



Assemblée générale

Distr. générale
2 avril 2015
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt-neuvième 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 de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, M. Dainius Pūras

Résumé

Dans le présent rapport, soumis en application de la résolution 24/6 du Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial rend compte succinctement des activités qu'il mène depuis son entrée en fonctions en août 2014.

Le rapport fait le point sur les activités du mandat du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, en accordant une attention particulière au cadre du droit à la santé et à l'évolution des contours et du contenu de ce droit. Le Rapporteur spécial évoque ensuite la façon dont il envisage son action future, compte tenu du contexte, des difficultés et des possibilités actuelles, dans l'optique de la pleine réalisation du droit à la santé.

Enfin, le Rapporteur spécial présente ses conclusions et ses observations.



Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–3	3
II. Activités pendant la période couverte par le rapport	4–12	3
A. Communications adressées aux États	4	3
B. Visites de pays	5–6	3
C. Coopération avec le système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales.....	7–11	3
D. Coopération avec les organisations non gouvernementales.....	12	4
III. Vue d'ensemble des activités du mandat (2003-2014).....	13–31	4
IV. Orientations futures: contexte, difficultés et possibilités.....	32–63	7
A. Le traitement axé sur les politiques du droit à la santé	37–48	8
B. Les politiques du droit à la santé: inégalité des rapports de force, stratégies déséquilibrées et autres difficultés	49–63	10
V. Thèmes prioritaires.....	64–118	12
A. La santé dans le monde et le programme pour l'après-2015.....	64–67	12
B. Le droit à la santé et les politiques publiques	68–73	13
C. La santé mentale et le bien-être affectif.....	74–85	14
D. La conception du droit à la santé fondée sur le cycle de vie.....	86–92	16
E. Le droit à la santé des personnes handicapées	93–100	17
F. La violence en tant qu'obstacle majeur à la réalisation du droit à la santé.....	101–109	18
G. Le rôle des parties prenantes.....	110–118	20
VI. Conclusions et recommandations	119–122	21
A. Conclusions	119–121	21
B. Observations	122	22

I. Introduction

1. Le présent document constitue le premier rapport adressé au Conseil des droits de l'homme par le nouveau Rapporteur spécial, M. Dainius Pūras, depuis sa nomination, et le vingt-quatrième rapport thématique soumis par le titulaire du mandat consacré à l'exercice du droit à la santé depuis la création de ce mandat en 2003. Il est présenté conformément à la résolution 24/6 du Conseil des droits de l'homme.

2. Le Rapporteur spécial rend compte succinctement des activités qu'il mène depuis sa nomination, qui recouvrent des communications, des visites de pays et des activités en coopération avec les partenaires du système des Nations Unies et d'autres acteurs de premier plan.

3. Le Rapporteur spécial récapitule les activités du mandat depuis 2003, en accordant une attention particulière au cadre du droit à la santé et à l'évolution des contours et du contenu de ce droit. Il évoque ensuite la façon dont il envisage son action future, compte tenu du contexte, des difficultés et des possibilités actuelles, dans l'optique de la pleine réalisation du droit à la santé. Il présente les principaux thèmes qui seront les priorités des prochaines années. Dans la dernière partie, le Rapporteur spécial présente ses conclusions et ses observations.

II. Activités pendant la période couverte par le rapport

A. Communications adressées aux États

4. Pendant la période considérée, soit entre le 1^{er} mars 2014 et le 28 février 2015, le Rapporteur spécial a adressé 72 communications à 39 États. Au moment de la rédaction du présent rapport, 36 réponses avaient été reçues, soit un taux de réponse de 52 %.

B. Visites de pays

5. Le Rapporteur spécial s'est rendu en Malaisie du 19 novembre au 2 décembre 2014. Il remercie le Gouvernement pour son invitation et pour son hospitalité. Un rapport distinct a été présenté sur cette visite en tant qu'additif au présent rapport (A/HRC/29/33/Add.1). Le Gouvernement a présenté des observations connexes (A/HRC/29/33/Add.2).

6. Le Rapporteur spécial remercie le Gouvernement algérien qui l'a invité à se rendre en Algérie et compte que cette visite aura lieu dans les prochains mois.

C. Coopération avec le système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales

7. Le Rapporteur spécial a pris part à des réunions et des manifestations liées à l'application de son mandat, notamment au cours d'initiation à l'intention des nouveaux titulaires de mandats (3-5 septembre 2014), à la vingt et unième réunion annuelle des titulaires de mandat au titre des procédures spéciales (29 septembre-3 octobre 2014) et à la soixante-neuvième session de l'Assemblée générale (27-30 octobre 2014).

8. Le Rapporteur spécial a également participé en qualité d'expert à la réunion de haut niveau tenue à Genève le 18 septembre 2014 pour le lancement du guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour réduire et supprimer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans.

9. Le Rapporteur spécial a été invité à participer, du 9 au 11 décembre 2014, à la réunion du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), qui s'est tenue à Genève. À cette occasion, il a participé à diverses réunions et manifestations, notamment sur le thème de la réduction des risques.

10. Le Rapporteur spécial a été invité à participer, les 16 et 17 octobre 2014, à un colloque sur les droits des personnes atteintes de handicaps psychosociaux, organisé par le Bureau régional pour l'Europe du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) à Bruxelles.

11. Du 18 au 20 février, le Rapporteur spécial a participé en tant qu'expert au Forum social de 2015, qui s'est tenu à Genève et dont le thème était l'accès aux médicaments dans le contexte du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, y compris les meilleures pratiques à cet égard.

