œuvre du DMU et la gestion des besoins en matière de santé génésique dans les contextes humanitaires et fragiles humanitaire ou de fragilité sur le territoire national*

2. Élaborer et promouvoir des solutions législatives et politiques

- *Déterminer si le droit d'accès aux services de santé est ouvert à tous dans le pays et, si ce n'est pas le cas, trouver une solution pour généraliser ce droit*
- *Travailler avec des partenaires et des OSC à l'élaboration de plans de prévention, de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de redressement qui intègrent des mesures spéciales de protection de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents*
- *Évaluer les services de santé qui resteraient disponibles en cas d'urgence, sur la base du DMU, ou adopter une politique de mise en œuvre du DMU en cas d'urgence*
- *Condamner les attaques perpétrées contre des établissements et du personnel de santé en situation d'urgence*

3. Mobiliser des financements

- *Se familiariser avec l'accord de grand compromis (Grand Bargain) et veiller à ce que les bailleurs de fonds en appliquent les principes à l'aide humanitaire*
- *Plaider pour qu'une part d'aide humanitaire soit affectée à la santé reproductive en situation d'urgence*

4. Renforcer la transparence et l'engagement

- *Veiller à ce que les bailleurs de fonds, les prestataires de services, les pouvoirs publics et les autres parties prenantes coordonnent leur action en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents en situation d'urgence, en créant une unité de supervision ou une commission ad hoc chargée de l'affectation des fonds nécessaires, ou en établissant un autre mécanisme ou plan de reddition de comptes*
- *Adopter des plans et des politiques de mise en œuvre des standards nationaux de santé en situation d'urgence*
- *Procéder à une évaluation et prendre contact avec des organes et des partenaires régionaux susceptibles d'appuyer des pressions politiques ou d'exiger des gouvernements et des partenaires internationaux qu'ils rendent des comptes en situation d'urgence*

Partie III. Conclusion

Les femmes, les enfants et les adolescents ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible. De ce droit dépend l'obtention de beaucoup d'autres bénéfices sociaux et économiques. Si chaque pays a des problèmes qui lui sont propres, les parlementaires disposent de toute une panoplie d'outils pour y répondre, qu'il s'agisse de volonté politique, de mobilisation des ressources, de transparence ou de mise en œuvre.

Les parlementaires se sont engagés à protéger la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans les instruments internationaux comme dans les législations nationales. Les Objectifs de développement durable, la stratégie mondiale 2016–2030 Chaque femme, chaque enfant et l'addendum 2017 à la résolution de l'UIP de 2012 confirment ces engagements en les précisant et en ouvrant de nouvelles perspectives sur les priorités et les interventions adaptées à toutes les étapes de la vie. Il incombe maintenant aux parlementaires d'agir pour réaliser ces engagements dans leur pays.

Les parlementaires doivent établir des programmes nationaux ambitieux, évolutifs, alignés sur les engagements internationaux et s'assurer que les ministères et les organismes concernés travaillent en étroite collaboration avec les administrations locales à garantir la mise en œuvre équitable et efficace des politiques. Il est de leur responsabilité de demander à leur Gouvernement de rendre compte des résultats de ses politiques, de superviser l'appropriation et l'utilisation des budgets et de veiller au caractère transparent et inclusif des processus de supervision.

Les parlementaires doivent, en particulier, agir pour favoriser le développement du jeune enfant, faciliter l'accès des adolescents à l'information et aux services de santé, améliorer la qualité, l'équité et la dignité dans le cadre des soins, développer l'information et les services dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, promouvoir l'autonomisation des femmes, des enfants et des adolescents pour qu'ils soient en mesure d'exercer leur droit à la santé et de protéger ce droit dans les situations d'urgence. Ces interventions auront des effets mesurables et durables sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Les parlementaires sont particulièrement bien placés pour faire évoluer positivement la politique et le contexte juridique, lever les obstacles qui empêchent les femmes, les enfants et les adolescents d'exercer leurs droits, commander des rapports d'évaluation multisectoriels et des examens indépendants, encourager l'implication des citoyens et promouvoir la transparence en mettant en place des mécanismes de recours renforcés.

En suivant les exemples qui figurent dans ce guide et en utilisant les outils décrits dans le cadre décisionnel de la première partie, les parlementaires pourront obtenir une réelle amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents – non seulement en mettant en place un meilleur processus décisionnel fondé sur des données probantes, au niveau national, mais aussi en mettant en œuvre des solutions innovantes, adaptées au contexte, sur le terrain. L'addition de tous ces changements suscitera une dynamique mondiale qui fera progresser la santé des femmes, des enfants et des adolescents partout dans le monde. Et les parlements seront le moteur de cette dynamique.

Annexes: Références

Guide de l'UIP

- [Guide pratique sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2013](#)

Bases de données et portails

- [Portail de données de la Stratégie mondiale 2016–2030](#) (en anglais)
- [Portail de données de l'OMS sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent](#) (en anglais)
- [Les données ouvertes de la Banque mondiale](#)
- [Données de l'Observatoire de la santé mondiale](#)
- [Séries de données de l'UNICEF](#) (en anglais)
- [Données des enquêtes démographiques et de santé](#) (en anglais)

Aide technique

- [Commission Guttmacher-Lancet sur la santé et les droits sexuels et reproductifs](#) (en anglais)
- [Métadonnées des indicateurs des ODD](#) (en anglais)

Instruments internationaux

- [Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement \(CIPD\), 1994](#)
- [Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes \(CEDEF\), 1979](#)
- [Convention relative aux droits de l'enfant \(CDE\), 1989](#)
- [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels \(PIDESC\), 1966](#)

Autres ressources

- [Gavi](#)
- [Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme](#)
- [Mécanisme de financement mondial](#)
- [Global Concessional Financing Facility](#)
- [UN Central Emergency Response Fund](#)



Union Interparlementaire

Pour la démocratie. Pour tous.

 +41 22 919 41 50
 +41 22 919 41 60
 postbox@ipu.org

Chemin du Pommier 5
Case postale 330
1218 Le Grand-Saconnex
Genève – Suisse
www.ipu.org



The Partnership
for Maternal, Newborn
& Child Health

 pmnch@who.int

The PMNCH Secretariat
The Partnership for Maternal,
Newborn & Child Health
World Health Organization
FWC/NMC/
20, avenue Appia
CH 1211 Genève 27 – Suisse