



# Assemblée générale

Distr. générale  
4 avril 2016  
Français  
Original : anglais

---

## Conseil des droits de l'homme

### Trente-deuxième session

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,  
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,  
y compris le droit au développement**

## **Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint**

### **Note du Secrétariat**

Le Secrétariat a l'honneur de transmettre au Conseil des droits de l'homme le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Élaboré conformément à la résolution 24/6 du Conseil, le présent rapport est consacré au droit qu'ont les adolescents de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et à la nécessité de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour garantir une santé et un développement optimaux correspondant au caractère unique de l'adolescence.

Dans son rapport, le Rapporteur spécial examine les questions de la santé mentale, du droit à la santé sexuelle et procréative, de l'usage de stupéfiants et de la lutte contre la drogue, à la lumière des défis particuliers qu'elles posent dans la recherche d'un équilibre entre l'autonomie croissante des adolescents et leur droit d'être protégés.

GE.16-05387 (F) 100516 120516



\* 1 6 0 5 3 8 7 \*

Merci de recycler



## Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint

### Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	3
II. Comprendre l'adolescence et ses effets sur le droit à la santé.....	4
A. Une période de transition .....	4
B. Obstacles au droit à la santé pour les adolescents.....	5
C. Possibilités de réalisation du droit à la santé.....	7
III. Le droit à la santé à l'adolescence.....	7
A. Comprendre le droit à la santé .....	7
B. Services de soins de santé et autres services connexes essentiels pour la santé de l'adolescent .....	8
C. Facteurs fondamentaux et déterminants sociaux de la santé.....	9
D. Droit à la non-discrimination .....	12
E. Participation .....	12
F. Principe de responsabilité .....	14
IV. Promotion du bien-être affectif et de la santé mentale .....	15
A. Nature et prévalence des problèmes de santé mentale pendant l'adolescence .....	15
B. Promouvoir des services de santé mentale efficaces.....	17
V. Droits des adolescents en matière de santé sexuelle et procréative .....	18
A. Nature des droits en matière de santé sexuelle et procréative et défis connexes .....	18
B. Fournir aux adolescents des services efficaces en matière de santé sexuelle et procréative .....	20
VI. Adolescents, consommation de substances psychoactives et lutte contre les drogues .....	22
A. Substances consommées à l'adolescence et problèmes connexes.....	22
B. Fournir des services appropriés pour combattre la consommation de substances chez les adolescents .....	23
VII. Conclusions et recommandations .....	24

## I. Introduction

1. L'adolescence (entre 10 et 19 ans) est une période de la vie pendant laquelle les inégalités relatives à l'accès aux services, aux choix de vie et aux trajectoires futures prennent une acuité nouvelle. Les fondations jetées durant l'adolescence, en termes de sécurité émotionnelle, de santé, d'éducation, de compétences, de résilience et de compréhension des droits, auront des incidences importantes sur le développement des personnes dans les sphères sociale, économique et politique. Si nous manquons à nos responsabilités envers les adolescents, les conséquences seront lourdes ; c'est pourquoi il faut prêter une attention accrue au droit des adolescents de jouir du meilleur état de santé et du meilleur développement possibles.

2. La communauté internationale du développement et de la santé s'intéresse de plus en plus à l'adolescence, comme en témoigne l'adoption de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Ces engagements importants et louables doivent maintenant être traduits dans les faits sur le terrain.

3. On estime qu'il y a actuellement dans le monde plus de 1,2 milliard d'adolescents, dont 88 % vivent dans des pays en développement<sup>1</sup>. Les adolescents représentent 18 % de la population mondiale. Bien que l'adolescence se caractérise par un taux de mortalité relativement faible en comparaison des autres groupes d'âge, cette période est aussi associée à l'émergence de facteurs de risque nouveaux et complexes, engendrant des comportements qui pèsent sur la morbidité et la mortalité à long terme<sup>2</sup>. De plus, les adolescents sont l'un des groupes dont les besoins sont le moins bien pris en charge par les services de santé existants<sup>3</sup>.

4. Selon les estimations, 1,3 million d'adolescents sont décédés en 2012 de causes évitables ou traitables<sup>4</sup>. Les accidents de la route, les suicides et homicides, la violence et la guerre, les noyades et les incendies sont à l'origine de 40 % de l'ensemble des décès survenant chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans)<sup>5</sup>. Un faible pourcentage d'adolescents souffre de maladies invalidantes et parfois de maladies en phase terminale ; la plupart d'entre eux n'auraient pas accès aux soins palliatifs<sup>6</sup>.

5. En raison du manque d'accès aux services de santé de la procréation et à l'information en la matière, les adolescentes comptent parmi les plus exposées au risque de mourir ou de souffrir d'affections sérieuses ou de séquelles à vie à la suite de grossesses et d'accouchements précoces. L'absence de politiques et de services efficaces dans le domaine de la santé mentale des adolescents porte gravement atteinte au développement affectif et social des intéressés, et nourrit notamment la violence contre eux et entre eux. Presque tous ces risques sont évitables, car les problèmes rencontrés s'inscrivent dans des environnements physiques et sociaux et sont souvent induits par le comportement des adolescents.

<sup>1</sup> Nations Unies, *Perspectives de la santé mondiale : révision de 2010* (2011).

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Statistiques sanitaires mondiales 2014*.

<sup>3</sup> OMS, *La santé pour les adolescents du monde : une chance pour la deuxième décennie*, disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_fre.pdf?ua=1).

<sup>4</sup> OMS, « Adolescents : risques sanitaires et solutions », aide-mémoire n° 345 (2014).

<sup>5</sup> George Patton *et al.*, « Global patterns of mortality in young people : a systematic analysis of population health data », *The Lancet*, vol. 374 (2009), p. 881 à 892.

<sup>6</sup> Stephen Connor *et al.*, « Assessment of the need for palliative care for children in South Africa », *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 20, n° 3 (mars 2014), p. 130 à 134 ; OMS et World Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at End of Life* (2014), p. 19.

6. Seuls les changements qui se produisent pendant la petite enfance l'emportent sur ceux de l'adolescence en termes de rythme et d'ampleur<sup>7</sup>. Si les investissements consentis au cours des vingt dernières années ont permis d'énormes progrès en ce qui concerne la petite enfance<sup>8</sup>, les décideurs ont prêté beaucoup moins d'attention au développement de l'enfant de plus de 10 ans. Au cours des cinquante dernières années, la santé des adolescents s'est nettement moins améliorée que celle des jeunes enfants<sup>9</sup>.

7. Même si les préoccupations relatives à la santé sont nombreuses en ce qui concerne l'adolescence, le Rapporteur spécial a choisi de mettre l'accent, dans le présent rapport, sur la santé mentale, l'usage de stupéfiants et la lutte contre la drogue, et le droit à la santé sexuelle et reproductive, à la lumière des défis particuliers qu'ils posent dans la recherche de l'équilibre entre l'autonomie grandissante des adolescents et leur droit à une protection. Se référant au cadre du droit à la santé, le Rapporteur spécial souligne qu'il importe de valoriser les points forts des adolescents et de travailler en partenariat avec eux pour définir les mesures à prendre afin de concrétiser le droit des adolescents à la santé et leur permettre de se développer du mieux possible.

8. Le Rapporteur spécial est conscient du caractère hétérogène de l'adolescence et de la diversité de ses définitions selon les pays et les régions. Toutefois, dans un souci de cohérence et pour faciliter l'évaluation de la santé de ce groupe d'âge, le présent rapport reprend la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, selon laquelle les adolescents sont des personnes âgées de 10 à 19 ans (jusqu'à leur vingtième anniversaire)<sup>10</sup>.

## II. Comprendre l'adolescence et ses effets sur le droit à la santé

### A. Une période de transition

9. L'adolescence est une période à part entière de la vie, et non une simple transition entre l'enfance et l'âge adulte. Il s'agit d'une phase essentielle, marquée par une grande plasticité cérébrale, qui se caractérise par le développement des facultés cognitives et des compétences émotionnelles<sup>11</sup>. Le potentiel physique, mental et social qui se constitue entre 10 ans et 19 ans contribue à améliorer les facultés intellectuelles et le fonctionnement émotionnel à l'âge adulte<sup>12</sup>.

10. La santé de l'adolescent est le résultat d'une interaction entre, d'une part, le développement de l'intéressé pendant sa petite enfance et, d'autre part, les transformations biologiques et le changement de rôle social qui accompagnent la puberté, qui sont influencés par des déterminants sociaux et par des facteurs de risque et de protection qui ont des effets sur les comportements en matière de santé<sup>13</sup>. Si les adolescents eux-mêmes ont la capacité d'améliorer leur santé et leur bien-être, ils ne peuvent atteindre cet objectif qu'à condition que les États respectent et protègent leurs droits et qu'ils leur donnent accès aux conditions, aux services et aux informations nécessaires.

<sup>7</sup> R. M. Viner *et al.*, « Adolescence and the social determinants of health », *The Lancet*, vol. 379, n° 9826 (avril 2012), p. 1641 à 1652.

<sup>8</sup> A/70/213.

<sup>9</sup> Susan Sawyer *et al.*, « Adolescence : a foundation for future health », *The Lancet*, vol. 379, n° 9826 (avril 2012), p. 1630 à 1640.

<sup>10</sup> Voir [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/) et [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/frh\\_adh\\_98\\_18/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/).

<sup>11</sup> Susan Sawyer *et al.*, « Adolescence : a foundation for future health ».

<sup>12</sup> OMS, *La santé pour les adolescents du monde*.

<sup>13</sup> Susan Sawyer *et al.*, « Adolescence : a foundation for future health » (résumé).

11. L'adolescence est une période de développement pendant laquelle on s'éloigne de l'environnement protecteur de la petite enfance pour acquérir peu à peu la capacité de prendre des décisions indépendantes. Elle s'accompagne d'une augmentation de l'expérimentation, de la prise de risques et de l'impulsivité et d'une influence grandissante du groupe de pairs. Ces comportements contribuent à construire la résilience, le caractère et la confiance en soi des adolescents et leur permettent d'explorer et de comprendre leurs limites ; ils reflètent leur passage progressif de la protection à l'autonomie. En conséquence, si les adolescents de moins de 18 ans continuent d'avoir le droit à une protection contre la violence, les mauvais traitements et l'exploitation et à la prise en compte de leur intérêt supérieur en vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant, la nature de ces protections et leur mise en œuvre doivent tenir compte des compétences acquises progressivement durant l'adolescence.