D. Coopération avec les organisations non gouvernementales

12. Le 3 octobre 2014, le Rapporteur spécial a participé à une manifestation sur le thème de l'autisme et des droits de l'homme tout au long de l'existence, organisée par l'ONG Forum for Health et qui a eu lieu à Genève.

III. Vue d'ensemble des activités du mandat (2003-2014)

13. Le mandat du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a été créé à l'origine par la Commission des droits de l'homme en avril 2002 dans sa résolution 2002/31, et a été renouvelé en 2005 par sa résolution 2005/24. À la suite du remplacement de la Commission par le Conseil des droits de l'homme en juin 2006, le mandat a été approuvé et prorogé par les résolutions 6/29, 15/22 et 24/6 du Conseil.

14. Le nouveau Rapporteur spécial a été nommé en août 2014 et ressent comme un privilège la mission qui lui a été confiée d'évaluer la réalisation du droit à la santé au cours des prochaines années. Il utilisera son influence et tous les moyens à sa disposition pour remplir cette mission et contribuer au plein exercice du droit à la santé par tous. Dans son premier rapport au Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial rend compte des activités du mandat, y compris les difficultés et les possibilités, et précise la façon dont il envisage son action future.

15. Au cours des premières années d'existence du mandat, le premier Rapporteur spécial, en collaboration avec le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la société civile et les milieux universitaires, a élaboré un cadre analytique pour le droit à la santé de manière à en faciliter la compréhension et l'application dans la pratique aux politiques, aux programmes et aux projets qui concernent la santé.

16. Le cadre analytique qui a été élaboré consiste en plusieurs éléments essentiels et s'applique de façon générale et intégrée à tous les aspects du droit à la santé, y compris les déterminants fondamentaux et les déterminants sociaux de la santé et l'accès en temps voulu aux soins médicaux appropriés. Le cadre avait pour objet de répondre à la question cruciale du rôle des droits fondamentaux en général, et du droit à la santé en particulier, dans le processus d'élaboration des politiques (voir E/CN.4/2003/58, par. 9). Cette question reste valable aujourd'hui et continuera d'orienter les travaux du Rapporteur spécial.

17. Le premier titulaire du mandat a défini les trois grands objectifs du mandat: promouvoir – et encourager les autres à promouvoir – le droit à la santé en tant que droit fondamental de la personne; préciser les contours et le contenu du droit à la santé; et identifier les bonnes pratiques pour la mise en œuvre du droit à la santé au niveau de la communauté et aux niveaux national et international (voir E/CN.4/2003/58, par. 9). Le Rapporteur spécial de l'époque a analysé ces trois objectifs au moyen de deux thèmes interdépendants: le droit à la santé et la pauvreté, l'accent étant mis sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé; et le droit à la santé et les déterminants que constituent la discrimination et la stigmatisation.

18. Pendant toute la durée de son mandat, l'ancien Rapporteur spécial Paul Hunt a observé une distinction entre les processus d'inspiration judiciaire et les processus centrés sur les politiques. Si les deux stratégies sont étroitement liées et complémentaires, la première vise à promouvoir et à protéger le droit à la santé par l'élaboration de règles et de principes inspirés de la jurisprudence, en créant des recommandations générales à partir des enseignements qui se dégagent du règlement de tel ou tel différend. Les formes judiciaires et quasi judiciaires de responsabilité sont un exemple de cette stratégie. L'ancien Rapporteur a également souligné le fait que la stratégie centrée sur les politiques n'est pas simplement directive, mais impose au contraire aux décideurs l'obligation juridique de faire en sorte qu'un système de santé prévoie des plans d'assurance-maladie complets englobant le secteur public et le secteur privé, des programmes en faveur des personnes défavorisées et de nombreux autres éléments que réclame le droit à la santé. La stratégie fondée sur les politiques n'est pas sans obligations: elle réclame que les décideurs soient soumis à des formes de contrôle judiciaires et non judiciaires.

19. Les activités du mandat ont abordé les difficultés et les potentialités s'agissant de la réalisation progressive du droit à la santé et des obligations qui sont d'effet immédiat. En ce qui concerne les contraintes de ressources et la réalisation progressive, le droit international des droits de l'homme admet que la réalisation du droit à la santé est soumise au principe de réalisation progressive en fonction des ressources disponibles. C'est pourquoi les pays développés sont soumis à des normes plus élevées à l'heure actuelle que les pays en développement. Il reste que tous les États ont l'obligation de réaliser progressivement le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Afin de mesurer les progrès, des indicateurs et des critères doivent être définis, et les travaux du premier titulaire du mandat à cet égard continuent d'être très utiles (voir A/58/427 et E/CN.4/2006/58).

20. Les titulaires de mandat précédents ont exposé en détail les difficultés et les possibilités qui découlent du droit à des services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. À cet égard, les systèmes de santé sont au cœur du droit à la santé et sont un élément fondamental du développement durable, de la lutte contre la pauvreté et de la prospérité économique (A/HRC/7/11, par. 12). Les principes consacrés par la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) restent d'actualité aujourd'hui.

21. Les activités du mandat ont aussi abordé les difficultés auxquelles se heurtent les États pour réaliser leur obligation de veiller à ce que les budgets nationaux prévoient des ressources suffisantes pour la santé, de garantir une répartition équitable des ressources de santé et de renforcer la coopération internationale afin de promouvoir un financement international durable de la santé (voir A/67/302).

