



**Conseil économique  
et social**

Distr.  
GÉNÉRALE

E/CN.4/2006/48  
3 mars 2006

FRANÇAIS  
Original: ANGLAIS

---

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME  
Soixante-deuxième session  
Point 10 de l'ordre du jour provisoire

**DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS**

**Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt, sur le droit qu'a toute personne  
de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible\***

---

\* La soumission tardive de ce document s'explique par le souci d'y faire figurer des renseignements aussi à jour que possible.

## Résumé

Le présent rapport traite des activités réalisées par le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible («droit à la santé») ainsi que des questions qui l'ont particulièrement intéressé depuis son rapport intérimaire à l'Assemblée générale (A/60/348), établi en application de la résolution 2002/31 de la Commission.

La première section explique que le droit à la santé peut être compris comme le droit à un système de santé efficace et intégré, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, adapté aux priorités nationales et locales et accessible à tous.

Se référant aux objectifs du Millénaire pour le développement et au Sommet mondial de septembre 2005, le Rapporteur spécial demande instamment aux ministres de la santé des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'élaborer des programmes de santé suffisamment ambitieux pour atteindre les objectifs fixés dans le domaine de la santé. Le Nord comme le Sud ont la responsabilité de prendre des mesures concertées afin d'établir des systèmes de santé efficaces dans les pays en développement et les pays en transition.

Reposant sur le droit à la santé, un système de santé efficace est une institution sociale fondamentale, au même titre qu'un appareil judiciaire ou un système politique.

La deuxième section, la plus étoffée, propose une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme afin de mesurer et de surveiller la réalisation progressive du droit à la santé. En guise d'illustration, cette approche est appliquée à la Stratégie pour la santé génésique adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Introduction .....	1 – 3	4
I. DROIT À UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE, INTÉGRÉ ET ACCESSIBLE À TOUS .....	4 – 21	5
II. UNE APPROCHE DES INDICATEURS DE SANTÉ FONDÉE SUR LES DROITS DE L’HOMME .....	22 – 61	7
III. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	62 – 78	17
Annexe. Application d’une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l’homme à la stratégie pour la santé génésique approuvée par l’Assemblée mondiale de la santé en mai 2004.....		22

## Introduction

1. Dans sa résolution 2002/31, la Commission des droits de l'homme a établi, pour une période de trois ans, le mandat du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint («droit à la santé»). À sa soixante et unième session, la Commission a accueilli avec satisfaction le rapport annuel du Rapporteur spécial (E/CN.4/2005/51) et a décidé de proroger son mandat pour une nouvelle période de trois ans. La résolution 2005/24 de la Commission définit le mandat du Rapporteur spécial et le prie de présenter un rapport intérimaire sur ses activités à l'Assemblée générale, ainsi qu'un rapport annuel à la Commission. Le présent rapport est soumis conformément à la résolution 2005/24.

2. Outre les activités déjà exposées en détail dans son rapport intérimaire à l'Assemblée générale (A/60/348), le Rapporteur spécial s'est rendu en Inde, en septembre 2005, pour prononcer un discours liminaire à la réunion annuelle de l'International Federation of Health and Human Rights Organisations, intitulé «*Engendering health and human rights: maternal mortality as a violation of the right to health*». À New Delhi, il a prononcé le discours d'adieu de la dixième Réunion internationale sur les femmes et la santé, et a participé à des réunions avec des représentants du Ministère de la santé, de la Commission nationale des droits de l'homme de l'Inde, du bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales. Toujours en septembre, il a participé à une réunion à Montréal (Canada), intitulée «Les droits fondamentaux et l'accès aux médicaments essentiels: quel pas en avant?». Cette réunion, qui rassemblait des représentants de gouvernements, des universitaires, des organisations internationales et des groupes de la société civile, s'est terminée par l'adoption d'une déclaration importante sur le droit fondamental aux médicaments essentiels<sup>1</sup>. Dans un prochain rapport, le Rapporteur spécial compte examiner de près les questions soulevées dans cette Déclaration de Montréal. En octobre, il a participé à une réunion organisée à Genève par l'Initiative pour la mondialisation de l'éthique, consacrée à la responsabilité des entreprises, aux droits de l'homme et au secteur pharmaceutique, et y a souligné combien il importait de clarifier les responsabilités des États et du secteur pharmaceutique en ce qui concerne les médicaments essentiels. Alors qu'il se trouvait à New York pour présenter son rapport à l'Assemblée générale, le Rapporteur spécial a participé à une séance d'information sur son mandat, organisée par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et le Service international pour les droits de l'homme, en coopération avec le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de l'École de santé publique de Harvard. En novembre, il a présenté ses travaux sur les indicateurs du droit à la santé et sur l'établissement de priorités et le droit à la santé, lors d'une consultation informelle sur la santé et les droits de l'homme avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS.

3. En 2005, l'Initiative pour la mondialisation de l'éthique et le Rapporteur spécial ont organisé une réunion de haut niveau sur le droit à la santé. Plus de 30 anciens chefs d'État et de gouvernement, ainsi que d'autres personnalités du monde entier, ont adopté une déclaration sur le droit à la santé intitulée «*Leaders' Call to Action*» (pour plus d'informations, voir le paragraphe 18). Le 9 décembre 2005, l'Association médicale britannique a organisé le lancement londonien de cette déclaration, qui est à présent ouverte à la signature de tous ceux à qui cette cause tient à cœur<sup>2</sup>. Il devrait y avoir d'autres lancements régionaux en 2006. Le Rapporteur spécial tient à remercier très chaleureusement l'Initiative pour la mondialisation de l'éthique

pour le travail extrêmement précieux qu'elle a accompli sur ce projet important. Il tient également à remercier tous les signataires pour leur indispensable soutien.

### **I. DROIT À UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE, INTÉGRÉ ET ACCESSIBLE À TOUS**

4. Le droit à la santé peut être compris comme le droit à un système de santé efficace et intégré, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, qui soit adapté aux priorités nationales et locales et accessible à tous.

5. Le système de santé doit englober à la fois les soins de santé *et* les déterminants fondamentaux de la santé tels qu'un assainissement adéquat, l'accès à l'eau potable et l'éducation dans le domaine de la santé.

6. Le système de santé doit être accessible à tous: pas seulement aux riches, mais aussi à ceux qui vivent dans la pauvreté; pas seulement aux groupes ethniques majoritaires, mais aussi aux minorités et aux peuples autochtones; pas seulement à ceux qui vivent dans les zones urbaines, mais aussi aux villageois vivant dans des régions reculées; pas seulement aux hommes, mais aussi aux femmes. Il doit être accessible à tous les individus et communautés défavorisés.

7. Le système de santé doit en outre être adapté aux priorités nationales *et* locales. Un personnel de santé local correctement formé, comme celui des équipes sanitaires de village, connaît les priorités de sa communauté en matière de santé. De plus, une participation ouverte peut contribuer à faire en sorte que le système de santé soit adapté aux besoins spécifiques des femmes, des enfants, des adolescents, des personnes âgées et des autres groupes défavorisés. Une participation locale ouverte, éclairée et active est un élément vital du droit à la santé.

8. Le système de santé doit aussi être efficace et intégré; il devrait être plus qu'un ensemble mal coordonné d'interventions verticales pour différentes maladies.

9. Un système de santé ne peut pas être considéré uniquement sous l'angle de l'accès aux médecins, aux médicaments, à l'eau potable et à un assainissement adéquat. La situation sociale et économique de la population qu'il dessert a un impact considérable sur la santé de cette population. Il s'agit des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des situations telles que la pauvreté et le chômage, qui risquent bien d'être des causes premières de maladie. Lorsque le Rapporteur spécial parle des déterminants fondamentaux de la santé, il ne se réfère pas uniquement à des éléments tels que l'eau potable et un assainissement adéquat, mais aussi aux déterminants sociaux de la santé. C'est à eux que se consacre la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, que le Rapporteur spécial a brièvement mentionnée dans son dernier rapport à l'Assemblée générale<sup>3</sup>.

10. Fondamentalement, c'est de cela qu'il s'agit lorsqu'on parle de droit à la santé: un système de santé efficace, intégré, adapté, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, et accessible à tous.

### Sommet mondial, septembre 2005

11. L'une des caractéristiques les plus frappantes des objectifs du Millénaire pour le développement est l'importance qu'ils accordent à la santé: réduire la mortalité infantile et maternelle, combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, assurer l'accès à l'assainissement et à l'eau potable, etc.<sup>4</sup>. En outre, l'Objectif 1 – réduire l'extrême pauvreté et la faim – ne peut absolument pas être atteint si les objectifs de santé ne sont pas réalisés. Les sociétés accablées par un grand nombre de malades ou de mourants ne peuvent échapper à la pauvreté. En bref, les objectifs du Millénaire pour le développement ne peuvent être atteints sans des systèmes de santé efficaces qui soient accessibles à tous.

12. C'est pour cette raison qu'au Sommet mondial de septembre 2005 170 chefs d'État et de gouvernement se sont engagés:

À renforcer les systèmes sanitaires des pays en développement ou en transition, afin que ces pays disposent des agents sanitaires, des infrastructures, des systèmes de gestion et des fournitures nécessaires pour réaliser, d'ici à 2015, les objectifs du Millénaire en matière de santé<sup>5</sup>.