12. La transition vers l'âge adulte se caractérise par une transformation des relations sociales. Dans toutes les cultures, les adolescents commencent à attacher bien plus d'importance à leur groupe de pairs et sont de plus en plus sensibles à l'influence de ce groupe et de moins en moins à celle de leur famille et des autres personnes qui s'occupent d'eux<sup>14</sup>. Ils commencent aussi à explorer leur sexualité, leur orientation sexuelle et leur identité de genre. Il existe une diversité considérable de combinaisons d'identités de genre, d'expressions sexuelles et d'orientations sexuelles, que cette diversité soit culturellement acceptée ou non<sup>15</sup>. Il apparaît de plus en plus clairement que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont le résultat du jeu complexe de facteurs biologiques, génétiques et sociaux et que le choix des individus n'a que peu ou pas d'influence dans leur détermination<sup>16</sup>.

13. Pour aider les adolescents dans le cheminement difficile vers un développement affectif, psychosocial, physique et sexuel sain, il importe de reconnaître leur droit à l'information, à la liberté d'expression et d'association, à une protection contre toutes les formes de violence, à la sécurité, à l'intégrité physique et à une vie de famille et de respecter leur dignité et leurs capacités croissantes.

## **B. Obstacles au droit à la santé pour les adolescents**

14. Bien que, dans de nombreuses régions du monde, les perspectives offertes aux adolescents se soient améliorées ces dernières années, l'adolescence se caractérise par une exposition à des risques croissants en ce qui concerne le droit à la santé, notamment la violence, les mauvais traitements, l'exploitation sexuelle ou économique, la traite, les pratiques traditionnelles préjudiciables, la migration, la radicalisation, l'enrôlement dans des gangs ou des milices, l'automutilation, l'usage de stupéfiants et la toxicomanie, et l'obésité. Les inégalités entre les sexes deviennent plus criantes puisque, par exemple, les adolescentes sont plus exposées aux mariages précoces et à la violence sexuelle, et leur taux de scolarisation dans le secondaire est inférieur à celui des garçons. Le monde dans lequel vivent les adolescents pose des défis de taille, comme la pauvreté et les inégalités, les changements climatiques et la dégradation de l'environnement, l'urbanisation et la migration, la transformation radicale des perspectives d'emploi, le vieillissement des

<sup>14</sup> Clea McNeely et Krishna Bose, « Adolescent social and emotional development : a developmental science perspective on adolescent human rights », in *Human Rights and Adolescence*, Jacqueline Bhabha, éd. (2014).

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Voir [www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx](http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx).

sociétés, l'augmentation des coûts de la santé et l'aggravation des crises humanitaires et des situations d'insécurité<sup>17</sup>.

15. Les politiques menées par les États à l'égard des adolescents se caractérisent trop souvent par des interventions ciblées ou des mesures répressives visant à combattre des problèmes comme la délinquance ou la violence des jeunes, ou à traiter des questions perçues comme difficiles, notamment l'usage de stupéfiants et l'activité sexuelle ; en général, elles prêtent trop peu d'attention à la construction d'un environnement propice dans lequel les adolescents puissent s'épanouir. Les politiques de répression ou de médicalisation à outrance ne tiennent pas compte des puissants déterminants sociaux et économiques qui influent sur le comportement, les perspectives et le bien-être des adolescents. En stigmatisant et en diabolisant les adolescents, ou en exerçant une discrimination à leur égard, par exemple en criminalisant ou en traitant comme des pathologies leurs comportements et l'expression de leur diversité, on porte atteinte à leur rôle tel qu'il est perçu par la société, à leur estime de soi, à leur bien-être et à leur sens de l'autonomie. Ce type d'approche ne rend pas justice aux adolescents ; il nuit à leur développement général et à l'exercice de leur droit à la santé.

16. Les politiques génériques qui visent tous les enfants ou tous les jeunes échouent souvent à répondre aux besoins des adolescents, en particulier des 10-14 ans. La méconnaissance de leurs besoins uniques en matière de santé peut rendre les adolescents invisibles. Leur accès aux services de santé est entravé par de multiples obstacles, dont l'existence de lois et de politiques restrictives, l'impossibilité d'obtenir des moyens de contraception ou d'avoir accès à des services d'avortement médicalisé, l'inaccessibilité des services, due au manque d'information, à la distance à parcourir ou au coût, l'absence de garantie du respect de la vie privée et de la confidentialité, la nécessité d'obtenir l'autorisation parentale ou d'informer les parents, l'attitude irrespectueuse, hostile, critique ou indifférente des agents de santé, et la discrimination dont sont victimes certains groupes d'adolescents, notamment les adolescents handicapés, ceux qui vivent ou travaillent dans la rue, ceux qui travaillent dans le commerce du sexe et ceux qui sont issus de groupes traditionnellement marginalisés<sup>18</sup>. Les États ont l'obligation positive, en matière de droits de l'homme, de garantir les droits des adolescents et de travailler réellement avec eux pour définir leurs besoins et leurs priorités.

17. Du fait de la rapidité de la mondialisation et des changements sociaux et culturels qui l'accompagnent, qui est renforcée par l'importance du numérique, nombre d'adolescents vivent dans un monde très différent de celui des adultes qui les entourent en ce qui concerne l'information, la vitesse du changement, les normes sociales, les risques, les aspirations et les perspectives. Si cet environnement en mutation rapide offre de formidables perspectives aux adolescents, il peut aussi entraver sérieusement l'exercice de leurs droits, par exemple le droit au respect de la vie privée, le droit de donner son consentement en connaissance de cause et le droit de ne pas être soumis à l'exploitation, ce qui a des répercussions importantes, en particulier sur leur santé mentale et leur bien-être. En outre, la rapidité du changement peut nuire à la compréhension entre les générations, mettant en péril la capacité des parents et des autres personnes qui s'occupent des adolescents à leur donner les conseils nécessaires pour assurer la protection et la promotion de leur droit à la santé.

18. L'absence de données ventilées par âge, sexe et type de handicap constitue l'un des plus grands obstacles à la promotion des droits des adolescents<sup>19</sup>. Sans des données

<sup>17</sup> UNICEF, *La situation des enfants dans le monde en 2011. L'adolescence : âge de toutes les opportunités* (2011).

<sup>18</sup> OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly* (2012).

<sup>19</sup> UNICEF, *La situation des enfants dans le monde en 2011*.

pertinentes, les États manquent d'éléments pour étayer les politiques en matière de santé, mettre en évidence les lacunes et promouvoir l'affectation des ressources nécessaires.

### **C. Possibilités de réalisation du droit à la santé**

19. Acteurs du changement social, les adolescents sont capables d'apporter du dynamisme, de la flexibilité, de la créativité et de l'énergie à la réalisation de leur propre droit à la santé et de celui des autres. Les États devraient adopter, en ce qui concerne la santé des adolescents, un cadre fondé sur les droits de l'homme qui prenne en considération les atouts, les capacités et la contribution des adolescents, tout en tenant compte de l'incidence des déterminants sociaux de la santé. En respectant les adolescents, en travaillant avec eux et en valorisant leur contribution, on contribue à créer les fondations de la sécurité affective, de la santé, de l'éducation et des compétences nécessaires pour la réalisation pleine et effective du droit à la santé.

20. Les adolescents ont le droit de jouer un rôle croissant en ce qui concerne leur propre suivi médical. Il est indispensable, pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires, de respecter et de reconnaître leurs capacités. Il est essentiel de nouer des partenariats avec eux pour créer un environnement propice à la réalisation de leur droit à la santé.

21. En particulier, le rôle moteur qu'ils jouent dans l'utilisation et l'évolution des nouvelles technologies de communication les met en position de créer et d'utiliser des réseaux pour promouvoir leur droit à la santé, par exemple par la diffusion d'informations, la collecte de données, la conception de campagnes sanitaires, l'éducation à la santé, les services d'éducation et de conseil par les pairs et la médiation des conflits. Il existe un certain nombre d'applications mobiles et de sites Web spécialisés dans la santé qui peuvent fournir des informations aux adolescents, améliorer leur accès aux soins, les inciter à suivre des traitements et les accompagner dans leur convalescence. Grâce à ces compétences et à ces capacités, les adolescents sont particulièrement bien placés pour contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3, de même que pour vérifier que les gouvernements tiennent leurs engagements et pour leur demander des comptes (voir la résolution 70/1 de l'Assemblée générale).

## **III. Le droit à la santé à l'adolescence**

### **A. Comprendre le droit à la santé**

22. La Convention relative aux droits de l'enfant offre un cadre normatif complet et juridiquement contraignant pour le droit à la santé des adolescents de moins de 18 ans, tandis que d'autres instruments, comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, fournissent un cadre pertinent pour tous les adolescents, y compris ceux qui ont 18 ou 19 ans.

23. Des protections supplémentaires sont prévues, pour certains groupes, par d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme, mais le Comité des droits de l'enfant est à la pointe des efforts de mise en œuvre du droit à la santé en ce qui concerne les adolescents, notamment de par son observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant et de par son observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

24. Le droit à la santé des adolescents est étroitement lié aux autres droits de l'homme consacrés par ces instruments, comme le droit de l'enfant à un développement sain, à

l'éducation, au jeu et à des activités récréatives, à la sécurité sociale et au respect de sa vie privée, ainsi que le droit d'être protégé contre la torture, contre toutes les formes de violence et contre l'exploitation économique, sexuelle ou autre. Le droit à la santé est aussi intimement lié à la non-discrimination et à l'égalité, à la participation et à l'obligation de rendre des comptes. La santé et le développement des adolescents doivent être promus dans le cadre d'une approche holistique et cohérente de l'ensemble des facteurs qui influent sur les perspectives, les choix et le développement ultérieur des adolescents.

25. Le droit à la santé offre un cadre normatif précieux qui se fonde sur la volonté de promouvoir l'intérêt supérieur des adolescents tout en reconnaissant leur capacité croissante à prendre davantage de responsabilités en ce qui concerne leurs soins de santé. Il confère aussi aux États l'obligation légale de réaliser progressivement le droit qu'ont les adolescents de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, d'éliminer la discrimination et les inégalités qui entravent l'exercice du droit à la santé dans des conditions d'équité, d'associer les adolescents aux mesures qui les concernent, de consacrer le maximum de ressources disponibles au droit de l'enfant à la santé, d'élaborer des lois et des politiques pertinentes, notamment un plan national global relatif à la santé qui traite du droit des adolescents à la santé, et de garantir le principe de responsabilité, y compris en prévoyant des voies de recours effectives.

26. Dans de nombreux pays, le secteur privé est un important pourvoyeur de services de santé, et il joue un rôle majeur dans le développement et le perfectionnement de médicaments et de matériel et de technologies liés à la santé. Les États devraient veiller à ce que tous les adolescents puissent en bénéficier<sup>20</sup>.