22. Les travaux des prédécesseurs du Rapporteur spécial ont souligné que l'une des obligations d'effet immédiat les plus importantes en ce qui concerne le droit à la santé est l'obligation d'éviter toute discrimination¹. Cela signifie que même en présence de

¹ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 43.

contraintes de ressources, cette obligation ne doit pas faire l'objet d'une réalisation progressive. La discrimination et la stigmatisation sont considérées comme des déterminants sociaux de l'exercice du droit à la santé, car les inégalités sociales et l'exclusion influent sur l'état de santé et contribuent à accroître la charge de morbidité supportée par les groupes marginalisés. En outre, certaines affections, comme les maladies mentales ou le VIH/sida, peuvent entraîner une exposition à des formes multiples de discrimination et renforcer les inégalités existantes (E/CN.4/2003/58, par. 59).

23. Les travaux des titulaires de mandat précédents ont souligné la nécessité de respecter, de protéger et de réaliser l'exercice du droit à la santé et d'autres droits connexes des groupes dont la situation paraît vulnérable et qui sont victimes de discrimination en général, y compris dans l'accès aux services de santé.

24. Les travaux antérieurs sur la question de la santé sexuelle et procréative et des droits connexes, notamment sur la mortalité maternelle, ont montré que les droits de l'homme, lorsqu'ils sont appliqués aux politiques de santé publique, peuvent sauver des vies, en garantissant des politiques de santé équitables, sans exclusive, non discriminatoires, participatives et fondées sur les faits (A/61/338, par. 29). La plupart des décès liés à la grossesse et bon nombre de causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sont évitables. Les plus exposés sont les pauvres, les populations rurales et les femmes issues de minorités ethniques ou religieuses ou de populations autochtones. Les femmes et les enfants doivent être placés au centre d'une conception intégrée de la santé sexuelle et procréative et leurs droits doivent être pleinement reconnus.

25. Les activités du mandat ont fait une large place, par ailleurs, aux graves effets préjudiciables que la criminalisation des identités, des comportements et de l'état de santé peut avoir sur le plein exercice du droit à la santé. La criminalisation et les lois restrictives sont inefficaces comme politique de santé publique et favorisent une sous-déclaration des indicateurs de santé. À titre d'exemple, les activités menées ont montré des restrictions juridiques concernant l'accès à des services d'avortement, à une éducation et une information complètes sur la santé sexuelle et procréative, et à des méthodes de contraception et de planification familiale peuvent avoir de graves effets préjudiciables sur l'exercice du droit à la santé. Il ressort des faits observés que ces effets négatifs ne s'étendent pas seulement à l'accès aux biens, aux services et à l'information, mais aussi à l'exercice des libertés et des droits fondamentaux, et à la dignité et à l'autonomie des personnes et des femmes en particulier (voir A/66/254).

26. Les précédents titulaires du mandat se sont également intéressés aux effets négatifs de la criminalisation des relations consenties entre personnes de même sexe, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, de la prostitution et de la transmission du VIH (voir A/HRC/14/20). Ces travaux ont montré que les politiques punitives et la criminalisation ne sont pas efficaces, entravent l'accès aux services de santé, alimentent la stigmatisation et l'exclusion sociales et aboutissent à de piètres résultats de sur le plan sanitaire.

27. Sur la question de la politique menée face aux drogues, les travaux des prédécesseurs du Rapporteur spécial ont montré que le régime répressif du système international actuel, qui vise à l'instauration d'un monde sans drogues, a échoué principalement du fait qu'il ne tient pas compte des réalités de l'usage de drogues et de la toxicomanie (voir A/65/255). Le régime actuel de contrôle des drogues doit réduire la place des politiques axées sur les substances, et l'accent doit être mis davantage sur les droits de l'homme. Il ressort des faits observés que la criminalisation de certains comportements se traduit par une réticence à demander de l'aide, notamment à recourir aux services de santé, problème dont les autorités devraient s'inquiéter. La poursuite de stratégies trop répressives s'est avérée, sur le plan sanitaire, un remède pire que le mal que les autorités souhaitaient enrayer.

28. La question importante de l'accès aux médicaments fait aussi partie des activités du mandat. Les soins médicaux en cas de maladie, la prévention et le traitement des maladies et la lutte contre la maladie reposent en grande partie sur l'accès en temps utile à des médicaments de qualité. En dépit des progrès accomplis, on estime que 2 milliards de personnes n'ont toujours pas accès aux médicaments essentiels. La pauvreté et la réalisation du droit à la santé demeurent intrinsèquement liées; les pays en développement sont ceux qui ont le plus besoin de médicaments mais y ont le moins accès. Des prédécesseurs du Rapport spécial, notamment Anand Grover, ont exposé en détail les différents aspects de la question, dont le rôle et les responsabilités des entreprises pharmaceutiques, l'incidence des lois de propriété intellectuelle et des accords de libre-échange, et la signification et les éléments d'une conception fondée sur le droit à la santé de l'accès aux médicaments (voir A/63/263, A/HRC/17/43 et A/HRC/23/42).

29. Au cours des douze dernières années, les activités du mandat ont aussi consacré une attention particulière à deux autres points clefs du cadre analytique du droit à la santé: le suivi et la responsabilité. Sans suivi et sans responsabilité, toutes les normes et les obligations relatives aux droits de l'homme risquent de rester lettre morte. L'obligation de rendre des comptes est souvent plutôt faible en ce qui concerne le droit à la santé et le système de santé (voir A/63/263). La responsabilité judiciaire a été soulignée par les activités du mandat (voir A/69/299) mais d'autres formes de responsabilité, comme les études d'impact sur la santé, ont aussi été abordées, notamment lors de visites de pays (Ouganda, Roumanie et Suède).