13. La Déclaration du Millénaire et le Document final du Sommet mondial de 2005 indiquent très clairement que les pays en développement *et* les pays développés ont un rôle crucial à jouer dans l'établissement de systèmes de santé efficaces et ouverts à tous au Nord comme au Sud. L'Objectif 8 – un partenariat mondial pour le développement – est d'une importance vitale<sup>6</sup>.

14. Au Sommet mondial, les dirigeants de la planète ont en outre décidé:

D'adopter en 2006 au plus tard et de mettre en œuvre des stratégies nationales de développement pour atteindre les buts et objectifs de développement convenus au niveau international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement<sup>7</sup>.

15. Compte tenu de cet engagement, le Rapporteur spécial demande instamment aux ministres de la santé des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'élaborer des programmes de santé nationaux suffisamment ambitieux pour atteindre les objectifs du Millénaire en matière de santé. Soigneusement élaborés et chiffrés, les programmes nationaux devraient refléter ce qui est véritablement nécessaire pour établir des systèmes de santé efficaces, intégrés et accessibles à tous. Il ne s'agirait pas de ce qui peut être financé, selon les donateurs, mais de ce qui est vraiment nécessaire sur le plan financier pour atteindre les objectifs du Millénaire en matière de santé. Ces programmes de santé nationaux devraient ensuite constituer un élément central des stratégies de développement que le Sommet mondial de 2005 a demandé d'adopter en 2006.

16. Le Rapporteur spécial ne demande à la communauté mondiale que d'honorer les engagements qu'elle a contractés en 2000 et réaffirmés en septembre 2005. Cela est extrêmement important car, au cours des 20 dernières années, de nombreux systèmes de santé ont été sérieusement négligés. Beaucoup souffrent d'un sous-investissement chronique. Loin d'être améliorés et renforcés, nombre d'entre eux sont ébranlés et affaiblis.

17. En résumé, le Nord et le Sud doivent, de toute urgence, prendre des mesures concertées pour établir des systèmes de santé efficaces, ouverts et accessibles à tous, dans les pays

en développement et les pays en transition, dans l'esprit de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, du partenariat mondial pour le développement évoqué dans l'Objectif 8 du Millénaire pour le développement et du Sommet mondial de 2005.

### **L'appel des dirigeants à agir pour le droit à la santé**

18. Aujourd'hui, comme jamais auparavant, des personnalités mondiales de premier plan et des organisations locales exhortent au respect du droit à la santé ainsi qu'à un investissement accru dans les systèmes de santé. Comme cela est indiqué au paragraphe 3, un appel des dirigeants à agir pour le droit à la santé a été lancé à Londres en décembre 2005. Il a été approuvé par Jimmy Carter et Bill Clinton (anciens Présidents des États-Unis d'Amérique), Fernando Henrique Cardoso (ancien Président du Brésil), Hong Koo Lee (ancien Premier Ministre de Corée), Mary Robinson (ancienne Présidente de l'Irlande et ancienne Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme), le Révérend Desmond Tutu (Archevêque anglican émérite du Cap), Son Altesse Royale le Prince El Hassan bin Talal de Jordanie, Gro Harlem Brundtland (ancienne Première Ministre de Norvège et ancienne Directrice générale de l'OMS), Wangari Maathai (Lauréate du prix Nobel de la paix de 2004), Vaclav Havel (ancien Président de Tchécoslovaquie et de la République tchèque), et beaucoup d'autres.

19. Dans leur appel, les dirigeants demandent instamment aux gouvernements, ainsi qu'aux organisations internationales, aux groupes de la société civile, aux entreprises privées, aux communautés et aux individus de s'acquitter de leurs responsabilités pour garantir la réalisation du droit fondamental à la santé pour tous, et exhortent à des changements globaux en vue de construire des systèmes de santé solides.

20. Un système de santé efficace est de plus en plus perçu comme une institution sociale fondamentale, au même titre qu'un appareil judiciaire ou un système politique<sup>8</sup>. Le droit à un procès équitable est le fondement d'un bon appareil judiciaire. Le droit de vote est celui d'un système politique démocratique. Et le droit à la santé sous-tend l'appel en faveur d'un système de santé efficace et accessible à tous.

21. Au cours des deux prochaines années, le Rapporteur spécial espère disposer de ressources suffisantes pour, en étroite collaboration avec d'autres, recenser et examiner les principales caractéristiques d'un système de santé qui incarne le droit fondamental international à la santé.

## **II. UNE APPROCHE DES INDICATEURS DE SANTÉ FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME**

22. Depuis de nombreuses années, la communauté des droits de l'homme – c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui travaillent activement à la promotion et à la protection des droits de l'homme – réfléchit au rôle que pourraient jouer les indicateurs dans le domaine des droits de l'homme. Selon le droit international relatif aux droits de l'homme, les droits économiques, sociaux et culturels font l'objet d'une réalisation progressive<sup>9</sup>. Les membres de la communauté des droits de l'homme qui se consacrent aux droits économiques, sociaux et culturels accordent une importance particulière aux indicateurs parce que ceux-ci constituent un moyen d'en suivre la réalisation progressive. En fait, c'est dans ce contexte que la Déclaration et le Programme d'action de Vienne (1993) soulignent l'importance des indicateurs:

Pour renforcer la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels, il faudrait envisager de nouvelles approches, par exemple un système d'indicateurs pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des droits énoncés dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>10</sup>.

23. Malheureusement, les progrès vers l'élaboration d'un tel «système d'indicateurs» sont d'une lenteur désespérante. De nombreux obstacles théoriques ou autres ont été rencontrés. Cependant, pour diverses raisons, ne serait-ce que l'attention renouvelée que le HCDH accorde à cette question, les progrès se sont accélérés au cours des toutes dernières années.

24. Dans ses rapports, le Rapporteur spécial a déjà consacré deux chapitres aux indicateurs et au droit à la santé<sup>11</sup>. Dans son premier rapport à l'Assemblée générale (2003), il a examiné cette question «en vue de mettre progressivement au point une méthode fonctionnelle, réaliste et équilibrée»<sup>12</sup>. Lorsqu'il a établi son premier rapport, le Rapporteur spécial pensait surtout à recenser un certain nombre d'indicateurs du droit à la santé. L'année suivante, il a rendu compte à l'Assemblée générale de l'état d'avancement de ses travaux, concluant qu'il était plus utile d'aborder les indicateurs de la santé sous l'angle des droits de l'homme<sup>13</sup>.

### **En termes généraux, qu'est-ce qu'une approche fondée sur les droits de l'homme?**

25. Au cours des dernières années, il est devenu clair qu'une approche fondée sur les droits de l'homme de certaines questions telles que le développement, l'élimination de la pauvreté et le commerce, entre autres, ouvre d'intéressantes perspectives qui tendent, sinon, à être négligées. Très brièvement, une approche fondée sur les droits de l'homme exige généralement d'accorder une attention particulière aux individus et communautés défavorisés: elle suppose la participation active et éclairée des individus et des communautés aux décisions politiques les concernant, et elle nécessite des mécanismes de suivi et de responsabilisation efficaces, transparents et accessibles. Grâce aux effets combinés de ces caractéristiques – et des autres aspects de ce type d'approche –, les individus et les communautés défavorisés accèdent à l'autonomisation.

26. Ainsi, une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme suppose de mesurer non seulement les résultats essentiels dans le domaine de la santé, mais aussi certains des processus qui ont permis de les obtenir. Il est crucial de noter que de nombreux indicateurs de santé couramment utilisés peuvent jouer un rôle important dans ce type d'approche – dès lors que quelques conditions raisonnables sont remplies. Par exemple, de nombreux indicateurs de santé existants peuvent être utilisés pourvu qu'ils soient désagrégés selon différents paramètres tels que le sexe, la race et l'appartenance ethnique. Grâce à des indicateurs désagrégés, on peut savoir si certains individus ou communautés défavorisés subissent ou non une discrimination de facto. La plupart des indicateurs de santé existants ne sont pas conçus pour évaluer des processus tels que la participation ou la responsabilisation, bien que ceux-ci constituent des éléments essentiels d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Aussi, une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme nécessite l'ajout de quelques indicateurs nouveaux qui permettent de mesurer les éléments susmentionnés.

27. Une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme ne s'écarte pas radicalement des méthodes existantes à base d'indicateurs. Elle s'appuie au contraire sur de nombreux indicateurs fréquemment utilisés, les adapte si nécessaire (par exemple en les désagrégant) et en ajoute de nouveaux afin de mesurer des éléments (tels que la participation et

la responsabilisation) qui tendent sinon à être négligés. En bref, ce type d'approche renforce, améliore et complète les indicateurs couramment employés.

28. Cette approche est exposée dans le présent chapitre et résumée aux paragraphes 49 et 50. Plus loin dans le rapport, en guise d'illustration, elle est appliquée à la stratégie pour la santé génésique approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004.