## **B. Services de soins de santé et autres services connexes essentiels pour la santé de l'adolescent**

27. Les États doivent veiller à ce que les systèmes de santé, notamment les services de soins de santé, en collaboration avec d'autres services pertinents, comme les services sociaux, les services d'éducation et les services de protection de l'enfance, soient sensibles au droit des adolescents à la santé. Ils devraient répondre à l'ensemble des besoins des adolescents en matière de santé et de développement, y compris en ce qui concerne la promotion de la santé, la santé sexuelle et procréatrice, la santé mentale, les soins palliatifs, les blessures volontaires et involontaires, la violence et les comportements nuisibles pour la santé qui peuvent apparaître à l'adolescence.

28. Plutôt que de se contenter de mettre en place des mesures et des structures distinctes pour les adolescents, il faudrait veiller à ce que toutes les politiques, toutes les stratégies et tous les programmes pertinents accordent une attention suffisante aux adolescents. Tant dans la conception des systèmes de santé que lors de la fourniture des services, il faudrait veiller au respect du droit des adolescents à la santé et des autres droits qui y sont liés, en tenant compte des capacités croissantes des intéressés. Cela n'est possible qu'à condition de garantir le droit des adolescents d'être entendus et de contribuer à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services.

29. Le droit à la santé crée l'obligation pour les États de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services, des produits et des installations de santé. Les États doivent veiller à ce que des installations, des produits, des services et des programmes de santé suffisants soient disponibles pour répondre aux besoins des adolescents, en particulier des plus marginalisés d'entre eux.

<sup>20</sup> Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 15, par. 42.



30. Les services, produits et installations sanitaires doivent être accessibles à tous les adolescents sans discrimination d'aucune sorte. Cet impératif vaut pour l'accès des adolescents aux informations sur leur santé, de même qu'aux informations concernant la nature, la disponibilité, l'emplacement et le coût des services et les délais à respecter. Les services de santé doivent être physiquement accessibles, y compris aux adolescents issus de communautés reculées ou rurales et aux adolescents handicapés, et proposés dans des locaux qui rassurent les adolescents quant au fait qu'il sera répondu à leurs besoins.

31. Les produits et services de santé doivent être d'un coût accessible, étant donné que les adolescents ont généralement peu d'argent et sont rarement autonomes financièrement ; ils doivent aussi être accessibles, directement et sans intervention des parents. Dans la pratique, il convient de rappeler que les frais de santé peuvent empêcher l'accès aux services.

32. Les États devraient élaborer un ensemble de services de base destinés aux adolescents, y compris des services de santé sexuelle et procréative, qui soient disponibles gratuitement. La conception et la fourniture des services doivent prendre en considération les capacités en évolution des adolescents, leurs besoins en termes de développement et leur intérêt supérieur. Le droit des adolescents au respect de la vie privée et à la confidentialité doit être garanti, les différents besoins et attentes d'ordre culturel doivent être pris en considération et les normes éthiques doivent être respectées. Le personnel doit être sensible aux questions de genre et à la situation des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués, s'abstenir de juger les adolescents en fonction de leurs caractéristiques personnelles, de leurs choix de vie ou de leur parcours, et traiter avec dignité et respect tous les adolescents, conformément à leur statut de titulaires de droits.

33. Tous les services en lien avec la santé doivent être adéquats et de bonne qualité ; le personnel doit être qualifié et dûment formé, et doit en particulier avoir reçu une formation au droit des adolescents à la santé. Le matériel et les médicaments doivent être adaptés aux adolescents et des évaluations régulières de la qualité des services de soins de santé doivent être menées.

34. Le secteur de la santé devrait montrer la voie en ce qui concerne les plans de réalisation du droit des adolescents à la santé. Toutefois, la collaboration intersectorielle est cruciale, notamment avec les secteurs de l'éducation et de la protection sociale, et les préoccupations relatives au droit à la santé doivent être intégrées dans des politiques et stratégies pertinentes.

### **C. Facteurs fondamentaux et déterminants sociaux de la santé**

35. Le droit à la santé n'est pas seulement le droit aux soins de santé, mais aussi le droit aux facteurs fondamentaux et aux déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux sont les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et qui influent sur leur santé. Les faits démontrent de manière évidente que, partout dans le monde, les déterminants les plus puissants de la santé des adolescents sont des facteurs structurels tels que la richesse nationale, les inégalités de revenu, les systèmes sociaux de genre et l'accès à l'éducation<sup>21</sup>. Parmi les autres déterminants, on peut citer les normes sociales, les lois et politiques et l'environnement physique, de même que les réseaux sociaux en ligne, qui exercent une influence grandissante sur la vie des adolescents.

36. Les États doivent prendre des mesures juridiques, des mesures de politique générale et d'autres mesures pour s'attaquer aux facteurs fondamentaux et aux déterminants sociaux de la santé des adolescents, à savoir : la sécurité routière et environnementale ; les préjugés

<sup>21</sup> R. M. Viner *et al.*, « Adolescence and the social determinants of health ».

raciaux ; l'accès à l'éducation ; la persistance des mariages précoces et forcés ; les châtiments corporels ; les obstacles sociaux, économiques, politiques, culturels et juridiques à l'accès aux services de santé, notamment aux services de santé sexuelle et procréative ; l'insuffisance de la protection sociale ; les placements en institution ; les lois répressives en matière de stupéfiants ; l'absence de cours complets d'éducation sexuelle ; l'incrimination de l'exposition au VIH, de la non-divulgation de la séropositivité et de la transmission du virus ; l'incrimination des relations homosexuelles ; le laxisme des cadres juridiques régissant la vente de tabac, d'alcool et de produits de restauration rapide.

37. Les mesures relatives au droit à la santé devraient être holistiques et intégrées, aller au-delà de la fourniture de services de santé et s'appuyer sur une coopération interministérielle. Les États devraient prendre en compte les difficultés particulières auxquelles se heurtent les différents groupes, comme les adolescents les plus jeunes et les plus âgés, les garçons, les filles et les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les transgenres et les intersexués, afin d'apporter des réponses.

### **Droit à une protection contre toutes les formes de violence**

38. L'exposition à la violence augmente pendant l'adolescence, au point qu'elle est la principale cause de mortalité et de morbidité des jeunes âgés de 10 à 19 ans<sup>22</sup>. La violence se manifeste dans le cadre familial, communautaire ou professionnel, ou est le fait d'agents de l'État.

39. Les adolescentes, les adolescents handicapés, les adolescents homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexués, les adolescents vivant en institution et les adolescents issus de communautés où les armes non réglementées prolifèrent ou qui connaissent un conflit armé sont particulièrement vulnérables à la violence. Les filles sont notamment exposées à la violence sexuelle et à l'exploitation sexuelle, aux mariages forcés et précoces, aux crimes d'honneur, à des pratiques abusives qui ont souvent lieu dans des établissements de santé, comme la stérilisation et l'avortement forcés infligés aux filles handicapées, et à des tests de virginité forcés<sup>23</sup>.

40. La violence dans le contexte de relations intimes est également courante à l'adolescence ; elle a des conséquences immédiates et des conséquences potentielles à long terme pour la santé physique et mentale et le bien-être social de l'adolescent. Outre ses conséquences immédiates sur la santé, la violence subie dans le contexte du couple peut entraîner des lésions physiques à long terme, engendrer des problèmes de santé immédiats ou apparaissant ultérieurement et donner lieu à une victimisation répétée<sup>24</sup>.

41. Les lesbiennes, les bisexuels et les transgenres peuvent être victimes de viol « punitif » en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Les adolescents souffrent de manière disproportionnée des effets de la violence causée par les armes à feu et un grand nombre d'adolescents risquent d'être grièvement blessés ou de mourir des suites d'un conflit armé.

42. On ne peut que se féliciter que les objectifs de développement durable mettent l'accent sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles. Toutefois, à l'adolescence, les garçons subissent également une grande violence. Ceux qui se retrouvent impliqués dans des crimes violents s'exposent souvent à de sévères mesures punitives de la

<sup>22</sup> OMS, *La santé pour les adolescents du monde*.

<sup>23</sup> Voir la recommandation générale n° 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes/observation générale n° 18 du Comité des droits de l'enfant sur les pratiques préjudiciables.

<sup>24</sup> C. C. Pallitto et V. Murillo, « Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador », *Journal of Adolescent Health*, vol. 42, n° 6 (2008), p. 580 à 586.

part des États, ce qui enclenche une spirale négative de violence croissante qui porte gravement atteinte à leur santé et à leur bien-être, sur le plan physique comme sur le plan mental.

43. Conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant et aux recommandations du Comité des droits de l'enfant, les États doivent prendre des mesures pour lutter contre les formes spécifiques de violences qui touchent les adolescents<sup>25</sup>. Reconnaître le droit des adolescents à assumer un degré croissant de responsabilité n'exonère pas les États de l'obligation qui leur est faite d'assurer leur protection.

44. Le droit d'être protégé et le droit de participer de manière croissante vont de pair. En garantissant aux adolescents le droit d'être entendu, de pouvoir dénoncer des violations de leurs droits et de pouvoir demander réparation, on leur donne les moyens d'agir pour leur propre protection<sup>26</sup>. Si cela n'est pas fait, des millions d'adolescents dans le monde seront condamnés à continuer de subir de graves violations de leurs droits.

45. Le droit d'être protégé s'étend également à la violence commise dans l'environnement numérique. L'augmentation de l'utilisation des réseaux sociaux et la multiplication des activités en ligne rendent les adolescents toujours plus vulnérables au cyberharcèlement, qui est associé à tout un ensemble de problèmes mentaux, psychosociaux, cognitifs et éducatifs et de problèmes de santé, y compris la dépression et le suicide, et qui peut également faire basculer l'adolescent dans l'alcoolisme ou la toxicomanie. Cependant, il n'est ni pertinent ni possible de chercher à limiter l'accès des adolescents au numérique. Par conséquent, les États devraient s'acquitter de leurs obligations en adoptant des stratégies globales visant à renforcer la capacité des adolescents à se protéger des dangers en ligne et en améliorant la législation et les mécanismes d'application des lois afin de lutter contre la violence en ligne, y compris lorsqu'elle est transfrontalière, de combattre l'impunité et de former les parents et les professionnels qui travaillent avec les enfants.

### **Vie de famille**

46. La famille, dans ses diverses formes et modalités, constitue un environnement essentiel pour le bien-être, la protection et le développement des enfants et des adolescents. Il est nécessaire de reconnaître diverses formes de famille pour garantir la protection et la promotion des droits de tous les enfants et adolescents sans discrimination aucune.