30. D'autres rapports thématiques ont analysé la question de l'exercice du droit à la santé et de déterminants fondamentaux comme l'eau et l'assainissement, la santé au travail, le droit à la santé dans les situations de conflit, les aliments malsains, et le droit à la santé des migrants, des personnes âgées et des personnes atteintes de troubles psychosociaux (y compris la question fondamentale du consentement éclairé).

31. Le Rapporteur spécial estime comme ses prédécesseurs qu'une conception intégrée fondée sur le droit à la santé est nécessaire. Cela recouvre la décriminalisation de l'orientation sexuelle, des identités de genre et de certains comportements et états de santé, ainsi que la création de cadres juridiques et administratifs favorables mettant l'accent sur l'éducation dans le domaine des droits de l'homme, la participation significative et l'autonomisation des groupes cibles; et une action résolue pour réduire la stigmatisation et la discrimination au sein de toute la société.

IV. Orientations futures: contexte, difficultés et possibilités

32. Pour citer des propos de Jonathan Mann, «le cadre des droits de l'homme propose une méthode plus utile, pour analyser les problèmes contemporains de santé publique et y répondre, que n'importe quel autre cadre existant dans la tradition biomédicale à ce jour»². Le Rapporteur spécial gardera ces considérations à l'esprit pour aborder les questions les plus importantes qui relèvent de son mandat.

33. Le droit de toute personne à la santé physique et mentale ne peut être réalisé que par une action concertée et soutenue et une responsabilité commune de tous les acteurs aux échelons national, régional et international. Il nécessite une volonté résolue de réaliser les principes universels des droits de l'homme consacrés par la Déclaration universelle des droits de l'homme et le droit et les normes des droits de l'homme.

² Mann, «Health and human rights. Protecting human rights is essential for promoting health», *British Medical Journal*, n° 312 (1996), p. 924 et 925.

34. À la suite de ses prédécesseurs, le Rapporteur spécial préconisera l'application du cadre du droit à la santé pour renforcer les systèmes de santé, en soulignant la nécessité de placer le bien-être des individus et des populations au centre des politiques de santé. Il observera les processus à l'œuvre dans les systèmes de santé – les façons de faire et les acteurs présents – en accordant une attention particulière à l'accès à l'information, à la participation et aux mécanismes de responsabilité existants (voir A/HRC/7/11, par. 38 à 64).

35. Le Rapporteur spécial continuera d'appliquer une perspective de genre dans le cadre de ses activités, en mettant particulièrement l'accent sur la santé sexuelle et procréative et les droits connexes en tant que partie intégrante du droit à la santé. Il appliquera à ses travaux une optique fondée sur le cycle de vie, en accordant une attention particulière aux besoins des enfants et des adolescents dans la réalisation du droit à la santé, ainsi qu'aux besoins d'autres groupes en situation vulnérable, notamment les personnes handicapées. Il continuera de s'intéresser à la question de l'accès aux médicaments, dont les médicaments essentiels et les médicaments placés sous contrôle et à ses aspects liés aux droits de l'homme.

36. Dans le contexte du débat actuel sur la définition des objectifs de développement durable, la réalisation du droit à la santé revêt une importance primordiale, étant à la fois le préalable et l'aboutissement d'une action efficace pour accomplir ces objectifs et leurs éléments principaux.

A. Le traitement axé sur les politiques du droit à la santé

37. Il existe différentes façons, toutes pertinentes, d'appliquer une démarche fondée sur les droits de l'homme pour améliorer la santé des personnes et des populations, et de promouvoir le droit à la santé dans les pratiques courantes. Une méthode consiste à observer les cadres normatifs, notamment le rôle de la législation et de la procédure judiciaire, ce qui met en évidence l'importance de la justiciabilité du droit à la santé.

38. La méthode que le Rapporteur spécial entend privilégier est ce qu'il appelle le «traitement axé sur les politiques», qui met l'accent sur les politiques de santé et les politiques connexes, y compris l'analyse des tenants et aboutissants des politiques telles qu'elles sont formulées et appliquées. L'objectif sera d'étudier si ces politiques reposent ou non sur les principes des droits de l'homme et une conception moderne de la santé publique, notamment sur des faits scientifiques solides.

39. Le non-respect des principes et des normes universels des droits de l'homme inscrits dans la Déclaration universelle et des éléments apportés par une conception moderne de la santé publique constitue un obstacle de taille à la réalisation effective du droit à la santé. Le Rapporteur spécial utilisera le cadre du droit à la santé pour recenser les bonnes pratiques en ce qui concerne l'application de principes modernes de promotion de la santé. Il soulignera les synergies possibles entre les droits de l'homme et des stratégies modernes de santé publique pour la réalisation du droit à la santé partout dans le monde.

40. L'un des objectifs du Rapporteur spécial consistera à examiner le «décalage de mise en œuvre». La démarche fondée sur les droits de l'homme peut être très efficace pour appliquer des politiques et des pratiques de santé. Cependant, si les principes fondamentaux et les principaux processus et mécanismes du droit à la santé sont bien établis, il subsiste un décalage important entre la formulation des politiques de santé et leur application effective dans la pratique courante. La formulation des politiques de santé peut être satisfaisante dans l'optique du droit à la santé, mais l'application effective de ces politiques continue de poser des difficultés importantes.