### **Les indicateurs sont irremplaçables, mais leur rôle ne doit pas être surestimé**

29. Bien que certains membres de la communauté des droits de l'homme hésitent à utiliser des indicateurs dans leur travail, le Rapporteur spécial tient à souligner qu'il n'existe pas d'autre possibilité pour mesurer et surveiller la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Autrefois, on se posait principalement la question de savoir *si* les indicateurs pouvaient jouer un rôle dans le contexte du droit à la santé, mais aujourd'hui, on se demande surtout *comment* les utiliser au mieux pour mesurer et surveiller ce droit fondamental de l'homme. L'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le présent chapitre apporte une réponse à cette question cruciale.

30. En outre, l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme présente des caractéristiques telles que l'accent mis sur la désagrégation, la participation et la responsabilisation qui, intégrées dans les politiques et programmes de santé, sont susceptibles d'en accroître l'efficacité.

31. L'un des principaux messages du présent rapport est que les indicateurs ont un rôle important à jouer s'agissant de mesurer et de surveiller la réalisation progressive du droit à la santé. Cependant, cette importance ne doit pas être exagérée. Aussi perfectionnés qu'ils soient, les indicateurs ne brosseront jamais un tableau complet de la jouissance du droit à la santé dans un territoire donné. La plupart fournissent simplement des indications utiles à ce sujet. De même qu'il est peu judicieux de nier que les indicateurs ont un rôle important à jouer en ce qui concerne le droit à la santé, il n'est pas avisé de trop en attendre.

32. Sans les répéter, le présent chapitre s'appuie sur l'analyse et la discussion exposées dans les deux rapports précédents du Rapporteur spécial à l'Assemblée générale sur les indicateurs et le droit à la santé.

33. Le Rapporteur spécial a sollicité a maintes reprises – et accueilli avec reconnaissance – des observations concernant ses rapports. Au fil des ans, il a participé à de nombreux ateliers et consultations sur les indicateurs et le droit à la santé. Il est extrêmement reconnaissant aux experts de l'OMS, du HCDH, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, du Fonds des Nations Unies pour la population, et aux nombreux autres experts intervenant à titre personnel, qui lui ont généreusement permis de s'appuyer sur leurs compétences.

### **L'importance des indicateurs**

34. Comme on l'a déjà indiqué, le droit international au meilleur état de santé susceptible d'être atteint fait l'objet d'une réalisation progressive. Inévitablement, cela signifie que les attentes à l'égard d'un État évoluent dans le temps. Afin d'évaluer ses progrès, un État a besoin d'un outil qui lui permette de mesurer cette dimension variable du droit à la santé. L'instrument

le plus approprié est l'application combinée d'indicateurs et de points de repère. Ainsi, un État choisit des indicateurs appropriés qui l'aideront à mesurer différentes dimensions du droit à la santé. Il peut s'agir, par exemple, des taux de mortalité maternelle et infantile. La plupart des indicateurs devront être désagrégés, par exemple par sexe, race, appartenance ethnique, zone urbaine ou rurale et statut socioéconomique. L'État définit ensuite des objectifs ou points de repère appropriés à l'échelon national pour chaque indicateur désagrégé<sup>14</sup>.

35. Ainsi, les indicateurs et les points de repère remplissent deux fonctions importantes qui sous-tendent une grande part de la discussion menée dans le présent chapitre. *Premièrement*, ils peuvent aider l'État à suivre ses progrès dans le temps, en permettant aux autorités de déterminer le moment où il est nécessaire d'ajuster les politiques. *Deuxièmement*, ils peuvent contribuer à faire en sorte que l'État rende compte de l'exécution de ses responsabilités découlant du droit à la santé, bien que la détérioration des indicateurs ne signifie pas nécessairement que l'État enfreigne ses obligations internationales dans ce domaine, point important examiné plus en détail ci-dessous. Bien entendu, les indicateurs ont également d'autres rôles importants à jouer. Par exemple, en appelant l'attention sur des éléments tels que la désagrégation, la participation et la responsabilisation, les indicateurs peuvent accroître l'efficacité des politiques et des programmes.

36. Non seulement les États, mais aussi d'autres acteurs, devraient intégrer les droits de l'homme dans l'élaboration de leurs politiques. C'est ce qu'ont affirmé tout récemment 170 chefs d'État et de gouvernement au Sommet mondial de 2005:

Nous prenons la résolution d'intégrer la promotion et la protection des droits de l'homme dans les politiques nationales et de favoriser une intégration plus complète des droits de l'homme dans les activités menées dans tout le système des Nations Unies et une coopération plus étroite entre le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et tous les organes compétents de l'Organisation des Nations Unies<sup>15</sup>.

37. L'intégration des droits de l'homme dans les politiques de santé nationales et internationales est une entreprise majeure qui nécessite l'adoption d'un éventail de mesures par de multiples acteurs. Il s'agit notamment d'adopter une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme. Le Rapporteur spécial espère que le présent chapitre sera utile aux institutions spécialisées et aux autres organismes des Nations Unies qui s'occupent des questions de santé et s'efforcent d'accroître leur efficacité et d'intégrer les droits de l'homme dans leur travail.

38. En résumé, dans le contexte du droit à la santé, les indicateurs peuvent aider:

- a) Les fonctionnaires nationaux qui travaillent dans le domaine de la santé;
- b) Les organes législatifs qui évaluent les résultats de l'exécutif;
- c) Les tribunaux, les institutions des droits de l'homme et les autres organismes nationaux chargés de déterminer si l'État s'acquitte ou non de ses obligations découlant du droit à la santé;

d) Les institutions spécialisées et les autres organismes des Nations Unies qui travaillent en partenariat avec les États dans le domaine de la santé;

e) Les organes de suivi des traités relatifs aux droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies et les autres organes internationaux chargés de surveiller l'exécution des obligations relatives au droit à la santé qui incombent aux États;

f) Les organisations non gouvernementales qui travaillent dans le domaine de la santé.

**Illustration: utilisation comme indicateur de la proportion d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié**

39. En guise d'illustration, la présente section montre comment un indicateur désagrégé – la proportion d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié – peut être utilisé dans le contexte du droit à la santé. Cette section n'expose pas une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme. Une fois que le rôle de cet indicateur (et des points de repère qui lui sont associés) dans le contexte du droit à la santé aura été décrit, c'est dans les sections suivantes que sera présentée une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme.

40. La santé en matière de sexualité et de procréation fait partie intégrante du droit à la santé<sup>16</sup>. Les États ont donc besoin d'un instrument qui leur permette d'évaluer s'ils sont ou non sur la voie d'une réalisation progressive dans ce domaine. Il existe de nombreux indicateurs pertinents, parmi lesquels la proportion de naissances suivies par du personnel soignant qualifié. Un État peut choisir cet indicateur, entre autres, pour mesurer la réalisation progressive des droits à la santé en matière de sexualité et de procréation.

41. Les données nationales peuvent montrer que la proportion d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié est de 60 %. Une fois désagrégées par zones urbaines et zones rurales, ces données peuvent indiquer que cette proportion est de 70 % dans les centres urbains mais de 50 % seulement en milieu rural. Désagrégées par groupe ethnique, elles peuvent en outre montrer que les zones rurales bénéficient d'une couverture inégale: le groupe ethnique dominant est couvert à 70 % mais le groupe ethnique minoritaire à 40 %. Cela souligne l'importance cruciale de la désagrégation en tant que moyen d'identifier la discrimination de facto. Une fois désagrégé, l'indicateur confirme que les femmes rurales appartenant à la minorité ethnique sont particulièrement défavorisées et nécessitent une attention particulière.

42. Dans l'esprit de la réalisation progressive du droit à la santé, l'État pourrait décider de viser une couverture nationale uniforme de 70 %, dans les zones urbaines comme dans les zones rurales et pour tous les groupes ethniques, dans un délai de cinq ans. L'indicateur est alors la proportion d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié, et le point de repère ou objectif est 70 %. L'État va élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à atteindre l'objectif de 70 % en cinq ans. Les données montrent que ces politiques et programmes devront être spécialement conçus pour atteindre les groupes ethniques minoritaires vivant dans les zones rurales.

43. Les progrès accomplis chaque année vers le point de repère ou l'objectif doivent être mesurés, de manière à ajuster les politiques en conséquence. À la fin de la période de cinq ans, un mécanisme de suivi et de responsabilisation permettra d'établir si l'objectif de 70 % a été atteint dans les zones urbaines, dans les zones rurales et pour tous les groupes ethniques. Dans l'affirmative, l'État fixera un objectif plus ambitieux pour la prochaine période de cinq ans, compte tenu de son obligation de réaliser progressivement le droit à la santé. Mais si l'objectif de 70 % pour tous n'a pas été atteint, alors il faudra en déterminer les raisons et prendre des mesures correctives.

44. Il importe de noter qu'un objectif non atteint ne signifie pas nécessairement que l'État ne s'acquitte pas de ses obligations relatives au droit international à la santé. Il peut avoir échoué pour des raisons qui échappent à son contrôle. Cependant, si le mécanisme de suivi et de responsabilisation révèle que l'objectif de 70 % n'a pas été atteint pour cause, par exemple, de corruption dans le secteur de la santé, on en déduira probablement que l'État a manqué à ses obligations internationales découlant du droit à la santé.