47. Un environnement familial sûr et propice au développement est indispensable pour permettre aux adolescents de tirer pleinement profit de leurs capacités et de parvenir en bonne santé à l'âge adulte. Par conséquent, il est très important, pour la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, que les familles soient soutenues. Les États devraient élaborer des politiques et mettre en place des services qui soutiennent les familles et renforcent leurs capacités en matière d'éducation pour que tous les enfants puissent vivre dans un environnement familial sain.

48. Les politiques destinées à protéger les familles et les valeurs familiales ne devraient pas prévoir de mesures qui portent atteinte aux droits de l'homme de certains membres de la famille, notamment les femmes, les adolescents et les jeunes enfants<sup>27</sup>. Les approches de ce type peuvent être nuisibles car cela pourrait amener, au nom de la tradition, à tolérer ou à

<sup>25</sup> Voir les articles 19, 37 et 39 de la Convention relative aux droits de l'enfant et l'observation générale n° 13 (2011) du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence.

<sup>26</sup> Observation générale n° 13 du Comité des droits de l'enfant, par. 63.

<sup>27</sup> Voir A/HRC/31/37, par. 23.

excuser la violence, à renforcer les inégalités de pouvoir dans les relations familiales et, par conséquent, à priver les adolescents de la possibilité d'exercer leurs droits fondamentaux.

49. Les États devraient prendre des mesures spécifiques pour veiller à ce que les adolescents handicapés puissent jouir de leur droit à la vie familiale et ne soient pas retirés de leur famille contre leur gré. Les États devraient faire en sorte que les parents bénéficient de l'information, de la formation et du soutien nécessaires pour aider les adolescents à atteindre le meilleur état de santé possible.

## **D. Droit à la non-discrimination**

50. Le droit à la non-discrimination est indispensable à la réalisation du droit des adolescents à la santé. La discrimination comprend toute distinction, exclusion ou restriction qui a pour objet ou pour effet de détruire ou compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, par toute personne, dans des conditions d'égalité, de tous les droits et de toutes les libertés<sup>28</sup>.

51. L'adolescence en elle-même peut être un motif de discrimination ; de nombreux adolescents sont considérés comme dangereux, hostiles ou incapables de prendre des décisions ou sont incarcérés, exploités ou exposés à la violence du simple fait de leur âge. Il arrive que le personnel de santé perpétue la discrimination à l'égard des adolescents en leur refusant des services de santé ou des moyens de contraception ou en ne les traitant pas bien, ce qui peut dissuader les adolescents de demander les soins de santé dont ils ont besoin. Les adolescents appartenant à des groupes marginalisés, comme les filles, les adolescents issus de minorités raciales ou ethniques, les adolescents autochtones, les adolescents homosexuels, bisexuels, transgenres ou intersexués, les adolescents réfugiés et les adolescents handicapés sont exposés à un risque accru d'exclusion.

52. Pour garantir l'égalité réelle, les États doivent prendre des mesures spécifiques afin d'atténuer ou d'éliminer les conditions qui engendrent de la discrimination<sup>29</sup> en mettant en place une législation et des politiques globales, ainsi qu'en prenant des mesures d'action positive, de sorte à atténuer ou à supprimer les obstacles structurels et les raisons historiques qui donnent lieu directement ou indirectement à une discrimination à l'égard d'un groupe d'adolescents quel qu'il soit, pour quelque raison que ce soit.

## **E. Participation**

53. Les normes internationales relatives aux droits de l'homme disposent que toute personne a le droit de participer librement, activement et de manière constructive aux décisions qui ont une incidence sur sa vie<sup>30</sup>. Plus particulièrement, en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les États sont tenus de veiller à ce que le droit des individus et des groupes de participer au processus de prise de décisions susceptibles d'influer sur leur santé et leur développement fasse partie intégrante de tous les programmes, politiques et stratégies pertinents.

<sup>28</sup> Voir observation générale n° 18 (1989) du Comité des droits de l'homme relative à la non-discrimination.

<sup>29</sup> Voir observations générales du Comité des droits de l'enfant n° 15, par. 12, et n° 5 (2003), par. 12, relative aux mesures d'application générales de la Convention relative aux droits de l'enfant.

<sup>30</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 21, et Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 25.

### **Droit des adolescents d'être entendus et d'être reconnus comme sujets de droits**

54. Les enfants, y compris les adolescents, n'ont pas l'autonomie complète des adultes, tout en étant des sujets de droits. L'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant traite du statut juridique et social des enfants et reconnaît leur capacité de former leurs propres opinions et de les exprimer librement sur toute question les intéressant et garantit que celles-ci sont dûment prises en considération eu égard à leur âge et à leur degré de maturité<sup>31</sup>.

55. C'est ce que l'on désigne par la notion générale du droit et du principe de participation, qui est fondamentale pour la réalisation du droit des adolescents à la santé, en ce qui concerne à la fois les questions personnelles relatives à leur propre santé et les questions plus larges comme l'élaboration et la mise en place de services de santé. Cela suppose un changement radical dans le statut de l'enfant, traditionnellement considéré comme le bénéficiaire passif des décisions et des interventions des adultes.

56. Afin de garantir la pertinence et l'efficacité des interventions, l'expérience, les préoccupations, les connaissances et la créativité des adolescents devraient être mises à profit dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des législations, politiques, services et programmes pertinents qui touchent leur droit à la santé et au développement, à l'école, dans la communauté, au niveau local et au niveau national<sup>32</sup>. Les mécanismes de consultation à eux seuls ne suffisent pas à assurer le respect du droit d'être entendu et d'être pris au sérieux. Les adolescents doivent bénéficier d'espaces sûrs qui leur permettent de définir eux-mêmes leurs principales préoccupations et de trouver des solutions. Une attention particulière devrait être accordée aux adolescents handicapés, qui ont le droit d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à leur handicap et à leur âge<sup>33</sup>.

### **Droit au respect du développement des capacités**

57. Pendant l'adolescence, le droit d'être entendu et d'être pris au sérieux devient peu à peu le droit de prendre des décisions en toute autonomie concernant ses soins et ses traitements médicaux. Le développement des capacités de l'enfant est un principe de base qui renvoie aux processus de maturation et d'apprentissage par lesquels passent les enfants pour acquérir progressivement des compétences et la capacité de comprendre<sup>34</sup>.

58. L'adolescence est non seulement une période pendant laquelle le développement cognitif est considérablement renforcé, mais elle est aussi associée à une plus grande conscience de soi et des autres et à la capacité de maîtriser des notions complexes et de tenir compte du point de vue des autres<sup>35</sup>. Cette évolution a de grandes incidences sur la capacité des adolescents à assumer un degré de responsabilité croissant s'agissant de prendre des décisions concernant leur droit à la santé.

59. Toutefois, les États continuent bien trop souvent de priver les adolescents du droit de prendre des décisions de manière autonome et en toute confidentialité concernant l'accès

<sup>31</sup> Voir observation générale n° 12 (2009) du Comité des droits de l'enfant relative au droit de l'enfant d'être entendu.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 7, par. 3.

<sup>34</sup> Voir Convention relative aux droits de l'enfant, art. 5, et observation générale n° 7 (2006) du Comité des droits de l'enfant sur la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance.

<sup>35</sup> Sarah-Jayne Blakemore et S. Choudhury, « Development of the adolescent brain : implications for executive function and social cognition », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, n°s 3 et 4 (2006), p. 296 à 312 ; ainsi que Sarah-Jayne Blakemore et Kathryn L. Mills, « Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing ? », *Annual Review of Psychology*, vol. 65 (2014), p. 187 à 207.

aux services de santé, en exigeant que les parents en soient informés ou qu'ils donnent leur consentement. Ces restrictions font que les adolescents sont souvent réticents à utiliser les services dont ils ont besoin, car ils ne veulent pas demander le consentement de leurs parents, ce qui peut conduire au rejet, à la stigmatisation ou à l'hostilité, voire à la violence.

60. Les États sont invités à envisager d'introduire dans leur législation la présomption de compétence de l'adolescent, en vertu de laquelle l'adolescent qui demande, à titre préventif ou urgent, des biens et services de santé, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive, est considéré comme ayant la capacité de bénéficier de ces biens et services. Lorsqu'a été établi un âge minimum à partir duquel l'enfant a le droit de donner son consentement, comme le Comité des droits de l'enfant l'a recommandé, tout adolescent qui n'a pas encore atteint l'âge requis et qui peut démontrer sa capacité de compréhension devrait avoir le droit de donner ou de refuser son consentement. Les États devraient au minimum fixer un âge bien en dessous de 18 ans à partir duquel les adolescents auraient le droit de consentir à des services ou de les refuser sans être assujettis à l'autorisation de leurs parents, de leur tuteur, de leur époux ou de leur compagnon et sans que ceux-ci doivent en être informés. Le droit à des conseils et à des avis est distinct du droit de donner son consentement à un acte médical et ne devrait être assujetti à aucune limite d'âge<sup>36</sup>.

61. Il convient d'accorder une attention particulière aux obstacles que rencontrent les adolescents handicapés, étant donné que leurs opinions devraient être dûment prises en considération eu égard à leur âge et à leur degré de maturité sur la base de l'égalité avec les autres, et qu'ils doivent pouvoir bénéficier d'un système de prise de décisions assistée<sup>37</sup>.

## F. Principe de responsabilité

62. Le principe de responsabilité et ses principales composantes que sont le suivi, l'examen et l'intervention sont indispensables si l'on veut que le droit à la santé ne soit pas qu'un vœu pieux<sup>38</sup>. L'application de ce principe permet de voir si des progrès ont été réalisés ou non ; il permet aux titulaires d'obligations d'expliquer ce qu'ils ont fait et de procéder à des corrections, et aux titulaires de droits, notamment les adolescents, de collaborer avec les titulaires d'obligations pour promouvoir et protéger leurs droits et de demander réparation lorsque des violations se sont produites<sup>39</sup>.

63. L'engagement pris dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030 d'améliorer la reddition de comptes au niveau national et au niveau mondial, y compris en matière de santé de l'adolescent, doit être salué, tout comme l'engagement plus large en faveur de la reddition de comptes pris au titre des objectifs de développement durable. À cet égard, les États devraient veiller à ce que des données solides et dûment ventilées soient collectées en temps voulu et à ce que les lois, politiques et programmes relatifs à la santé des adolescents fassent régulièrement l'objet d'un examen en toute transparence. Les évaluations nationales et les enquêtes publiques sur le droit des adolescents à la santé sont une bonne chose ; elles pourraient être réalisées par des institutions nationales.

64. Les adolescents devraient jouer, en collaboration avec d'autres parties prenantes majeures de la société civile, un rôle actif dans le processus de reddition de comptes. Ils devraient participer activement à l'établissement, aux niveaux national et local,

<sup>36</sup> Observation générale n° 12 du Comité des droits de l'enfant.