41. Trop souvent, l'absence de mise en pratique des principes fondamentaux n'est pas liée à des obstacles financiers, mais est imputable surtout à des comportements manifestés par les acteurs qui ne correspondent pas aux principes des droits de l'homme et de la santé publique. Tout en concentrant son attention sur le «décalage de mise en œuvre», le Rapporteur spécial continuera de mettre en avant les normes et les principes fondamentaux universels des droits de l'homme, de les interpréter et de les relier à la pratique courante, qui suppose d'un investissement effectif dans la santé des personnes et des sociétés.

42. En dépit des nombreux travaux qui ont souligné de façon convaincante la nécessité de se conformer aux principes universels des droits de l'homme et les avantages d'une telle démarche, on continue d'observer une tendance à appliquer et justifier une conception étroite et sélective des droits de l'homme, y compris du droit à la santé. Cette tendance s'est accentuée au cours des dix dernières années et met en cause l'esprit même des normes et des principes universels des droits de l'homme.

43. À titre d'exemple, cette tendance rétrograde a été observée dans le domaine de la santé et des droits de santé sexuelle et procréative, et s'agissant de la discrimination à l'égard de groupes de population vulnérables, dont les enfants, les migrants en situation irrégulière ou régulière, les personnes handicapées et les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres. Le Rapporteur spécial se propose, dans le cadre de ses rapports et du reste de ses activités, de souligner en quoi il est nécessaire et important d'appliquer le principe de l'interdépendance et de l'indivisibilité des droits de l'homme, et en quoi cela est fondamental pour réaliser pleinement le droit à la santé.

44. Le Rapporteur spécial s'inquiète de ce que cette tendance à opter pour un traitement sélectif des droits de l'homme exerce ses effets les plus préjudiciables sur les groupes de population qui font l'objet d'une discrimination de droit ou de fait. Ces groupes sont en butte à l'exclusion sociale, à la stigmatisation et aux humiliations, ce qui a une incidence néfaste sur leur état de santé. Ils sont souvent privés d'accès à l'aide sanitaire et aux services de soins dont ils ont besoin, et de participation effective aux processus qui les concernent. Ce sont ces groupes qui ont le plus besoin de services de santé de qualité qui respectent les droits de l'homme, du fait précisément de leur situation.

45. Cette dérogation aux principes universels des droits de l'homme et cette conception sélective, en négligeant ou en ne traitant pas suffisamment un ou plusieurs droits d'un groupe de population, renforcent le cycle de la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale, la discrimination et la violence, et ont, à plus long terme, des conséquences néfastes pour la santé et le développement de la société en général.

46. On recense partout dans le monde de bonnes pratiques sanitaires qui apparaissent quand sont utilisés des programmes culturellement et socialement adaptés, qui mobilisent et autonomisent les individus, les familles et les groupes. Ces pratiques remettent en cause le cloisonnement habituel entre la santé, l'éducation, l'action sociale et d'autres secteurs. Il est ainsi possible d'établir des programmes efficaces pour permettre un appui local en matière de prévention de la violence, en particulier celle qui s'exerce à l'égard des femmes et dans la famille. Des initiatives locales et des activités préventives de quartier peuvent aussi être conçues pour conseiller les nouveaux parents, en mettant l'accent sur les relations parentales avec les enfants. Un appui aux activités de planification familiale peut aussi être prévu pour empêcher les grossesses précoces ou involontaires en offrant une éducation et une information complètes sur la sexualité, et en donnant accès à une gamme diverse de moyens de contraception.

47. La coopération entre secteurs peut aussi être utile pour faciliter l'accès à l'enseignement préscolaire, en particulier celui des enfants de familles à risque, et préparer la collectivité à accepter et intégrer les enfants et les adultes handicapés dans tous les domaines de la vie courante. Cette stratégie peut aussi offrir aux adolescents et aux jeunes

des moyens d'échapper à la violence juvénile en les associant à des programmes locaux qui soutiennent des centres de loisirs pour personnes âgées, contribuant au renforcement des liens entre générations et améliorant la qualité des relations humaines en général.

48. Le «traitement axé sur les politiques», appliqué efficacement, crée des possibilités intéressantes d'innovation sociale par l'autonomisation des individus, des familles, des groupes et de la société en général. En utilisant des conceptions modernes de la promotion de la santé et de la santé publique, cette démarche peut aussi faciliter la participation significative de toutes les parties prenantes et renforcer les moyens de protection et la résilience des personnes et des populations.

B. Les politiques du droit à la santé: inégalité des rapports de force, stratégies déséquilibrées et autres difficultés

49. L'application de la médecine factuelle et de la science de la santé publique est souvent entravée par le non-respect des faits, ce qui se traduit par des politiques et des pratiques déséquilibrées et sélectives qui font obstacle à la pleine réalisation des droits fondamentaux, y compris du droit à la santé. Une façon d'analyser les difficultés et les chances de réalisation effective du droit à la santé est de montrer la nécessité d'équilibrer les éléments importants de ce droit et d'enrayer les tendances et les incitations qui conduisent à une inégalité des rapports de force et à des politiques et des pratiques inéquitables.