45. L'assistance et la coopération internationales constituent un élément important du droit à la santé. Les donateurs ont la responsabilité de fournir un soutien financier ou autre aux politiques et programmes de pays en développement, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Il faudrait même qu'ils aient à rendre compte de l'exécution de cette responsabilité. Ainsi, dans l'exemple fourni au paragraphe ci-dessus, des indicateurs sont nécessaires pour mesurer ce que les donateurs ont fait afin d'aider l'État à mettre en œuvre des politiques de santé sexuelle et génésique cohérentes. Il faut également un mécanisme de suivi et de responsabilisation pour déterminer si la communauté des donateurs a fait tout ce qui était raisonnablement en son pouvoir pour aider l'État à mettre en œuvre ces politiques et, ainsi, à atteindre son objectif de 70 %.

46. Bien entendu, ces éléments – indicateurs et mécanismes de responsabilisation pour la communauté de donateurs – soulèvent des questions épineuses. Néanmoins, des indicateurs et des mécanismes de responsabilisation qui se concentreraient exclusivement sur les responsabilités des pays en développement sans englober celles de la communauté des donateurs seraient inéquitables, inadéquats et dépourvus de crédibilité.

47. En résumé, un indicateur désagrégé tel que la proportion d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié, associé à des points de repère, peut aider un État à distinguer les politiques efficaces de celles qui ne le sont pas. Il peut en outre contribuer à faire en sorte qu'un État rende compte de l'exécution de ses responsabilités relatives au droit à la santé. Bien entendu, un seul indicateur, même désagrégé, ne peut refléter toutes les dimensions qui sont importantes dans l'optique des droits de l'homme. D'autres indicateurs sont donc nécessaires, et ils sont examinés ci-dessous. Cette illustration montre toutefois comment un indicateur désagrégé associé à un point de repère peut fournir des indications utiles sur la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

### **Une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme**

48. Les professionnels de la santé et les décideurs utilisent en permanence une multitude d'indicateurs de santé, tels que la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, le taux de mortalité maternelle ou le taux de prévalence du VIH. Peut-on se contenter de reprendre ces indicateurs en les nommant «indicateurs des droits de l'homme» ou «indicateurs

du droit à la santé», ou faut-il que les indicateurs destinés à surveiller la réalisation progressive des droits de l'homme et du droit à la santé possèdent certaines caractéristiques particulières, et dans l'affirmative lesquelles?

49. Comme le Rapporteur spécial l'a fait observer dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée générale en 2004, les indicateurs de santé peuvent être utilisés pour suivre certains aspects de la réalisation progressive du droit à la santé dès lors que les conditions suivantes sont remplies:

a) *Ces indicateurs correspondent de façon assez précise à une norme en matière de droit à la santé.* Il faut que cette correspondance (ou lien) entre l'indicateur et une telle norme ou règle soit raisonnablement exacte. Dans le cas de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, par exemple, il existe une relation raisonnablement précise entre l'indicateur et plusieurs normes relevant des droits de l'homme, notamment les droits à la santé et à la vie de la mère et de l'enfant, tels qu'ils ressortent du paragraphe 2 a) de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant;

b) *Les indicateurs sont désagrégés au moins selon les paramètres suivants: sexe, race, groupe ethnique, zone (rurale/urbaine) et statut socioéconomique.* Les droits de l'homme traduisent une préoccupation particulière pour les individus et les groupes défavorisés, qui transparaît dans bon nombre de dispositions du droit international relatif aux droits de l'homme, en particulier celles qui consacrent les principes de non-discrimination et d'égalité. Un indicateur de santé peut être ou ne pas être désagrégé, mais lorsque l'on raisonne en termes de droits de l'homme, une désagrégation s'impose pour tous les indicateurs pertinents. Une question plus difficile qui se pose est celle de savoir sur quelles bases les indicateurs doivent être désagrégés. Dans l'optique des droits de l'homme, il s'agit de désagréger les données le plus possible en fonction des motifs de discrimination proscrits à l'échelle internationale<sup>17</sup>. Il faut toutefois noter que, par manque de moyens, beaucoup d'États ont encore énormément de mal à recueillir des données désagrégées et fiables. Autre complication: la vulnérabilité et la discrimination sont fonction du contexte. Un groupe peut être particulièrement vulnérable dans un contexte déterminé sans l'être dans un autre. Ainsi, dans un contexte national donné, il sera peut-être opportun de collecter en priorité des données ventilées sur la base de tel critère plutôt que de tel autre. Par ailleurs, certaines questions de santé appelleront une ventilation selon des critères particuliers. Dans le domaine de la santé de la sexualité et de la procréation, par exemple, il est primordial d'opérer une ventilation selon l'âge du fait de l'importance de cet aspect de la santé chez les *adolescents*. Sans perdre de vue ces considérations, le Rapporteur spécial suggère qu'en règle générale, les indicateurs pertinents soient désagrégés au minimum selon le sexe, la race, le groupe ethnique, la zone (rurale/urbaine) et le statut socioéconomique, étant entendu toutefois que ces critères de ventilation devront être réexaminés en fonction i) des moyens disponibles, ii) du contexte, et iii) de la question de santé considérée;

c) *Ces indicateurs sont complétés par d'autres qui s'appliquent au suivi de cinq composantes essentielles et interdépendantes de la réalisation du droit à la santé*<sup>18</sup>:

i) *Une stratégie et un plan d'action nationaux qui prennent en considération le droit à la santé.* Le droit à la santé exigeant des États qu'ils se dotent d'une stratégie et d'un plan d'action tenant compte du droit à la santé, y compris le droit d'accès aux soins pour tous, des indicateurs sont nécessaires pour mesurer cette composante essentielle<sup>19</sup>;

- ii) *La participation d'individus et de groupes, en particulier ceux qui sont le plus vulnérables et défavorisés, à l'élaboration des politiques et des programmes de santé.* La participation étant une composante essentielle de la réalisation du droit à la santé, des indicateurs sont nécessaires pour apprécier dans quelle mesure les politiques et programmes de santé, y compris le contrôle de la qualité des services, sont fondés sur la participation<sup>20</sup>;
- iii) *Accès aux informations concernant la santé et confidentialité des données de santé à caractère personnel.* L'accès aux informations en matière de santé étant une composante essentielle de la réalisation du droit à la santé, des indicateurs sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure ces informations sont disponibles et accessibles à tous. L'information sanitaire permet notamment aux individus de veiller à leur santé et d'exiger de l'État et des autres prestataires la fourniture de services de qualité. La réalisation d'autres composantes essentielles de la réalisation du droit à la santé, dont une participation effective, suppose à l'évidence la possibilité d'accéder à des informations fiables sur les questions de santé. Étant donné par ailleurs que la confidentialité est requise pour les données de santé à caractère personnel, on a également besoin d'indicateurs pour déterminer dans quelle mesure cette confidentialité est respectée;
- iv) *Assistance et coopération des donateurs internationaux pour la réalisation du droit à la santé dans les pays en développement.* Le droit à la santé fait obligation aux États développés de prendre des mesures pour aider les pays en développement à réaliser ce droit<sup>21</sup>. Des indicateurs sont donc nécessaires pour déterminer dans quelle mesure les donateurs s'acquittent de leurs responsabilités à cet égard;
- v) *Mécanismes de suivi et de responsabilisation accessibles et efficaces.* Tous ceux qui ont des obligations au regard du droit à la santé étant tenus de rendre compte de leurs actes, des indicateurs sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure des mécanismes de suivi et de responsabilisation accessibles et efficaces sont disponibles<sup>22</sup>.

50. Il n'est pas possible de trouver toutes ces caractéristiques réunies dans un seul et même indicateur. Dès lors, au lieu de chercher dans cette voie, il est plus utile d'aborder le problème des indicateurs de la santé sous l'angle des droits de l'homme. En d'autres termes, s'il est utopique d'espérer trouver un indicateur qui possède à lui seul toutes les caractéristiques mentionnées au paragraphe précédent, il est possible, en revanche, d'identifier *une série* d'indicateurs qui, *ensemble*, réuniront toutes ces caractéristiques. Une batterie d'indicateurs peut être utile à un État pour surveiller la réalisation progressive du droit à la santé. En bref, l'utilisation combinée d'indicateurs appropriés peut constituer, au final, une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme.

### **Le problème de la terminologie**

51. La littérature révèle l'existence d'une multitude d'indicateurs de santé. Mais ce n'est pas là que réside la difficulté majeure. Le problème tient au fait qu'aucune méthode homogène n'a été

retenue pour classer et nommer différents types d'indicateurs de santé. C'est ainsi que l'on trouve des indicateurs de rendement, statistiques, variables, de méthode, de comportement, de résultat, de produit, de performance, de progrès, structurels, de sélection, qualitatifs, quantitatifs, de base et d'évaluation. Le même indicateur peut apparaître dans plusieurs catégories. Cette multiplicité de dénominations qui se chevauchent prête grandement à confusion et présente surtout le grave inconvénient de limiter le vrai débat à une petite élite de spécialistes des questions de santé. L'absence d'une méthode commune de classification des indicateurs de santé pose un problème à ceux qui souhaitent mettre en place un système simple, homogène et rationnel d'indicateurs de santé fondés sur les droits de l'homme.