<sup>37</sup> Observation générale n° 1 (2014) du Comité des droits des personnes handicapées relative à la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité.

<sup>38</sup> Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant de l'OMS, *Tenir les promesses, mesurer les résultats* (2011).

<sup>39</sup> Helen Potts, *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (2008).

d'indicateurs qui reflètent les points qu'ils considèrent essentiels pour la réalisation du droit à la santé.

65. Pour ce faire, toutes les politiques nécessaires devraient être mises au point et examinées périodiquement dans le cadre d'un processus transparent, avec la participation des adolescents ; elles devraient comprendre des indicateurs et des critères relatifs au droit à la santé<sup>40</sup>. Les indicateurs devraient être ventilés en fonction de différentes catégories, comme celles définies dans les objectifs de développement durable, à savoir l'âge, le niveau de revenu, le sexe, la race, l'appartenance ethnique, le statut migratoire, le handicap et l'emplacement géographique, ce qui permettrait de surveiller l'état de santé des groupes d'adolescents marginalisés (voir objectif 17.18). Les adolescents et les autres acteurs pertinents de la société civile devraient également participer activement aux processus d'examen.

66. Les États devraient veiller à ce que les adolescents aient accès à des voies de recours efficaces en cas de violation de leur droit à la santé, en mettant en place des mécanismes de recours adaptés aux enfants qui soient habilités à se prononcer sur les plaintes formulées par les adolescents ou déposées en leur nom, ainsi qu'en donnant aux adolescents accès à des services juridiques gratuits ou subventionnés et à d'autres formes d'assistance appropriées (voir A/HRC/25/35). En outre, les États devraient mettre en place des voies de recours à caractère préventif qui permettent aux adolescents de contester les refus d'accès aux services de santé<sup>41</sup>.

## IV. Promotion du bien-être affectif et de la santé mentale

### A. Nature et prévalence des problèmes de santé mentale pendant l'adolescence

67. D'après les estimations, dans le monde, chaque année, environ 20 % des 14-24 ans souffrent de troubles mentaux<sup>42</sup>. Le passage de l'enfance à l'âge adulte est une période de vulnérabilité accrue (la moitié des troubles mentaux permanents se manifestent vers l'âge de 14 ans), qui découle en grande partie des changements physiques, psychologiques et émotionnels qui se produisent pendant cette période. Les recherches montrent que la dépression est la principale cause de maladie et d'incapacité chez les adolescents et que le suicide est la troisième cause de décès<sup>43</sup>.

68. Plus généralement, les problèmes de santé mentale peuvent avoir des répercussions sur la santé et le développement des adolescents et sont associés à divers problèmes sanitaires et sociaux aux conséquences préjudiciables, comme la toxicomanie, l'incapacité de nouer des relations, l'abandon scolaire ou l'échec scolaire et la délinquance, ainsi qu'à un risque accru de pauvreté et à des perspectives d'emploi réduites<sup>44</sup>.

<sup>40</sup> Observation générale n° 14 (2000) du Comité des droits économiques sociaux et culturels relative au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), par. 43 f).

<sup>41</sup> Voir *LC c. Pérou* ; *P&S c. Pologne*.

<sup>42</sup> Vikram Patel, Benedetto Saraceno et Arthur Kleinman, « Beyond evidence : the moral case for international mental health », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 8 (2006), p. 1312 à 1315 ; et UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2012 : Les enfants dans un monde urbain* (2012).

<sup>43</sup> OMS, « Adolescents : risques sanitaires et solutions », Aide-mémoire n° 345.

<sup>44</sup> Nations Unies, *Mental Health Matters : Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions*, (2014).

69. Le risque de souffrir de troubles mentaux est accru par la pauvreté et par les difficultés que la personne peut avoir connues pendant l'enfance, comme des violences sexuelles ou psychologiques, du harcèlement ou la perte d'un parent. Les adolescents qui vivent dans des régions ayant récemment été le théâtre d'un conflit ou d'une catastrophe, les adolescents sans abri ou qui vivent dans la rue, les orphelins, les adolescents homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexués et ceux qui ont affaire au système de justice pour mineurs sont également plus exposés. Les adolescents aux prises avec le système de justice pour mineurs souffrent sensiblement plus de troubles mentaux que le reste de la population, puisque environ 70 % d'entre eux a au moins un problème de santé mentale identifiable<sup>45</sup>.

70. Le cadre international des droits de l'homme établit clairement qu'il incombe aux États de promouvoir la santé mentale et le bien-être affectif des adolescents, de fournir des traitements et des soins de santé mentale appropriés et de veiller à ce que la législation relative à la santé mentale reconnaisse pleinement les droits des personnes souffrant de maladie mentale<sup>46</sup>. L'objectif 3.4 des objectifs de développement durable est de réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et de promouvoir la santé mentale et le bien-être. Cet objectif doit être pleinement appliqué aux adolescents.

71. Malgré ces obligations et ces engagements, il est préoccupant de constater que, dans de nombreux pays, la nature et la portée des problèmes de santé mentale chez les adolescents n'est pas connue ou reconnue. Il ressort des informations disponibles que beaucoup d'adolescents considèrent les questions relatives au bien-être affectif comme leur principal problème de santé et qu'ils aimeraient avoir davantage accès à des soins de santé mentale de qualité<sup>47</sup>.

72. Les besoins des adolescents en matière de santé mentale diffèrent de ceux des adultes ; c'est pourquoi des services spécialisés sont nécessaires. Or, les systèmes nationaux de santé offrant des services effectifs, efficaces et adaptés aux adolescents restent l'exception plutôt que la règle. Moins d'un tiers des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire disposent d'un organisme de santé mentale pour les jeunes et la majorité n'ont pas de politique en matière de santé mentale mettant l'accent sur les jeunes<sup>48</sup>. Quand ces dispositifs existent, bien souvent ils ne répondent pas aux critères de qualité et peuvent même être préjudiciables pour la santé et le développement des adolescents. Ceux-ci peuvent être internés pendant une longue période dans des services hospitaliers surpeuplés dans lesquels peu de mesures sont prises pour faciliter leur réadaptation ou leur insertion sociale<sup>49</sup>. Cela constitue une violation des droits de l'homme des adolescents et a pour effet d'aggraver leur état de santé mentale au lieu de l'améliorer.

73. L'autostigmatisation et les attitudes discriminatoires de la société à l'égard de la maladie mentale, les problèmes de confidentialité et le manque général de compréhension sont autant d'obstacles qui empêchent les malades, et en particulier les adolescents, de demander de l'aide ; à cela s'ajoute le manque de services de santé mentale de qualité dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire<sup>50</sup>. Pour les adolescents, l'attitude du

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 24, par. 1) et 2) b), et 6 ; observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels ; E/1995/22-E/C.12/1994/20.

<sup>47</sup> OMS, *La santé pour les adolescents du monde*.

<sup>48</sup> United Nations, *Mental Health Matters*.

<sup>49</sup> Vikram Patel et autres, « Mental health of young people : a global public-health challenge », *The Lancet*, vol. 369, n° 9569 (2007), p. 1302 à 1313.

<sup>50</sup> Amelia Gulliver, Kathleen Griffiths et Helen Christensen, « Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people : a systematic review », *BMC psychiatry*, vol. 10, n° 1 (2010), p. 113.



personnel de santé est plus importante que ses compétences techniques. Les adolescents qui consultent se heurtent souvent à des réponses négatives ou hostiles de la part du personnel médical, ce qui accroît leur réticence à solliciter de l'aide. Dans de nombreux pays, l'attirance pour les personnes du même sexe reste considérée par les médecins comme un trouble mental<sup>51</sup>. Il arrive que l'on fasse subir à des adolescents homosexuels ou bisexuels des interventions thérapeutiques préjudiciables visant à éliminer ou à réprimer leurs instincts sexuels. Ces thérapies ont été déclarées contraires à l'éthique, dénuées de fondement scientifique, inefficaces et, pour certaines d'entre elles, constitutives de torture<sup>52</sup>.

## B. Promouvoir des services de santé mentale efficaces

74. La prévention des problèmes de santé mentale et la promotion du bien-être psychologique pendant l'adolescence devraient être au centre des politiques nationales de santé. Les plans d'action devraient comprendre des programmes d'intervention fondés sur des données factuelles qui soient dotés de ressources suffisantes, qui fassent l'objet d'un suivi et qui visent à renforcer les facteurs de protection des adolescents, de leur famille et des communautés.

75. Par conséquent, il importe en priorité de renforcer la résilience, d'assurer un soutien aux parents, d'amener les adolescents à demander l'aide dont ils ont besoin, de créer des groupes de pairs et un environnement scolaire positifs, de donner aux adolescents des possibilités d'exercer une influence et de prendre des décisions, et de renforcer l'autonomisation et la maturité affective. En outre, de tels programmes peuvent également viser à combattre les comportements à risque comme le harcèlement, les tendances suicidaires, la violence familiale et la toxicomanie.

76. Les modèles reposant sur la surmédicalisation et le placement en institution devraient être abandonnés et laisser la place à des interventions précoces et des solutions communautaires globales et plurisectorielles. Les politiques relatives à la santé des adolescents doivent être élaborées avec la participation de professionnels de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, qui peuvent constituer un réseau souple de services associant les écoles, les dispensaires et les services ambulatoires de santé mentale reposant sur le modèle biopsychosocial fondé sur des données factuelles<sup>53</sup>.

77. Tous les adolescents qui en ont besoin et leur famille devraient pouvoir bénéficier d'interventions psychosociales et de mesures de santé publique d'un bon rapport coût-efficacité, notamment des services de protection sociale, de psychoéducation, de tutorat, d'aide psychologique et de psychothérapie et de formation des parents. Ces mesures visent à améliorer les comportements, à soutenir le développement global, à renforcer les compétences pratiques et à réduire les besoins en médicaments<sup>54</sup>. Les médicaments et l'hospitalisation peuvent être nécessaires dans le cadre du traitement de troubles mentaux complexes, mais ils doivent être utilisés avec précaution. L'école est bien placée pour promouvoir le bien-être affectif et la santé mentale, et prévenir les problèmes de santé mentale, par exemple au moyen de cours d'information sur la santé mentale<sup>55</sup>.

<sup>51</sup> Programme des Nations Unies pour le développement et USAID, « Being LGBT in Asia : China country report » et « Being LGBT in Asia : Cambodia country report ».

<sup>52</sup> A/HRC/29/23.

<sup>53</sup> G. Thornicroft et M. Tansella, « The balanced care model for global mental health », *Psychological Medicine*, vol. 43, n° 4 (2013), p. 849 à 863.

<sup>54</sup> Peter Fonagy et autres, *What Works for Whom ? : A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents* (2014).