50. Les déséquilibres observés dans les politiques et les pratiques de santé sont souvent la conséquence de luttes de pouvoir; ils résultent et témoignent aussi d'un manque de transparence et de volonté politique de se conformer aux normes et aux principes établis. Ces déséquilibres apparaissent souvent du fait qu'une conception intégrée des droits de l'homme n'ait pas été suivie. Cela est accentué par le déséquilibre des rapports entre les parties prenantes et les groupes d'intérêt dans le secteur de la santé et ailleurs. Ces politiques et ces pratiques sélectives aboutissent le plus souvent à des politiques de santé inefficaces et à des pratiques de soins inefficaces voire nuisibles et à des violations des droits de l'homme.

51. Le Rapporteur spécial est préoccupé par l'existence de politiques et de pratiques déséquilibrées qui compromettent gravement le plein exercice du droit à la santé. Ces déséquilibres peuvent aboutir à une hiérarchie artificielle et à une conception sélective des droits de l'homme privilégiant telle catégorie de droits par rapport aux autres, ou fixant en matière de droits de l'homme des normes différentes pour différents groupes de population. Des déséquilibres et une inégalité des rapports de force sont présents à différents niveaux du système de santé; à titre d'exemple, les soins primaires sont souvent relégués au second plan dans l'allocation des ressources budgétaires par la médecine spécialisée. Ces déséquilibres ont aussi conduit auparavant à des disparités dans les investissements consacrés à la santé physique et à la santé mentale.

1. Nécessité de ne pas hiérarchiser les droits de l'homme

52. Il faudrait tirer les leçons de certaines pratiques antérieures et actuelles qui montrent que toute hiérarchisation des droits de l'homme – le fait d'accorder plus d'importance à tels ou tels droits ou catégories de droits par rapport à d'autres – se solde par des effets préjudiciables et des violations systémiques des droits de l'homme. Les pratiques sélectives privent certains groupes de leurs droits fondamentaux et compromettent la participation significative et l'autonomisation de toutes les parties prenantes. Or la participation et l'autonomisation sont des préalables essentiels pour que les politiques publiques aient des résultats positifs, ce qui est fonction du degré d'attention porté aux personnes vulnérables.

53. Le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme a exposé bon nombre d'exemples de droits économiques, sociaux et culturels qui sont négligés du fait qu'on ne les perçoit pas comme appelant des mesures immédiates, suivant une interprétation erronée du principe de réalisation progressive. Cette tendance à réduire l'importance des droits économiques, sociaux et culturels s'est soldée jusqu'à présent par une conjonction d'effets préjudiciables - pauvreté, inégalités et aliénation - pour de larges secteurs de la population, qui souffrent en conséquence d'un mauvais état de santé et d'un accès restreint aux services de santé.

54. La méthode axée sur le droit à la santé, qui fait partie intégrante d'une démarche fondée sur les droits de l'homme, s'est révélée au cours des dernières décennies comme un moyen puissant de renforcer les objectifs mondiaux d'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Il est aussi possible de l'utiliser cependant pour surveiller et enrayer les facteurs sanitaires sous-jacents et les tendances présentes dans les systèmes de santé qui peuvent provoquer des violations des droits de l'homme et des répercussions néfastes sur la santé des personnes et des sociétés.

55. À cet égard, le Rapporteur spécial continuera de souligner la nécessité de réduire la pauvreté et les inégalités, sur les plans national, régional et international. À ce titre, il analysera les causes profondes du décalage entre les possibilités et la réalité, entre les faits observés, les politiques et les pratiques et entre les obligations qui s'imposent aux responsables et le respect effectif de ces obligations.

56. Un exemple récent des conséquences néfastes des inégalités est celui de l'épidémie d'Ebola survenue dans des pays d'Afrique occidentale dont les systèmes de santé faibles n'ont pas pu réagir efficacement. Une des leçons de cette épidémie comme d'autres est l'importance de la médecine sociale, qui souligne depuis le XIX^e siècle que bon nombre de maladies et d'épidémies sont des maladies sociales à l'origine; la prévention primaire doit donc analyser suffisamment les déterminants sociaux de la santé et le contexte dans lequel les épidémies apparaissent.

57. La crise de l'Ebola a apporté des enseignements utiles au sujet de bon nombre d'éléments du droit à la santé. Elle a mis en doute nos capacités d'intervention en cas d'urgence aux échelons national, régional et international. Elle a soulevé des problèmes importants tels que l'accès à l'information, la confiance dans les autorités publiques et la sécurité du personnel médical, et nous a rappelé qu'il importe de défendre les droits de l'homme des populations touchées dans le contexte de problèmes de sécurité publique. La crise de l'Ebola a soulevé de nouveau le problème de la responsabilité, y compris sociale, des principaux acteurs, notamment des entreprises pharmaceutiques, et de la nécessité d'une autorité publique forte face aux enjeux sanitaires mondiaux.

58. Un autre exemple de traitement déséquilibré des droits de l'homme consiste à entraver la pleine réalisation du droit à la santé par des restrictions injustifiées de l'exercice des droits civils et politiques. Cette façon de faire peut compromettre l'application des principes de participation et d'autonomisation et sape la contribution essentielle que la société civile peut apporter à promotion de la santé et du bien-être.

59. Il n'y a pas de hiérarchie entre les droits de l'homme, et le fait d'imposer des restrictions ou de porter atteinte, intentionnellement ou non, à quelque droit fondamental que ce soit peut avoir des répercussions néfastes sur la santé et le bien-être des personnes et des sociétés. C'est pourquoi la meilleure façon de «vacciner» les systèmes de santé publique et les processus décisionnels contre tout manquement aux principes et aux normes acceptés est d'appliquer systématiquement une démarche fondée sur les droits de l'homme en pleine conformité avec les principes universels énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les conventions et les instruments relatifs aux droits de l'homme.

