

PALAIS DES NATIONS • 1211 GENEVA 10, SWITZERLAND

www.ohchr.org • TEL: +41 22 917 9000 • FAX: +41 22 917 9008 • E-MAIL: registry@ohchr.org

**Questionnaire**

***par la rapporteuse spéciale sur l’élimination de la discrimination à l’égard des personnes touchées par la lèpre et des membres de leur famille, Alice Cruz***

**pour le rapport thématique au Conseil des droits de l'homme (44ème session, juin 2020)**

* Les consultations avec les personnes touchées par la lèpre, les membres de leur famille et leurs organisations sont vivement encouragées.
* Les réponses doivent être précises et compter entre 500 et 1500 mots eu total. Les pièces justificatives peuvent être jointes.
* Merci de bien vouloir envoyer le questionnaire complété par voie électronique à *srleprosy@ohchr.org* **au plus tard le 30 novembre 2019**, en utilisant le titre du courriel : "Soumissions au Questionnaire".

1. Veuillez fournir des informations sur les mesures, y compris les lois, les politiques volontaristes et les partenariats public-privé, prises pour assurer l'élimination de la discrimination de facto et de jure et des stéréotypes préjudiciables aux groupes vivants dans des situations vulnérables. En particulier, veuillez fournir des informations détaillées sur

(a) les mesures prises pour assurer la réduction de la pauvreté, l'autonomisation économique, la participation accessible à la prise de décisions et l'accès équitable aux biens et services publics (santé, éducation, justice), et

(b) les groupes cibles pour chaque mesure prévue ou prise.

2. Veuillez fournir des informations sur les mesures, y compris les lois, les politiques de discrimination positive et les partenariats public-privé, prises pour garantir la non-discrimination, l'égalité et la dignité des personnes touchées par la lèpre et des membres de leur famille et visant à garantir l'accès de ce groupe aux biens et services publics, ainsi que la pleine intégration à tous les niveaux de la société. Veuillez indiquer quels sont les organes, institutions ou organisations de l'État qui les mettent en œuvre.

*Veuillez fournir votre nom et vos coordonnées, y compris votre adresse électronique :*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Veuillez indiquer si vous donnez votre consentement pour rendre publique votre réponse sur les pages Web du HCDH ou dans le rapport au Conseil des droits de l'homme ?* Oui ( ) / Non ( )