<sup>55</sup> « A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems : final report » (2015).

78. Les interventions psychosociales ne sont pas un luxe. Au contraire, lorsqu'elles sont utilisées dans le respect des droits des adolescents et de l'éthique et sur la base d'éléments probants, ce sont des interventions essentielles. De fait, dans sa résolution 65.4, l'Assemblée mondiale de la Santé a noté qu'il existait des données de plus en plus nombreuses sur l'efficacité et la rentabilité de ces approches s'agissant de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux, notamment chez les adolescents. En outre, le Comité des droits de l'enfant encourage vivement les États à adopter ces approches et à les renforcer, conformément aux obligations qui leur incombent en matière de promotion du droit des adolescents à la santé<sup>56</sup>.

79. Les États devraient investir dans des programmes visant à combattre par l'information les croyances dépassées et les attitudes négatives concernant la santé mentale. Des adolescents d'âges et d'horizons divers devraient être consultés dans le cadre de l'élaboration, du développement, de la mise en place et du suivi des services de santé mentale. Des investissements sont nécessaires pour lutter contre la discrimination fondée sur le sexe en matière de santé mentale et pour toucher les communautés marginalisées, qui sont beaucoup plus vulnérables que les autres aux problèmes de santé mentale et qui ont plus de difficultés à accéder à des services.

80. Le droit à la santé mentale doit être soutenu par des cadres juridiques pleinement conformes aux normes relatives aux droits de l'homme, qui fassent obligation de respecter le développement des capacités des adolescents handicapés et leur intégrité physique. Les adolescents handicapés sont exposés à la négligence, à la violence psychologique, physique et sexuelle et à la stérilisation ou à la contraception forcées lorsqu'ils sont internés dans des établissements psychiatriques.

81. Par conséquent, toutes les institutions devraient adopter et publier des principes et normes en matière de soins et établir des mécanismes de signalement et des systèmes de recours efficaces et sûrs qui soient conformes aux normes internationales<sup>57</sup>. Des mécanismes de suivi devraient être mis en place pour que les violations des droits des adolescents commises dans les établissements de soins de santé mentale puissent être dénoncées et pour qu'une réparation puisse être demandée.

82. La vulnérabilité du nombre croissant d'adolescents qui vivent dans des camps de réfugiés ou qui demandent l'asile est préoccupante. Il est rappelé aux États qu'ils sont tenus, en vertu du droit international, de protéger les réfugiés<sup>58</sup> et de leur garantir l'aide nécessaire à la jouissance de leurs droits, y compris le droit de jouir du meilleur état de santé mentale et du plus grand bien-être possibles.

## **V. Droits des adolescents en matière de santé sexuelle et procréative**

### **A. Nature des droits en matière de santé sexuelle et procréative et défis connexes**

83. Un développement sexuel sain requiert non seulement une maturation physique, mais aussi une compréhension des comportements sexuels sains et une vision positive du bien-être sexuel. L'initiation sexuelle peut être un aspect naturel et sain de l'adolescence, et les adolescents ont le droit de bénéficier des outils et de l'information leur permettant

<sup>56</sup> Observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant.

<sup>57</sup> Voir <http://www.unicef.org/french/protection/files/100407-UNGA-Res-64-142.fr.pdf>.

<sup>58</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 22.

d'avoir des pratiques sexuelles sans risques. L'activité sexuelle est largement répandue chez les adolescents, même si les taux varient considérablement. Pourtant, dans le monde entier, les adolescents se heurtent à des discriminations et à des obstacles de taille lorsqu'ils veulent accéder à l'information, aux services et aux biens nécessaires à la protection de leur santé sexuelle et procréative, ce qui donne lieu à des violations de leur droit à la santé.

84. De nombreux adolescents, en particulier les filles et ceux qui se désignent comme lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres, renoncent à s'adresser à des professionnels de santé par crainte de devoir faire face à une attitude moralisatrice qui est le résultat de normes sociales ou de lois qui stigmatisent ou criminalisent leur comportement sexuel. De nombreux adolescents voient leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative également menacés par la violence, notamment la violence sexuelle et la violence institutionnelle, des rapports sexuels non souhaités ou des mariages non désirés, et des pratiques et valeurs patriarcales et hétéronormatives, ce qui renforce les stéréotypes sexistes préjudiciables et les rapports de force inégaux qui empêchent de nombreuses adolescentes de refuser des rapports sexuels ou d'exiger des pratiques sexuelles sûres et responsables.

85. Il importe de mettre en lumière la vulnérabilité des garçons aux violences physiques et sexuelles et à l'exploitation, de même que les importants obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès à des informations et à des services en matière de sexualité et de procréation. Les adolescents intersexués se heurtent souvent à des difficultés particulières en raison des interventions chirurgicales irréversibles et non consenties qu'ils peuvent avoir subies pendant leur petite enfance et à cause de l'évolution naturelle de leur corps<sup>59</sup>. Les discriminations au sein de la famille et de la société et les attitudes discriminatoires de la part des prestataires de soins de santé peuvent les empêcher d'avoir accès aux services de santé, et le manque de connaissances et d'information au sein de la profession médicale entrave encore davantage leur accès à des soins de qualité<sup>60</sup>.

86. Les adolescents handicapés sont souvent soumis à des traitements médicaux forcés, y compris la stérilisation, l'avortement et la contraception, qui peuvent être constitutifs d'actes de torture ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>61</sup>. Les filles handicapées en particulier sont victimes d'actes de violence physique et sexuelle qui atteignent des niveaux démesurément alarmants, et souvent elles n'ont aucun moyen d'obtenir réparation ou d'accéder à la justice<sup>62</sup>. De nombreux prestataires de soins de santé ont une opinion fautive et stéréotypée des personnes handicapées, et partent notamment du principe qu'elles sont asexuées, ce qui les amène à leur refuser l'accès à des informations, des services et des biens en matière de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à une éducation sexuelle complète<sup>63</sup>.

87. Le sida est la deuxième cause de décès chez les adolescents au niveau mondial<sup>64</sup>. Partout dans le monde, les adolescents des groupes de population clefs, y compris les garçons gays ou bisexuels, les adolescents transgenres, les adolescents qui ont des relations sexuelles en échange d'argent, de biens ou de faveurs, et ceux qui se droguent par voie intraveineuse, sont également exposés à un risque plus élevé d'infection par le VIH. Les adolescentes qui vivent dans les pays où le taux de prévalence du VIH est élevé sont particulièrement vulnérables. Ainsi, en 2013, elles représentaient 75 % des nouvelles

<sup>59</sup> A/70/213.

<sup>60</sup> A/HRC/32/44.

<sup>61</sup> A/HRC/22/53.

<sup>62</sup> A/66/230.

<sup>63</sup> Handicap International et Save the Children, *Out from the Shadows : Sexual Violence against Children with Disabilities* (2011), p. 13.

<sup>64</sup> OMS, *La santé pour les adolescents du monde*.

infections en Afrique<sup>65</sup>. En outre, l'inégalité des sexes, les pratiques traditionnelles préjudiciables et les lois répressives relatives à l'âge du consentement sont autant de facteurs qui favorisent l'épidémie<sup>66</sup>. Tous ces adolescents risquent de manière disproportionnée d'être victimes de stigmatisation, de discrimination ou de violence, d'être rejetés par leur famille, d'être traités comme des délinquants et de subir d'autres violations des droits de l'homme lorsqu'ils essaient d'obtenir des services de santé sexuelle et procréative, et notamment de se voir refuser l'accès à des services de santé tels que le dépistage du VIH et des services de conseils ou de traitement dans ce domaine.

88. Les droits en matière de santé sexuelle et procréative sont donc d'une importance cruciale. La santé sexuelle s'entend d'un « état de bien-être physique, affectif, mental et social en rapport avec la sexualité, et pas simplement de l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités<sup>67</sup> ». Le paragraphe 2 f) de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant et le paragraphe 2 de l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes reconnaissent le droit à une sensibilisation et à des services en matière de planification familiale, y compris pour les adolescents, sans aucune discrimination pour quelque motif que ce soit<sup>68</sup>. Cependant, les organes conventionnels des Nations Unies font régulièrement part de leur inquiétude concernant la fourniture d'informations, de services et de biens en matière de santé sexuelle et procréative. Ils affirment également avec force que la santé sexuelle et procréative des adolescents met en jeu un large éventail de droits de l'homme, y compris le droit à la non-discrimination, le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des mauvais traitements, le droit au respect de la vie privée et le droit à l'éducation<sup>69</sup>.

## **B. Fournir aux adolescents des services efficaces en matière de santé sexuelle et procréative**

89. Compte tenu de l'ampleur de ces préoccupations, la cible 3.7 des objectifs de développement durable, consistant à assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, est la bienvenue. Pour atteindre cet objectif, les États devront adopter des politiques de santé sexuelle et procréative globales, non discriminatoires et tenant compte du genre à l'intention de tous les adolescents, et les intégrer dans leurs stratégies et programmes nationaux<sup>70</sup>.

90. Ces politiques devront être conformes aux normes relatives aux droits de l'homme et tenir compte du fait que l'inégalité d'accès des adolescents constitue une discrimination<sup>71</sup>. Tous les adolescents doivent avoir accès en toute confidentialité à des informations, des services et des biens adaptés à leurs besoins et non discriminatoires en matière de santé sexuelle et procréative, notamment à la planification familiale, à des moyens de contraception modernes, à des conseils, à des soins avant la conception, à des soins maternels, à un diagnostic et un traitement des maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'à un avortement médicalisé<sup>72</sup>. Le personnel qui fournit aux adolescents des services en

<sup>65</sup> ONUSIDA et Union africaine, *Émanciper les jeunes femmes et les adolescentes : accélérer la fin de l'épidémie de sida en Afrique* (2015).

<sup>66</sup> E/CN.4/2005/72.

<sup>67</sup> Paul Hunt et Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (2006).

<sup>68</sup> Observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant.

<sup>69</sup> *KL c. Pérou*, CCPR/C/DJI/CO/1 et CAT/C/PER/CO/4.

<sup>70</sup> OMS, *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations* (2014).

<sup>71</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009) sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels.

<sup>72</sup> Observations générales n° 4 et n° 15 du Comité des droits de l'enfant.

matière de santé sexuelle et procréative des adolescents doit être accueillant, s'adapter aux adolescents et ne pas se montrer moralisateur ; le respect de la vie privée et la confidentialité doivent être garantis. Les prestataires de soins de santé devraient également envisager de prévoir des horaires de consultation et des locaux réservés aux adolescents, en particulier pour les services en matière de santé sexuelle et procréative.