2. Équilibrer les principaux éléments du système de santé

60. Un équilibre est indispensable entre tous les éléments principaux des systèmes de santé, notamment pour ce qui concerne les liens entre les soins curatifs et les soins préventifs, de façon que le jeu des rapports de force ne fragilise pas les soins primaires et la médecine préventive. La conception moderne de la santé publique doit être renforcée, et un équilibre approprié entre tous les éléments du système de santé doit être garanti afin que l'exécution des politiques de santé ne soit pas dominée par les programmes verticaux «axés sur les maladies» et les services de soins spécialisés.

61. Un équilibre est indispensable, par ailleurs, entre le rôle du secteur de la santé et celui des autres secteurs dans l'amélioration de la santé des personnes et des populations. Une conception moderne de la réalisation effective du droit à la santé nécessite de prendre en considération la santé dans toutes les politiques. Pour atteindre pleinement des objectifs tels que ceux de réduire la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, d'améliorer la santé mentale, de réduire la charge des maladies non transmissibles ou de promouvoir la santé des personnes âgées, tous les secteurs et toutes les autorités chargées des politiques publiques doivent être associés.

62. Cela ne signifie pas que le rôle du secteur de la santé doive être limité aux soins spécialisés. Bien au contraire, le scénario dans lequel les ministères de la santé se préoccupaient avant tout de répondre aux besoins des services de soins spécialisés n'est plus d'actualité. Le rôle du secteur de la santé est de gagner en importance dans des domaines comme la promotion de la santé, la prévention des problèmes de santé et la protection des droits de l'homme, surtout dans le cadre des services de santé, en prêtant une attention particulière à la situation des groupes marginalisés. S'agissant de promouvoir l'intégration de la santé dans toutes les politiques, le secteur de la santé doit montrer la voie et faire en sorte que les autres secteurs assument leur part de la responsabilité de la santé des sociétés.

63. Compte tenu de ce qui précède, le Rapporteur spécial prévoit d'analyser en priorité les thèmes ci-après.

V. Thèmes prioritaires

A. La santé dans le monde et le programme pour l'après-2015

64. La transition des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable est une occasion privilégiée de revenir sur les résultats et d'évaluer les problèmes qui continuent de peser sur le droit à la santé et le bien-être des personnes et des sociétés. Entre 2000 et 2010, on estime que 3,3 millions de décès par le paludisme ont été évités et que 22 millions de vies ont été sauvées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. L'accès des personnes séropositives aux traitements antirétroviraux a sauvé 6,6 millions de vies depuis 1995. Parallèlement, l'accès aux soins de santé infantile et maternelle n'a cessé de s'améliorer³.

65. Depuis la fin du XIX^e siècle, la science et la pratique de la médecine et de la santé publique ont créé des possibilités immenses d'enrayer les décès prématurés et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et des sociétés. Bon nombre de découvertes

³ *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2014*, cité dans «La dignité pour tous d'ici à 2030: éliminer la pauvreté, transformer nos vies et protéger la planète», rapport de synthèse du Secrétaire général sur le programme de développement durable pour l'après-2015 (A/69/700), par. 17.

scientifiques ont été mises en pratique avec succès, ce qui a permis une augmentation globale de l'espérance de vie, une réduction de la mortalité maternelle et infantile, une lutte efficace contre bon nombre de maladies infectieuses et une amélioration générale de la qualité de vie de la population mondiale.

66. Néanmoins, le niveau actuel des décès évitables chez les nouveau-nés, les enfants moins de 5 ans et les adultes reste inacceptable. La couverture de soins universelle demeure inaccessible à beaucoup. La réalisation du droit à la santé est entravée par bien des facteurs, et la plupart sont liés aux inégalités, et à un traitement sélectif des principes des droits de l'homme et des faits scientifiques existants. On peut, et on doit y remédier avec l'engagement résolu des États et un effort concerté de toutes les parties prenantes.

67. Dans le contexte du programme pour l'après-2015, le cadre du droit à la santé peut constituer un outil analytique et opérationnel utile et efficace pour la transition vers les objectifs de développement durable. Ces objectifs peuvent contribuer pour beaucoup à la réalisation concrète et globale du droit à la santé, si les droits de l'homme sont intégrés judicieusement dans leur formulation.

B. Le droit à la santé et les politiques publiques

68. Les soins primaires doivent être renforcés au XXI^e siècle en tant que pilier fondamental de la médecine moderne et de la santé publique. La Déclaration d'Alma-Ata et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé doivent être réaffirmées et les causes profondes de l'échec relatif par rapport aux objectifs de la «santé pour tous d'ici à l'an 2000» doivent être recherchées.

69. Sans infrastructure solide de soins primaires, tous les progrès de la science moderne et de la pratique de la médecine peuvent être compromis et risquent d'être mal utilisés. Quand la politique de santé choisit de privilégier les services spécialisés, ces derniers opèrent le plus souvent sans les garanties indispensables de déontologie et de droits de l'homme, ce qui se solde par des obstacles dans l'accès aux services des personnes et des groupes qui ont des besoins de santé plus importants ou par une utilisation inefficace de ces services.