52. Si l'on veut que le débat progresse, la clarté et la cohérence terminologiques s'imposent. En 2003, le Rapporteur spécial a proposé que l'on s'intéresse particulièrement aux trois catégories d'indicateurs ci-après: les *indicateurs structurels*, les *indicateurs de méthode* et les *indicateurs de résultat*. Sans faire l'unanimité dans toute la bibliographie de la santé publique, ces catégories et dénominations sont assez bien connues. Elles ont aussi l'avantage d'être relativement simples et directes. Certains services de l'OMS, dont le Département des médicaments essentiels et de la politique pharmaceutique, les utilisent déjà, et depuis 2003, le HCDH et d'autres entités ont commencé à faire de même. Le Vice-Président du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, M. Eibe Riedel, a accepté ces termes et catégories. Le Rapporteur spécial estime que ces dénominations conviendraient aussi bien (sinon mieux) que d'autres et, dans la mesure où l'emploi d'une terminologie cohérente simplifierait considérablement la tâche des États, des organisations intergouvernementales, des groupes de la société civile et d'autres entités, il recommande que lorsque l'on définira des indicateurs des droits de l'homme dans le contexte de la santé, on les classe selon les trois catégories suivantes: indicateurs structurels, indicateurs de méthode et indicateurs de résultat.

53. Dans les paragraphes ci-après, le Rapporteur spécial propose des définitions de ces trois catégories d'indicateurs, tout en reconnaissant qu'il n'est pas toujours facile de bien établir la frontière entre elles. Ces définitions devront sans aucun doute être affinées, mais le Rapporteur spécial suggère de les utiliser pour l'heure comme définitions de travail.

54. Les *indicateurs structurels* visent à indiquer si des structures et mécanismes clefs qui sont nécessaires ou propices à la réalisation du droit à la santé sont ou non en place. Ils se présentent souvent (mais pas toujours) sous forme de questions auxquelles on répond par oui ou par non. Ils peuvent porter sur des points tels que la ratification d'instruments internationaux qui traitent du droit à la santé; l'adoption de lois et de politiques nationales qui visent expressément à promouvoir et à protéger le droit à la santé; ou l'existence de mécanismes institutionnels de base qui facilitent la réalisation du droit à la santé, dont des organismes de réglementation.

55. Les *indicateurs de méthode* renseignent sur les programmes, les activités et les interventions. Ils mesurent en quelque sorte l'effort de l'État. À titre d'exemple, on peut citer le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié; le nombre d'établissements de santé dispensant des soins obstétricaux de base pour 500 000 habitants; le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de conseil et de dépistage du VIH; le pourcentage de personnes recevant des informations sur les soins à la mère et au nouveau-né, les services de planification familiale et les infections sexuellement transmissibles; et le nombre de programmes de formation et de campagnes d'information du public sur les droits à la santé en matière de sexualité et de procréation organisés par une institution nationale des droits de

l'homme au cours des cinq dernières années. Les indicateurs de ce type peuvent aider à établir des prévisions des résultats en matière de santé.

56. Les *indicateurs de résultat* mesurent l'impact des programmes, des activités et des interventions sur la situation sanitaire et des questions connexes. On citera parmi eux les taux de mortalité maternelle, de mortalité infantile et de prévalence du VIH, et le pourcentage de femmes ayant connaissance des méthodes contraceptives.

57. Alors que les indicateurs structurels se présentent souvent sous la forme d'une question appelant une réponse par oui ou par non, les indicateurs de méthode et de résultat sont fréquemment associés à des points de repère ou à des objectifs qui servent à suivre l'évolution dans le temps. Toutefois, rien sur le plan théorique ne s'oppose à ce que les trois types d'indicateurs susmentionnés puissent *soit* amener une réponse par oui ou par non, *soit* être associés à des points de repère pour mesurer l'évolution dans le temps.

58. Le Rapporteur spécial est particulièrement intéressé par les indicateurs susceptibles d'être utilisés par les États et d'autres entités pour mesurer la réalisation progressive du droit à la santé, et donc par les indicateurs qui, associés à des points de repère, permettent de suivre les changements intervenant au fil du temps. Cela n'empêche pas que les indicateurs qui apportent une simple réponse positive ou négative puissent fournir eux aussi d'utiles renseignements quant à la volonté de l'État de réaliser le droit à la santé. Ces indicateurs présentent par ailleurs l'avantage que les informations nécessaires peuvent généralement être recueillies rapidement au moyen d'un questionnaire peu coûteux.

59. Des liens plausibles peuvent parfois être établis entre un indicateur structurel (existe-t-il une stratégie et un plan d'action visant à réduire la mortalité maternelle?), un indicateur de méthode (pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié) et un indicateur de résultat (mortalité maternelle). Il faut toutefois admettre que les indicateurs de résultat reflètent fréquemment de nombreux facteurs interdépendants complexes et qu'il est souvent difficile d'établir un lien formel de causalité entre des indicateurs structurels, des indicateurs de méthode et des indicateurs de résultat – autrement dit entre une politique, une intervention et un résultat en matière de santé.

60. Comme le Rapporteur spécial l'a déjà souligné, il serait peu judicieux de trop attendre des indicateurs. Si l'on prend l'exemple de l'indicateur structurel concernant la question de savoir si un État a inscrit le droit à la santé dans sa Constitution, une réponse affirmative constituera certes un élément d'information utile, mais si un droit constitutionnel à la santé n'est pas validé par les tribunaux ni pris en considération dans les processus de prise de décisions au niveau national, cette disposition constitutionnelle particulière est d'un intérêt très limité. Cela étant, le Rapporteur spécial suggère que la réponse à un indicateur quelconque puisse être complétée par une brève note ou remarque («commentaire explicatif»). Ainsi, dans l'exemple cité plus haut, la réponse pourrait être: «Oui, mais ce droit n'a pas encore été intégré dans le processus d'élaboration des politiques de santé.». Bien entendu, un bref commentaire de cette nature ne permettrait pas de pallier les multiples limites des indicateurs, mais il pourrait néanmoins contribuer à donner du droit à la santé dans l'État considéré une image plus précise que celle apportée par une simple réponse positive ou négative ou par un chiffre.

61. On trouvera dans l'annexe d'autres exemples concrets d'indicateurs structurels, d'indicateurs de méthode et d'indicateurs de résultat<sup>23</sup>.

### III. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

#### *Droit à un système de santé efficace, intégré et accessible à tous*

62. Le droit à la santé peut être compris comme le droit à un système de santé efficace et intégré, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, adapté aux priorités nationales et locales et accessible à tous.

63. L'une des caractéristiques les plus frappantes des objectifs du Millénaire pour le développement est l'importance qu'ils accordent à la santé. Les objectifs ne peuvent être atteints sans des systèmes de santé efficaces qui soient accessibles à tous. Le Sommet mondial de 2005 a réaffirmé que les pays en développement et les pays développés avaient un rôle crucial à jouer dans l'établissement de systèmes de santé efficaces et ouverts à tous au Nord comme au Sud. Pendant le Sommet mondial, les dirigeants ont décidé d'adopter, en 2006, des «stratégies nationales de développement» pour atteindre, notamment, les objectifs du Millénaire pour le développement.

64. Le Rapporteur spécial demande instamment aux ministres de la santé des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'élaborer des programmes nationaux de santé suffisamment ambitieux pour atteindre les objectifs fixés en matière de santé. Reflétant ce qui est véritablement nécessaire sur le plan financier pour établir des systèmes de santé efficaces accessibles à tous, ces programmes de santé devraient constituer un élément central des «stratégies nationales de développement» prescrites par le Sommet mondial. Le Nord comme le Sud doivent, de toute urgence, prendre des mesures concertées pour établir des systèmes de santé efficaces dans les pays en développement et les pays en transition.

#### *Une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme*

65. De nombreux indicateurs de santé *existants*, couramment utilisés par les ministères de la santé et d'autres entités, pourraient avoir un rôle important à jouer pour ce qui est de mesurer et de surveiller la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

66. Les indicateurs de santé peuvent être utilisés pour suivre certains aspects de la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint dès lors que les conditions suivantes sont remplies:

a) Ces indicateurs correspondent de façon assez précise à une norme sanitaire;

b) Ils sont désagrégés au moins selon les paramètres suivants: sexe, race, groupe ethnique, zone (rurale/urbaine) et statut socioéconomique, les critères de désagrégation devant toutefois être réexaminés au vu des moyens disponibles, du contexte et de la question de santé considérée;

c) Ces indicateurs sont complétés par d'autres qui s'appliquent au suivi des cinq composantes essentielles et interdépendantes de la réalisation du droit à la santé suivantes:

- i) Une stratégie et un plan d'action nationaux qui tiennent compte du droit à la santé;
- ii) La participation d'individus et de groupes, en particulier ceux qui sont le plus vulnérables et défavorisés, à l'élaboration des politiques et programmes de santé;
- iii) L'accès aux informations concernant la santé, ainsi que la confidentialité des données médicales à caractère personnel;
- iv) L'assistance et la coopération des donateurs internationaux pour la réalisation du droit à la santé dans les pays en développement;
- v) Des mécanismes de suivi et de responsabilisation accessibles et efficaces.