91. En outre, les États devraient adopter des mesures visant à sensibiliser les adolescents à leur droit à des services et à des biens en matière de santé sexuelle et procréative, aux niveaux de la famille, de l'école et de la communauté. Les programmes scolaires obligatoires devraient comprendre une éducation sexuelle adaptée à l'âge, globale et inclusive, fondée sur la science et sur les droits de l'homme, et une attention particulière devrait être accordée aux relations, à la sexualité, à l'égalité des sexes, aux caractéristiques relatives à l'identité et au sexe, y compris à la non-conformité de genre, à une parentalité et un comportement sexuel responsables, à la prévention des grossesses précoces et aux infections sexuellement transmissibles<sup>73</sup>.

92. Les États sont vivement encouragés à dépénaliser l'avortement, conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, et à adopter des mesures pour garantir l'accès à des services d'avortement légaux et médicalisés. La pénalisation de l'avortement entraîne un nombre élevé de décès, des problèmes de santé mentale ou physique et des atteintes à la dignité, et constituent des violations de l'obligation incombant aux États de garantir aux adolescentes le droit à la santé. En outre, l'information et les services en matière d'avortement doivent être disponibles, accessibles, de bonne qualité et non discriminatoires, à tout le moins lorsque la vie ou la santé de la mère est en danger, lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste et lorsque le fœtus présente une malformation grave ou mortelle<sup>74</sup>. Toutes les adolescentes doivent avoir accès à des soins après avortement, que l'avortement soit légal ou non.

93. Les mesures de prévention, de soins, de traitement et de soutien exercent entre elles une action synergique qui permet de lutter contre le VIH/sida de manière globale et efficace<sup>75</sup>. Tous les adolescents devraient avoir accès à des tests de dépistage et à des consultations sur le VIH, ainsi qu'à des programmes de prévention et de traitement du VIH fondés sur des données probantes. Les services de santé devraient donner des informations sur le VIH, fournir des tests de dépistage, des services en matière de santé sexuelle et procréative, des moyens de contraception et des préservatifs, et proposer des soins et des traitements pour le VIH, notamment des antirétroviraux et d'autres médicaments, des méthodes diagnostiques et autres technologies adaptées au traitement du VIH/sida, des infections opportunistes et des autres maladies associées, mais aussi une bonne alimentation et un soutien social, spirituel et psychologique, ainsi que l'accès à des soins dans le cadre de la famille ou de la communauté et à domicile.

94. Le Rapporteur spécial déplore l'imposition de traitements visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, notamment les interventions chirurgicales de réassignation sexuelle pratiquées de force sur les jeunes intersexués, les stérilisations et les avortements pratiqués sans consentement sur des filles handicapées, le recours à la chirurgie ou à des traitements hormonaux pour freiner la croissance d'enfants souffrant de troubles du développement ou l'ablation de leurs organes reproducteurs, et l'assimilation de l'identité transgenre et de l'attirance pour les personnes du même sexe à un trouble psychiatrique. Les États devraient éliminer ces pratiques et abroger toutes les lois qui visent

<sup>73</sup> Résolution 70/137 de l'Assemblée générale et *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* (2009) de l'UNESCO.

<sup>74</sup> A/66/254 et A/HRC/32/44.

<sup>75</sup> Observation générale n° 3 (2003) du Comité des droits de l'enfant sur le VIH/sida et les droits de l'enfant.

à punir des personnes en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur expression de genre, ou qui sont d'une autre manière discriminatoires à leur égard<sup>76</sup>. Il faut réformer et moderniser les systèmes nationaux d'information sanitaire pour y inscrire des concepts relatifs aux droits de l'homme et des variables, comme le fait d'être lesbienne, gay, bisexuel et intersexué<sup>77</sup>.

## **VI. Adolescents, consommation de substances psychoactives et lutte contre les drogues**

### **A. Substances consommées à l'adolescence et problèmes connexes**

95. L'adolescence est une période de prise de risques et d'expérimentation pendant laquelle les personnes sont plus susceptibles qu'à un autre moment de leur vie de commencer à consommer des substances psychoactives. Les risques d'atteintes à la santé liées à la consommation de drogues sont plus élevés à l'adolescence, et il y a plus de risques de dépendance lorsque la consommation débute à l'adolescence plutôt qu'à l'âge adulte. Les substances les plus couramment consommées sont l'alcool, le tabac et les solvants. La consommation de drogues illicites, en particulier de cannabis, est également courante et, ces dernières années, de nouvelles substances psychoactives non réglementées sont devenues un sujet de préoccupation majeur<sup>78</sup>.

96. En dehors des pays à revenu élevé, les données relatives à la consommation de substances psychoactives par les adolescents et aux problèmes de santé qu'elle entraîne sont insuffisantes. Il y a de grandes différences entre les pays et en leur sein, entre les adolescents et leurs aînés, et entre les groupes d'adolescents. Par exemple, la consommation excessive occasionnelle, en particulier d'alcool, est plus répandue chez les jeunes<sup>79</sup>. Par rapport aux adultes, les adolescents ont un accès limité aux services ; par exemple, le fait d'être mineur peut leur interdire l'accès à certains services. Les plus exposés à des problèmes liés à la consommation de drogues sont les adolescents des rues, ceux qui ne vont plus à l'école, ceux qui ont vécu des traumatismes, ont connu l'éclatement de leur famille ou ont subi des violences, et ceux qui vivent dans des familles touchées par la toxicomanie. Les filles sont plus exposées que les garçons à certains problèmes, notamment à l'infection par le VIH, en raison à la fois de la transmission par voie sexuelle et de pratiques d'injection à risque. Compte tenu de ces facteurs, il faut des efforts concertés pour recueillir des données dûment ventilées, afin de mieux comprendre les formes de vulnérabilité, de sorte que les services puissent être ciblés et dûment financés.

97. Outre la consommation, la participation des adolescents à la production et au commerce de substances psychoactives est lourde de conséquences pour leur santé physique et mentale. Les adolescents participent à toutes les étapes des chaînes d'approvisionnement en drogues licites et illicites. En ce qui concerne les drogues illicites, les adolescents peuvent non seulement être exposés à des formes de travail dangereux mais aussi être victimes de la criminalité organisée, de violence et des opérations de lutte contre la drogue. Il faudrait faire davantage de recherches sur les conséquences pour la santé des adolescents de la production de drogues et de la violence liée au marché illicite de la drogue.

<sup>76</sup> Voir A/HRC/22/53 ; CRC/C/RUS/CO/4-5 ; CRC/C/GAM/CO/2-3, par. 29 et 30 ; CRC/C/CHE/CO/2-4, par. 42 et 43.

<sup>77</sup> Résolutions CD50.R8 et CD52.R6 de l'Organisation panaméricaine de la santé.

<sup>78</sup> ONUDC, *Rapport mondial sur les drogues 2015* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.15.XI.6).

<sup>79</sup> OMS, *Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé 2014*.

98. Les problèmes liés à la consommation de drogues et à l'implication dans le commerce de la drogue ne peuvent être dissociés de l'action des États. Les faits montrent que la répression et les sanctions n'ont pas permis de limiter efficacement la consommation et l'offre de drogues<sup>80</sup> et qu'elles ont eu des conséquences négatives, dont la violence et la corruption<sup>81</sup>. La pénalisation de la consommation de drogues et de la possession de drogues pour son usage personnel, la tenue de registres de consommateurs et les violences policières dissuadent les jeunes de faire appel aux services de santé. Les programmes de prévention et de sensibilisation qui mettent l'accent sur la tolérance zéro créent un environnement où les adolescents risquent d'être moins enclins à demander des informations sur les préjudices liés à la consommation. En outre, certains adolescents sont privés de leurs parents, parce que ceux-ci ont été victimes de violence liée à la drogue ou parce qu'ils sont incarcérés pour une longue période pour des infractions non violentes, ce qui a d'importantes conséquences pour leur santé mentale.

## **B. Fournir des services appropriés pour combattre la consommation de substances chez les adolescents**

99. Les États devraient adopter des mesures appropriées pour protéger les enfants contre l'usage de drogues illicites et prévenir leur implication dans le trafic<sup>82</sup>. Cependant, cela doit s'inscrire dans le contexte des protections offertes par la Convention relative aux droits de l'enfant et des autres obligations relatives aux droits de l'homme<sup>83</sup>. Presque tous les États ont des obligations en vertu des trois conventions des Nations Unies relatives au contrôle des drogues, qui doivent être interprétées conformément aux obligations parallèles en matière de droits de l'homme<sup>84</sup>. La Convention-cadre pour la lutte antitabac contient des dispositions spécifiques qui visent à protéger les enfants et les jeunes, et qui complètent le droit à la santé.

100. Les États devraient offrir, sans discrimination, des services de prévention, de réduction des risques et de traitement de la dépendance, et allouer des fonds suffisants à la réalisation progressive du droit à la santé. Il ne s'agit pas là de stratégies qui se font concurrence ou qui peuvent se substituer les unes aux autres, mais des composantes nécessaires d'une approche globale visant à permettre aux adolescents de solliciter les services de santé et les informations auxquels ils ont droit. Tous ces services devraient respecter les critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

101. En ce qui concerne la prévention de la consommation de substances psychoactives, les enfants et les jeunes devraient avoir accès à des informations exactes et objectives<sup>85</sup>, qui devraient être disponibles sous des formes faciles à comprendre ou en braille. On sait qu'il n'est pas efficace de faire peur ou de désinformer, alors qu'en renforçant la résilience et la confiance tout en ciblant les personnes qui présentent un comportement à risque, on obtient des résultats prometteurs. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

<sup>80</sup> Louisa Degenhart *et al.*, « Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use : findings from the WHO World Mental Health Surveys », *PLOS Medicine*, vol. 5, n° 7 (2008) ; Commission européenne, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction and Rand Europe, *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007* (2009).

<sup>81</sup> E/CN.7/2008/CRP.17.

<sup>82</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 33.

<sup>83</sup> Damon Barrett et John Tobin, « Article 33 : protection of children from narcotic drugs and psychotropic substances », dans *A Commentary to the United Nations Convention on the Rights of the Child*, John Tobin et Philip Alston, éd. (Oxford University Press, à paraître).

<sup>84</sup> Voir A/65/255, par. 13.

<sup>85</sup> Voir CRC/C/GUY/CO/2-4, par. 50 d) ; CRC/C/ALB/CO/2-4, par. 64 b) ; CRC/C/ROM/CO/4, par. 71 ; CRC/C/SWE/CO/4, par. 49 a) ; CRC/C/BGR/CO/2, par. 50.

(ONUDC) a publié des orientations relatives aux normes en matière de prévention de l'usage de drogues<sup>86</sup>, qui serviront à l'élaboration de politiques et de programmes de prévention.