67. S'il est impossible de trouver un indicateur qui possède à lui seul toutes les caractéristiques mentionnées au paragraphe précédent, il est en revanche possible d'identifier *une série* d'indicateurs qui, *ensemble*, réuniront ces caractéristiques. Aussi, plutôt que de rechercher des indicateurs individuels du droit à la santé, il est plus utile de raisonner en termes d'*approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme*.

68. L'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme n'est pas uniquement un outil permettant d'aider les États et d'autres entités à mesurer et à surveiller la réalisation progressive du droit à la santé. Elle présente en outre certaines caractéristiques, telles que la désagrégation, la participation et la responsabilisation qui, intégrées dans les politiques et programmes de santé, sont susceptibles d'en accroître l'efficacité.

69. Dans la mesure nécessaire, les États devraient adapter leurs indicateurs existants (par exemple en les désagrégant comme il convient) et en définir de nouveaux (par exemple pour la participation et la responsabilisation) de façon que leur pratique soit conforme à l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le présent chapitre.

70. Afin d'aider les États avec lesquels ils travaillent en partenariat, les institutions spécialisées et les autres organismes des Nations Unies devraient eux aussi adapter les indicateurs qu'ils utilisent, dans la mesure nécessaire, et en définir de nouveaux, conformément à l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le présent chapitre.

71. Dans le cadre de leurs directives pour la présentation des rapports, du dialogue constructif qu'ils entretiennent avec les pays, de leurs observations finales et d'autres documents, les organes conventionnels sont instamment invités à adopter l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le présent chapitre et à engager les États parties à faire de même.

72. Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme devrait continuer de jouer un rôle central et primordial dans l'élaboration d'une approche des indicateurs fondée sur les droits de l'homme en général, et d'une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme en particulier.

73. Les organisations non gouvernementales devraient adopter l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le présent chapitre.

74. Le présent chapitre propose une méthodologie pour une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme, mais des travaux complémentaires seront nécessaires pour la rendre pleinement opérationnelle. Il conviendrait en particulier de revenir plus en détail sur les points suivants:

- La nécessité d'élaborer des indicateurs qui permettent de mesurer les cinq composantes essentielles de la réalisation du droit à la santé, à savoir: une stratégie et un plan d'action nationaux; la participation; l'accès aux informations concernant la santé, ainsi que la confidentialité des données médicales à caractère personnel; l'assistance et la coopération internationales; et le suivi et la responsabilisation<sup>24</sup>;
- L'examen des moyens par lesquels l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme pourrait le mieux tenir compte du cadre d'analyse retenu pour le droit à la santé, qui repose sur les critères d'accessibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité<sup>25</sup>.

75. Dans le cadre de toutes ses activités, y compris lorsqu'il se rendra en mission dans les pays, le Rapporteur spécial s'attachera à promouvoir l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le présent chapitre. Il serait heureux de recevoir des commentaires au sujet de cette approche, qu'il continuera d'affiner à la lumière de l'expérience et des observations qui lui auront été communiquées.

76. La multiplicité des termes utilisés pour désigner différentes catégories d'indicateurs de santé est source d'une extrême confusion et fait grandement obstacle à la définition d'une conception homogène, cohérente et rationnelle de la politique en matière de santé. Dans l'optique de l'élaboration d'une conception commune que les non-spécialistes soient à même de comprendre, le Rapporteur spécial recommande vivement que l'on adopte, pour l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme, les dénominations et catégories de base suivantes: *indicateurs structurels*, *indicateurs de méthode* et *indicateurs de résultat*. Il reconnaît que les définitions de ces appellations devront être révisées et affinées en fonction de l'expérience, de même qu'il admet que, dans des cas exceptionnels, des catégories d'indicateurs supplémentaires pourraient se révéler nécessaires. Néanmoins, il recommande vivement que l'on substitue de manière générale à l'actuelle profusion de termes qui se chevauchent et entretiennent la confusion les trois appellations suivantes: *indicateurs structurels*, *indicateurs de méthode* et *indicateurs de résultat*.

77. **Voilà plus de dix ans que l'on débat à l'infini du rôle des indicateurs dans le contexte des droits de l'homme. Il faut absolument dépasser le stade des discussions théoriques pour aborder les aspects pratiques de la question. Grâce au travail accompli des années durant par d'innombrables experts des questions de santé et des droits de l'homme, les composantes essentielles d'une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme sont en train de se préciser. Cette approche est certes appelée à se développer et à mûrir, mais le Rapporteur spécial n'en recommande pas moins vivement à toutes les parties d'adopter dès à présent l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme exposée dans le présent chapitre, en tant que moyen de mesurer et de surveiller la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, et d'accroître l'efficacité des politiques et programmes de santé.**

78. **À titre d'illustration, on trouvera dans l'annexe au présent rapport un tableau dans lequel l'approche des indicateurs fondée sur les droits de l'homme, telle qu'elle est exposée dans le présent chapitre, a été appliquée à la stratégie pour la santé génésique approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004.**

#### Notes

<sup>1</sup> The statement is available at <http://www.accessmeds.org/Statement.html>.

<sup>2</sup> The Leaders' Call to Action can be accessed, and signed, at <http://www.realizingrights.org>.

<sup>3</sup> A/60/348, paras. 5-7.

<sup>4</sup> The Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly explained how the right to health reinforces the Goals and could contribute to their achievement (A/59/422).

<sup>5</sup> See 2005 World Summit Outcome (A/RES/60/1, para. 57 (a), also 68 (i)). Also see the United Nations Millennium Project's "Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals" and the Project's Task Force report "Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children".

<sup>6</sup> See the Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly, especially paragraphs 32-35 and 42-46.

<sup>7</sup> Paragraph 22 (a). Also see paragraph 22 (c).

<sup>8</sup> See L. Freedman, *Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions*, DEVELOPMENT 2005, pp. 1-6.

<sup>9</sup> See, e.g. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), article 2, paragraph 1.

<sup>10</sup> Paragraph 98.

<sup>11</sup> See A/58/427; A/59/422.

<sup>12</sup> A/58/427, para. 6.

<sup>13</sup> A/59/422, paras. 81 and 83. This approach is informed by the principle confirmed in article 5 of the Vienna Declaration and Programme of Action: “All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated.”

<sup>14</sup> Progressive realization is also an implicit feature of the Millennium Development Goals. Indicators and benchmarks are needed to monitor progress towards the achievement of the Goals.

<sup>15</sup> 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

<sup>16</sup> As confirmed by the Commission on Human Rights in resolution 2003/28, preamble and paragraph 6.

<sup>17</sup> According to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), the prohibited grounds include “race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status”. General comment No. 14, paragraph 18.

<sup>18</sup> The following paragraphs (i)-(v) are intended only to signal the five essential features. While work has been done elsewhere to explore each feature, more is needed.

<sup>19</sup> CESCR, general comment No. 14, paragraph 43 (f).

<sup>20</sup> See, e.g., E/CN.4/2004/49/Add.1, paragraph 27; E/CN.4/2005/51, paragraphs 59-61.

<sup>21</sup> See, e.g., A/59/422, paragraphs 32-35.

<sup>22</sup> *Ibid.*, paragraphs 36-46.

<sup>23</sup> Also see the Special Rapporteur’s General Assembly reports of 2003 and 2004 (A/58/427 and A/59/422).

<sup>24</sup> The starting point for further developing such indicators is to clarify the scope - or normative content - of each of the five essential features.

<sup>25</sup> This framework derives from CESCR’s general comment No. 14 and has been elaborated upon and applied by the Special Rapporteur in several of his reports e.g. E/CN.4/2005/51 paragraph 46.

## Annexe

### **APPLICATION D'UNE APPROCHE DES INDICATEURS DE SANTÉ FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME À LA STRATÉGIE POUR LA SANTÉ GÉNÉSIQUE APPROUVÉE PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ EN MAI 2004**

1. Le tableau ci-après est à lire en parallèle avec le chapitre «Une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme» du rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (E/CN.4/2006/48, 3 mars 2006). On y applique l'approche des indicateurs fondée sur les droits de l'homme, telle qu'elle est exposée dans ce chapitre, à la stratégie pour la santé génésique élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004.
2. La stratégie pour la santé génésique de l'OMS définit cinq éléments prioritaires ou «fondamentaux» de la santé génésique et sexuelle, dont chacun est traité séparément dans le tableau ci-après. Les droits de l'homme, et notamment le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, constitue «un principe directeur» de la stratégie de l'OMS.
3. Si le Rapporteur spécial devait élaborer une stratégie pour la santé génésique, il y ferait figurer certains éléments qui sont absents de la stratégie de l'OMS (pour des considérations générales sur la question, voir le rapport du Rapporteur spécial E/CN.4/2004/49, du 16 février 2004). Néanmoins, aux fins de la présente illustration, il reprend telle quelle la stratégie de l'OMS et tente d'apporter une réponse préliminaire à la question suivante: «De quels indicateurs aurait-on besoin si l'on voulait appliquer à la stratégie pour la santé génésique de l'OMS une approche des indicateurs fondée sur les droits de l'homme?».
4. Comme il a été expliqué dans le chapitre cité plus haut en référence, un indicateur de santé peut être utilisé pour suivre divers aspects de la réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint sous réserve de certaines conditions, dont l'une est que l'indicateur corresponde de façon assez précise à une norme en matière de droit à la santé. Tous les indicateurs qui figurent dans le tableau ci-après correspondent ainsi de manière assez précise à une ou plusieurs normes relevant du droit à la santé, dont celles qui sont énoncées aux paragraphes 2 a), d) et f) de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, aux paragraphes 2 a), c) et d) de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, à l'alinéa e iv) de l'article 5 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale et à l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
5. Il importe que l'application d'une approche des indicateurs fondée sur les droits de l'homme n'aboutisse pas à une surabondance d'indicateurs, de même qu'il est primordial que ceux-ci soient relativement simples et que le recueil des données nécessaires soit à la portée de la plupart des États. Il ne servirait à rien de définir une multitude d'indicateurs dont beaucoup ne pourraient pas être collectés par la plupart des États, faute de moyens. Les indicateurs devraient donc être couramment disponibles ou accessibles sans grands frais. Chacun pourra être complété par une note ou un commentaire explicatif très bref.

6. Les indicateurs présentés dans le tableau ci-après ne sont ni exhaustifs ni définitifs. Un État peut vouloir en ajouter d'autres ou en retirer certains. Le Rapporteur spécial espère néanmoins qu'ils seront utiles aux États et aux autres entités qui ont à cœur de surveiller la réalisation du droit à la santé.

7. Le Rapporteur spécial serait heureux de recevoir des commentaires sur les moyens qui permettraient de renforcer l'approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme qui est exposée dans le chapitre correspondant et illustrée dans le tableau ci-après. Il est extrêmement reconnaissant à tous ceux qui l'ont aidé de leurs précieux conseils pour l'élaboration de la présente annexe, et en particulier aux membres du Département santé et recherche génésiques de l'OMS. Le Rapporteur spécial s'est inspiré pour l'établissement du tableau d'un document – dont il recommande chaleureusement la lecture – intitulé *Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A toll for strengthening laws, policies and standards of care*, publié conjointement par le Département santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la santé et le Programme international sur la santé et les droits de l'homme du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de l'École de santé publique de Harvard (2005). Il accueillera avec un intérêt particulier les suggestions quant à la manière de renforcer les indicateurs se rapportant aux cinq composantes essentielles de la réalisation du droit à la santé relevées à l'alinéa c du paragraphe 49 du chapitre correspondant.

**Tableau**  
**INDICATEURS DU DROIT À LA SANTÉ**

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
Contexte juridique de base	<p>IS1. L'État a-t-il ratifié les instruments internationaux suivants, qui reconnaissent le droit à la santé:</p> <p>a) Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Convention relative aux droits de l'enfant? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes? (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale? (<i>oui/non</i>)</p> <p>IS2. La Constitution de l'État prévoit-elle le droit à la santé? (<i>oui/non</i>)</p> <p>IS3. La législation de l'État reconnaît-elle expressément le droit à la santé, y compris les droits à la santé sexuelle et génésique? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM1. Nombre de rapports soumis par l'État partie aux organes de surveillance de l'application des instruments suivants:</p> <p>a) Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels;</p> <p>b) Convention relative aux droits de l'enfant;</p> <p>c) Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes;</p> <p>d) Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale.</p> <p>IM2. Nombre de décisions de justice soulevant la question des droits à la santé sexuelle et génésique rendues à l'échelle nationale au cours des cinq dernières années</p>	

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
Contexte financier de base	IS4. L'État possède-t-il une loi qui garantit l' <i>accès universel</i> aux soins de santé sexuelle et génésique ? ( <i>oui/non</i> )	IM3. Pourcentage du budget de l'État consacré à la santé IM4. Pourcentage du <i>budget de santé</i> de l'État consacré à la santé sexuelle et génésique IM5. Pourcentage des <i>dépenses publiques de santé</i> consacrées à la santé sexuelle et génésique IM6. <i>Dépenses</i> par habitant consacrées à la santé sexuelle et génésique	
Stratégie et plan d'action nationaux	IS5. L'État s'est-il doté d'une stratégie et d'un plan d'action nationaux en faveur de la santé sexuelle et génésique? ( <i>oui/non</i> ) IS6. La stratégie ou le plan d'action prévoient-ils l' <i>accès universel</i> aux soins de santé sexuelle et génésique? ( <i>oui/non</i> ) IS7. La stratégie ou le plan d'action: a) Reconnaissent-ils expressément les droits à la santé sexuelle et génésique? ( <i>oui/non</i> ) b) Définissent-ils clairement: i) des objectifs? ( <i>oui/non</i> ) ii) des calendriers? ( <i>oui/non</i> )	IM7. L'État recueille-t-il des données appropriées pour évaluer les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie ou du plan d'action, en particulier en ce qui concerne les groupes vulnérables? ( <i>oui/non</i> )	

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
	<p>iii) les responsables et les obligations qui leur incombent? (<i>oui/non</i>)</p> <p>iv) des procédures d'établissement de rapports? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Prévoient-ils des mesures expresses en faveur des groupes vulnérables? (<i>oui/non</i>)</p>		
Participation	<p>IS8. La stratégie ou le plan d'action prévoient-ils une procédure destinée à faire en sorte que l'État consulte régulièrement des représentants nombreux et divers des groupes suivants dans le cadre de l'élaboration, de l'exécution et du suivi de la politique relative à la santé sexuelle et génésique:</p> <p>a) Organisations non gouvernementales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Organisations professionnelles de la santé? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Administrations locales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Responsables communautaires? (<i>oui/non</i>)</p> <p>e) Groupes vulnérables? (<i>oui/non</i>)</p> <p>f) Secteur privé? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM8. L'État consulte-t-il régulièrement des représentants nombreux et divers des groupes suivants dans le cadre de l'élaboration, de l'exécution et du suivi de la politique relative à la santé sexuelle et génésique:</p> <p>a) Organisations non gouvernementales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Organisations de professionnels de la santé? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Administrations locales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Responsables communautaires? (<i>oui/non</i>)</p> <p>e) Groupes vulnérables? (<i>oui/non</i>)</p> <p>f) Secteur privé? (<i>oui/non</i>)</p>	

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
Information	<p>IS9. La législation de l'État garantit-elle le droit de chercher, de recevoir et de répandre des informations sur la santé sexuelle et génésique? (<i>oui/non</i>)</p> <p>IS10. L'État s'est-il doté d'une stratégie ou d'un plan d'action pour diffuser au public des informations concernant la santé sexuelle et génésique? (<i>oui/non</i>)</p> <p>IS11. La stratégie ou le plan d'action prévoient-ils une procédure destinée à faire en sorte que l'État diffuse régulièrement des informations sur ses politiques en matière de santé sexuelle et génésique:</p> <p>a) Aux organisations non gouvernementales (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Aux organisations de professionnels de la santé (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Aux administrations locales (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM9. Pourcentage de personnes ayant accès à des informations sur:</p> <p>a) Les soins à la mère et au nouveau-né;</p> <p>b) Les services de planification familiale;</p> <p>c) Les soins en cas d'avortement ou après un avortement;</p> <p>d) La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles;</p> <p>e) La prévention et le traitement du cancer du col utérin et d'autres affections gynécologiques.</p> <p>IM10. L'État diffuse-t-il régulièrement des informations sur ses politiques concernant la santé sexuelle et génésique:</p> <p>a) Aux organisations non gouvernementales (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Aux organisations professionnelles de la santé (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Aux administrations locales (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Aux médias accessibles dans les zones rurales (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IR1. Pourcentage de femmes qui ont connaissance des méthodes de contraception (traditionnelles ou modernes) – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR2. Pourcentage des 15-24 ans qui connaissent les moyens de prévention de l'infection à VIH – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR3: Pourcentage de personnes qui pensent que les informations à caractère personnel communiquées à des professionnels de la santé restent confidentielles – <i>Ventilation au moins selon l'âge, le sexe, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
	<p>d) Aux médias accessibles dans les zones rurales (<i>oui/non</i>)</p> <p>IS12. La législation de l'État garantit-elle la confidentialité des données de santé à caractère personnel?</p> <p>IS13. S'agissant de l'acceptation ou du refus d'un traitement, la législation de l'État exige-t-elle le consentement éclairé de l'intéressé?</p>	<p>IM11. Pourcentage des établissements de santé dotés de protocoles garantissant la confidentialité des données de santé à caractère personnel</p> <p>IM12. Pourcentage de professionnels de la santé ayant reçu une formation concernant:</p> <p>a) La confidentialité des données de santé à caractère personnel</p> <p>b) L'obligation du consentement éclairé de l'intéressé s'agissant de l'acceptation ou du refus d'un traitement</p>	
Institutions nationales des droits de l'homme	<p>IS14. L'État est-il doté d'une institution nationale des droits de l'homme dont le mandat englobe les droits à la santé sexuelle et génésique? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM13. Nombre de chacune des activités suivantes menées par l'institution pour ce qui est des droits à la santé sexuelle et génésique au cours des cinq dernières années:</p> <p>a) Programmes de formation;</p> <p>b) Campagnes publiques.</p> <p>IM14. Nombre de plaintes concernant les droits à la santé sexuelle et génésique instruites par l'institution au cours des cinq dernières années</p>	