102. La prévention ne saurait justifier des atteintes disproportionnées aux droits des adolescents, notamment à leur droit au respect de la vie privée, à l'intégrité physique et à l'éducation. Les États sont invités à continuer à limiter et, si nécessaire, à interdire la publicité pour l'alcool et le tabac, qui cible trop souvent les jeunes.

103. Le traitement de la toxicodépendance doit être adapté aux besoins spécifiques des adolescents. Les adolescents ne doivent en aucun cas perdre leurs droits en matière de participation, y compris parce qu'ils consomment des drogues ou sont dépendants. Ils ont le droit d'être entendus lorsqu'ils expriment leur opinion concernant leurs soins de santé, et de donner leur consentement à un traitement, compte tenu du développement de leurs capacités<sup>87</sup>. Ils doivent avoir accès à des conseils et des informations en toute confidentialité sans le consentement de leurs parents. Tous les centres de détention pour toxicomanes où des adolescents sont détenus arbitrairement et subissent une extrême violence doivent être fermés.

104. Les services conçus pour les adolescents qui s'injectent des drogues et visant à réduire les risques liés au VIH font cruellement défaut, les obstacles à l'accès à ces services – notamment les limites d'âge fixées par la loi – sont nombreux, et la plupart des pays ne disposent pas de données sur la consommation de drogues injectables chez les enfants et les jeunes<sup>88</sup>. Des directives techniques relatives à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'au soutien à apporter aux jeunes qui s'injectent des drogues ont été élaborées<sup>89</sup>; elles devraient servir de bases pour l'action des États en la matière.

105. On ne peut que se féliciter du débat international croissant et des efforts faits par certains États pour trouver des solutions de substitution aux politiques punitives ou répressives visant à lutter contre la drogue, notamment via la dépénalisation et la réglementation.

## VII. Conclusions et recommandations

106. **En investissant dans le droit des adolescents à la santé, on peut à la fois tirer un énorme parti des investissements positifs faits dans l'enfance, tout en se donnant la possibilité de corriger les effets de premières expériences négatives et de renforcer la résilience de l'adolescent pour limiter les problèmes futurs.**

107. **Lors de l'élaboration de leurs politiques de santé et des autres politiques visant à investir en faveur des adolescents, les États devraient être guidés par le principe selon lequel l'adolescence est une période de développement pendant laquelle la capacité à prendre des décisions en toute indépendance s'accroît. Si les adolescents doivent être protégés contre la violence, l'exploitation et d'autres difficultés, la nature de cette protection et sa mise en œuvre doivent tenir compte de l'émergence de nouvelles compétences et de l'évolution des capacités tout au long de cette période de la vie.**

108. **Les États devraient investir dans l'autonomisation des adolescents en respectant leurs droits et leur autonomie, en reconnaissant leurs capacités et en**

<sup>86</sup> <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

<sup>87</sup> Observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant.

<sup>88</sup> Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2012* (2012), p. 140.

<sup>89</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO\\_HIV\\_2015.10\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf?ua=1).



investissant en faveur de leur santé et de leur résilience. Toutes les initiatives portant sur la santé physique, mentale et sexuelle des adolescents doivent être mises en œuvre dans le respect des obligations internationales en matière de droits de l'homme, compte tenu de l'opinion des adolescents et selon des approches fondées sur des données factuelles.

109. Les politiques et les services visant à soutenir les familles sont un élément très important des efforts faits par les États pour que les adolescents s'épanouissent et deviennent des adultes responsables et en bonne santé. Il importe à cet égard de respecter et de protéger les droits de l'homme de tous les membres de la famille et d'éviter toute mesure qui porterait atteinte aux droits de certains membres de la famille, notamment à ceux des adolescents.

110. Le Rapporteur spécial tient à lier ses recommandations à l'appel mondial à faire du doublement de l'investissement en faveur de l'adolescence une condition préalable majeure à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des objectifs de développement durable.

111. À cet égard, il recommande aux gouvernements :

a) De s'acquitter de l'obligation fondamentale qui leur incombe de reconnaître les adolescents comme des titulaires de droits, en respectant leurs capacités évolutives et leur droit de participer à la conception, à l'application et à l'évaluation de l'ensemble des politiques et des services qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être ;

b) D'éliminer tous les obstacles juridiques à l'accès aux installations, aux biens et aux services de santé, comme les lois relatives au consentement qui portent indûment atteinte au droit des adolescents d'être entendus et d'être pris au sérieux et, en définitive, à leur droit de prendre des décisions en toute autonomie ;

c) De veiller à ce que des données de qualité, dûment ventilées, soient recueillies en temps utile pour faciliter la formulation des politiques publiques et mettre en évidence la réalité vécue par les adolescents et leurs besoins ;

d) D'adopter un cadre relatif aux droits de l'homme pour la santé des adolescents, en veillant à ce que les plans et les stratégies de santé donnent la priorité à une approche globale qui s'attaque aux déterminants fondamentaux et sociaux et assure l'équilibre entre la fourniture de services curatifs et l'investissement en faveur de la résilience et de l'autonomie des adolescents ;

e) De garantir que les systèmes de santé sont adaptés à l'ensemble des besoins psychosociaux et des besoins de santé des adolescents, et d'adopter une approche intégrée et multisectorielle couvrant les domaines de la protection sociale, de la protection de l'enfance et de l'éducation ;

f) De veiller à ce que les services de santé soient fournis d'une manière qui respecte le droit des adolescents au respect de la vie privée et à la confidentialité, qui réponde à leurs besoins et à leurs attentes sur le plan culturel et qui soit conforme aux normes déontologiques ;

g) De veiller à ce que les professionnels qui fournissent des services de santé et d'autres services aux adolescents, notamment les travailleurs sociaux et les éducateurs, n'entravent pas l'accès aux établissements, aux biens et aux services de santé, en luttant contre les attitudes et les comportements relevant de la discrimination et de la stigmatisation au moyen de campagnes d'information et de sensibilisation ;

h) De veiller à ce qu'un ensemble de services de santé de base, notamment en matière de santé mentale et de santé sexuelle et procréative, soit accessible aux adolescents gratuitement, et de lever les obstacles concrets que constitue la facturation des frais aux usagers, en vue d'élaborer une gamme de services de base pour adolescents, dans le cadre de leur engagement en faveur d'une couverture de santé universelle ;

i) D'assurer une protection contre toute ingérence ou atteinte de la part d'acteurs non étatiques et de tiers, y compris de prestataires de services privés, en veillant à ce que ceux-ci ne compromettent pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé et d'autres services, installations et biens destinés aux adolescents ;

j) De protéger les adolescents contre la violence et la négligence, y compris dans le cadre familial, notamment en défendant leur droit à bénéficier de services et de conseils en toute confidentialité, sans le consentement de leurs parents ;

k) De prendre les mesures nécessaires pour soutenir les familles, notamment au moyen de la formation et de services, afin d'accroître la capacité des parents d'élever les enfants et les adolescents avec compétence et en toute confiance, et de renforcer leur capacité à gérer les situations de manière non violente ;

l) D'aider les institutions nationales de défense des droits de l'homme à procéder à des évaluations nationales ou à des enquêtes publiques dans le domaine du droit des adolescents à la santé.

112. En ce qui concerne la santé mentale, le Rapporteur spécial recommande aux gouvernements :

a) D'élaborer et de mettre en œuvre, conformément à la cible 3.4 des objectifs de développement durable, une politique nationale sur la santé mentale des adolescents qui favorise le développement d'un éventail de services préventifs et curatifs, en consultation avec les adolescents, et qui tienne compte de leurs droits et de leurs besoins ;

b) De mettre en place un système de services de santé mentale pour les adolescents qui soit intégré dans les infrastructures locales de santé, d'enseignement et de protection sociale ;

c) De concevoir et de mettre en œuvre des interventions psychosociales locales qui soient éthiques, adaptées aux adolescents et compatibles avec les droits des adolescents et fondées sur les éléments disponibles, afin de rendre ces services accessibles et acceptables et d'éviter le placement en institution et l'utilisation excessive de psychotropes ;

d) D'assurer le contrôle, par un organisme indépendant, des établissements de santé mentale qui fournissent des services aux adolescents atteints de troubles mentaux, y compris de déficiences psychosociales ou intellectuelles, afin que les normes établies par le Comité des droits des personnes handicapées soient progressivement mises en œuvre.

113. En ce qui concerne les droits en matière de santé sexuelle et procréative, le Rapporteur spécial recommande aux gouvernements :

a) D'adopter, conformément à la cible 5.6 des objectifs de développement durable, une politique globale de santé sexuelle et procréative pour tous les adolescents ou d'intégrer une telle politique dans les stratégies et programmes nationaux, afin de garantir un accès universel aux services de santé sexuelle et procréative ;

b) De dépénaliser l'avortement et de garantir à tous les adolescents un accès en toute confidentialité à des informations, des services et des biens adaptés à leurs besoins et non discriminatoires en matière de santé sexuelle et procréative, notamment à la planification familiale, à des conseils, à des soins avant la conception, à des soins maternels, à un diagnostic et au traitement des maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'à des moyens de contraception modernes, y compris la contraception d'urgence, l'avortement médicalisé et des services de soins après avortement ;

c) De veiller à ce que les services de santé sexuelle et procréative soient accueillants, adaptés aux adolescents et non moralisateurs, et garantissent le respect de la vie privée et la confidentialité ;

d) De garantir que les adolescents reçoivent, dans le cadre des programmes scolaires, une éducation sexuelle qui soit adaptée à leur âge, complète et inclusive, et fondée sur des données scientifiques et sur les droits de l'homme ;

e) D'abroger les lois qui visent à punir des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, ou qui sont d'une autre manière discriminatoires à leur égard, et de mettre un terme aux pratiques et traitements visant à modifier l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

114. En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives et la lutte contre la drogue, le Rapporteur spécial recommande aux gouvernements :

a) De fermer sans tarder tous les centres de détention pour adolescents toxicomanes, d'offrir, sans discrimination, des services de prévention, de réduction des risques et de traitement de la dépendance, et d'allouer des fonds suffisants à la réalisation progressive du droit à la santé.

b) De rechercher des solutions de substitution aux politiques punitives ou répressives visant à lutter contre la drogue, notamment via la dépénalisation, la réglementation et le contrôle, et de favoriser le débat international sur ces questions, débat dans lequel le droit à la santé doit rester central ;

c) D'utiliser le cadre relatif au droit à la santé pour mettre en œuvre des stratégies de prévention de la consommation de drogues chez les adolescents reposant sur des interventions fondées sur des données factuelles et sur des programmes d'éducation et des campagnes d'information présentant des données exactes et objectives.