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
Assistance et coopération internationales (Ces indicateurs concernent les donateurs)	<p>IS15. La politique d'aide publique au développement de l'État est-elle fondée sur la notion de droits? <i>(oui/non)</i></p> <p>IS16. La politique d'aide publique au développement de l'État prévoit-elle des dispositions particulières visant à promouvoir et à protéger les droits à la santé sexuelle et génésique? <i>(oui/non)</i></p>	<p>IM15. Pourcentage de l'aide publique au développement consacrée à la santé sexuelle et génésique</p> <p>IM16. Les rapports que l'État présente aux organes conventionnels rendent-ils compte de façon détaillée de l'assistance et de la coopération internationales qu'il fournit, y compris en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique? <i>(oui/non/sans objet)</i></p> <p>IM17. L'État présente-t-il un rapport annuel sur l'assistance et la coopération internationales qu'il fournit, y compris en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique:</p> <p>a) Au gouvernement du pays bénéficiaire? <i>(oui/non)</i></p> <p>b) À la population du pays bénéficiaire? <i>(oui/non)</i></p>	

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
<p>Élément prioritaire 1: Améliorer les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement, les soins du post-partum et les soins au nouveau-né</p>	<p>IS17. L'État s'est-il doté d'une stratégie et d'un plan d'action:</p> <p>a) Pour réduire la mortalité maternelle et ses causes? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Pour garantir un système universel d'orientation en cas d'urgence obstétrique? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Pour garantir aux femmes enceintes séropositives l'accès à des services de soins, de traitement et de soutien? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM18. Nombre d'établissements pour 500 000 habitants assurant:</p> <p>a) Des soins obstétricaux de base;</p> <p>b) Des soins obstétricaux complets.</p> <p>IM19. Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié* – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IM20. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de conseil et de dépistage du VIH/sida – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IM21. Pourcentage de femmes enceintes soumises à un dépistage de la syphilis – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>	<p>IR4. Pourcentage de femmes ayant accès aux soins pendant la période prénatale, lors de l'accouchement et pendant le post-partum, ainsi qu'aux soins destinés aux nouveau-nés – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR5. Taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)* – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR6. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (groupe des 15-24 ans)* – <i>Ventilation au moins selon la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
			<p>IR7. Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes (groupe des 15-24 ans) – <i>Ventilation au moins selon la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR8. Taux de mortalité néonatale (nombre de décès de nouveau-nés âgés de moins d'un mois pour 1 000 naissances vivantes) – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>
<p>Élément prioritaire 2: Assurer des services de planification familiale de grande qualité</p>	<p>IS18. La législation de l'État: a) Exige-t-elle l'autorisation d'un tiers pour permettre aux femmes de bénéficier de services de planification familiale? (<i>oui/non</i>) b) Précise-t-elle que seules les femmes mariées peuvent bénéficier de services de planification familiale? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM22. Pourcentage des établissements de soins de santé primaires qui assurent des services de planification familiale complets (soit toute la gamme des services d'information et de conseil sur la contraception et les fournitures nécessaires pour au moins six méthodes – moyens contraceptifs masculins et féminins, temporaires, permanents et d'urgence)</p>	<p>IR9. Pourcentage de personnes ayant accès à des services de planification familiale complets – <i>Ventilation au moins selon l'âge, le sexe, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR10. Pourcentage de femmes risquant de se retrouver enceintes qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) un moyen contraceptif (quel qu'il soit)* – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
	<p>IS19: La liste nationale des médicaments essentiels comporte-t-elle:</p> <p>a) Des préservatifs? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Des contraceptifs hormonaux, y compris des contraceptifs d'urgence? (<i>oui/non</i>)</p>		<p>IR11. Pourcentage de femmes qui risquent de se retrouver enceintes et veulent éviter de l'être mais qui n'utilisent pas (ou dont le partenaire n'utilise pas) de moyen contraceptif – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>
<p>Élément prioritaire 3: Éliminer le problème de l'avortement non médicalisé</p>	<p>IS20. La législation de l'État autorise-t-elle l'avortement:</p> <p>a) Sur demande? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Pour des raisons économiques ou sociales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Pour des raisons liées à la santé physique ou mentale de la femme enceinte? (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Pour sauver la vie de la femme enceinte? (<i>oui/non</i>)</p> <p>e) En cas de viol ou d'inceste? (<i>oui/non</i>)</p> <p>f) Pour pathologie fœtale? (<i>oui/non</i>)</p> <p>g) Ne l'autorise en aucun cas? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM23. Pourcentage des lieux de prestation de services qui pratiquent des avortements et/ou dispensent des soins après avortement</p> <p>IM24. Pourcentage de praticiens ayant la formation voulue pour pratiquer des avortements/dispenser des soins après avortement</p>	<p>IR12. Pourcentage de femmes ayant accès à des services qui pratiquent des avortements et/ou dispensent des soins après avortement – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR13. Taux d'avortement (nombre d'avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer) – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
	<p>IS21. La législation de l'État criminalise-t-elle l'avortement? (<i>oui/non</i>)</p> <p>IS22. L'État s'est-il doté d'une stratégie et d'un plan d'action pour:</p> <p>a) Prévenir les avortements non médicalisés? (<i>oui/non</i>);</p> <p>b) Assurer des soins après avortement? (<i>oui/non</i>).</p>		<p>IR14. Pourcentage de décès maternels résultant d'avortements non médicalisés – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>
<p>Élément prioritaire 4: Combattre les infections sexuellement transmissibles, le cancer du col utérin et d'autres infections gynécologiques</p>	<p>IS23. L'État s'est-il doté d'une stratégie ou d'un plan d'action pour:</p> <p>a) Prévenir les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Traiter les infections sexuellement transmissibles? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Permettre aux personnes séropositives d'avoir accès aux traitements antirétroviraux? (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Prévenir le cancer du col utérin? (<i>oui/non</i>)</p>	<p>IM25. Nombre de préservatifs disponibles pour être distribués sur l'ensemble du territoire national (au cours des 12 mois écoulés) à la population des 15-49 ans</p> <p>IM26. Pourcentage de lieux de prestation de services de planification familiale qui dispensent des conseils de protection à la fois contre les infections sexuellement transmissibles/le VIH et contre les grossesses non désirées</p>	<p>IR15. Pourcentage de personnes ayant accès:</p> <p>a) Aux soins curatifs pour les infections sexuellement transmissibles;</p> <p>b) Aux soins préventifs pour le cancer du col de l'utérus et d'autres infections gynécologiques. – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
		<p>IM27. Pourcentage de femmes ayant subi un dépistage du cancer du col utérin au cours des cinq dernières années – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>	<p>IR16. Pourcentage de personnes qui ont déclaré présenter des symptômes d'infections sexuellement transmissibles ou chez qui de telles infections ont été diagnostiquées, classées par type d'infection – <i>Ventilation au moins selon l'âge, le sexe, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR17. Prévalence du VIH dans les sous-populations ayant un comportement à risque – <i>Ventilation au moins selon l'âge, le sexe, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR18. Pourcentage de femmes souffrant d'un cancer du col utérin – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

	Indicateurs structurels (IS)	Indicateurs de méthode (IM)	Indicateurs de résultat (IR)
Élément prioritaire 5: Promouvoir la santé sexuelle, notamment celle des adolescents	<p>IS24. La législation de l'État exige-t-elle qu'une éducation complète en matière de santé sexuelle soit dispensée pendant la scolarité obligatoire? (oui/non)</p> <p>IS25. L'État s'est-il doté d'une stratégie ou d'un plan d'action pour promouvoir la santé sexuelle et génésique des adolescents? (oui/non)</p> <p>IS26. La législation de l'État interdit-elle les violences sexuelles, y compris le viol conjugal? (oui/non)</p> <p>IS27. La législation de l'État interdit-elle les mutilations génitales féminines et d'autres pratiques traditionnelles préjudiciables? (oui/non)</p> <p>IS28. La législation de l'État interdit-elle le mariage avant l'âge de 18 ans pour les garçons comme pour les filles? (oui/non)</p> <p>IS29: La législation de l'État exige-t-elle le consentement libre et plein des deux parties à un mariage? (oui/non)</p>	<p>IM28. Pourcentage des 15-19 ans qui ont reçu une éducation complète en matière de santé sexuelle à l'école – <i>Ventilation au moins selon le sexe, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IM29. Nombre d'incidents de violence sexuelle, y compris les viols conjugaux, signalés aux représentants de la loi et/ou aux professionnels de la santé au cours des cinq dernières années</p>	<p>IR19. Pourcentage des 15-19 ans qui connaissent les moyens de se prémunir contre l'infection à VIH</p> <p>IR20. Taux de fécondité par groupe d'âge (15-19 ans et 20-24 ans) – <i>Ventilation au moins selon la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR21. Âge du mariage – <i>Ventilation au moins selon le sexe, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p> <p>IR22. Pourcentage de femmes ayant subi des mutilations génitales féminines – <i>Ventilation au moins selon l'âge, la race, le groupe ethnique, le statut socioéconomique et la zone (rurale/urbaine)</i></p>

\* Indicateur se rapportant à un objectif du Millénaire pour le développement.

-----