70. Le Rapporteur spécial note avec préoccupation que les soins primaires et la conception moderne de la santé publique perdent souvent la bataille des ressources face au modèle biomédical et aux programmes verticaux de traitement de maladies faisant appel aux soins spécialisés. Quand on attribue les ressources aux soins de santé spécialisés, cela peut renforcer l'inégalité des rapports de force et les déséquilibres de financement, qui favorisent souvent des groupes puissants représentant des intérêts particuliers du secteur de la santé. Les États, lorsqu'ils s'acquittent de leur obligation de protéger, de respecter et de réaliser l'exercice du droit à la santé, doivent être conscients de ces déséquilibres et être désireux et capables d'y remédier. Ils doivent aussi prévoir des mécanismes de contrôle indépendant, de tels mécanismes constituant un moyen essentiel de garantir la responsabilité.

71. Si ce n'est pas le cas, l'inégalité et le déséquilibre des rapports de force peuvent conduire à des scénarios dans lesquels: a) la préférence est donnée dans l'allocation des budgets à des technologies biomédicales coûteuses qui ne sont pas nécessairement utilisées d'une manière économique et déontologique; b) les incitations aux pratiques corrompues augmentent du fait que le secteur public fournit des prestations de soins spécialisés coûteuses qui ne bénéficient pas aux plus démunis; c) les filtres (niveaux) des systèmes de santé ne fonctionnent pas convenablement, et les cas légers passent en soins spécialisés, exposant la totalité du système de santé au risque de mauvaise administration des principes de la déontologie médicale et de l'économie de la santé. Cela a des répercussions négatives sur la pleine réalisation du droit à la santé et produit des résultats négatifs sur le plan de la santé publique.

72. L'adoption durable d'une conception moderne de la santé publique ne va pas seulement dans le sens des droits de l'homme, c'est également un moyen efficace de développer et de renforcer la justice sociale et la cohésion sociale. À cet égard, on ne saurait surestimer l'importance de la couverture sanitaire universelle. Il y a eu beaucoup de progrès depuis la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, mais aussi des échecs. La couverture universelle est un aspect central de politiques publiques saines, et sa réalisation dans le monde entier devrait être considérée comme l'un des principaux objectifs du programme pour l'après-2015. Néanmoins, le Rapporteur spécial estime qu'une conception intégrée plus générale est nécessaire afin que nul ne soit exclu, ni en droit, ni en fait, de l'accès à des services de qualité, en particulier ceux dont la situation est vulnérable et qui ont le plus besoin de soins.

73. Tous les acteurs internationaux et nationaux doivent être mobilisés pour réaffirmer et réactiver les décisions de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires et la Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui avaient fait date. Le plein exercice du droit à la santé ne peut être réalisé que moyennant des politiques de promotion de la santé respectueuses des droits de l'homme et culturellement pertinentes qui permettent aux personnes de prendre davantage le contrôle de leur vie et de vivre mieux et en meilleure santé.

C. La santé mentale et le bien-être affectif

74. Le clivage historique, tant dans les politiques que dans les pratiques, entre la santé mentale et la santé physique a abouti malheureusement à un isolement, une marginalisation et une stigmatisation des soins de santé mentale sur les plans politique, professionnel et géographique.

75. La conception moderne de la santé mentale en santé publique, qui est apparue sur la scène mondiale à la fin du XX^e siècle avec une masse critique de nouvelles preuves de l'importance de la santé mentale et de l'efficacité des stratégies intégrées, se heurte encore à des obstacles immenses. Il est regrettable que, dans bien des pays et des régions du monde, des soins modernes de santé mentale ne soient toujours pas offerts. De plus, dans les pays qui ont les moyens de consacrer des ressources aux services de santé mentale, ces ressources sont souvent utilisées pour financer des établissements psychiatriques isolés de la société où les services assurés sont stigmatisants et ne respectent pas les droits de l'homme.

76. Le Rapporteur spécial souhaiterait appeler l'attention sur deux messages essentiels de la conception moderne de la santé mentale publique. D'une part, il n'y a pas de santé en l'absence de santé mentale. D'autre part, une bonne santé mentale signifie bien davantage que l'absence d'infirmité mentale.

77. La conception moderne de la santé mentale recouvre un bien-être affectif et social satisfaisant, et des relations saines et non-violentes entre les individus et les groupes, faites de confiance réciproque et de tolérance et de respect pour la dignité de chacun. À cet égard, la promotion d'une bonne santé mentale devrait constituer une priorité transversale dans le contexte du programme de développement durable, dont elle intéresse bon nombre d'éléments, y compris s'agissant de protéger la dignité et des personnes pour garantir à tous l'accès à la santé et pour développer des économies fortes qui profitent à tous; de favoriser l'édification de sociétés sûres et pacifiques et la mise en place d'institutions solides; et de faire jouer la solidarité mondiale au service du développement durable (voir le document A/69/700).

78. Investir dans la bonne santé mentale des enfants et des jeunes, ce n'est pas seulement apporter une contribution importante au développement durable des économies, qui réclame de bonnes aptitudes affectives et cognitives, c'est aussi s'attaquer aux causes profondes de l'intolérance et de l'exclusion sociale et promouvoir des sociétés saines et solidaires.

79. Selon les estimations, les problèmes de santé mentale et les handicaps mentaux représentent 14 % de la charge générale de morbidité⁴. Or, par rapport à la santé physique, la santé mentale est reléguée à tort au deuxième plan, et reçoit des moyens humains et financiers insuffisants.

80. Deux messages principaux ont été adressés à la communauté internationale à la fin du XX^e siècle. Le premier message concernait la place centrale de la santé mentale dans les politiques de santé modernes, étant donné la charge importante des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux. Le deuxième message était que contrairement à la conception antérieure, des mesures efficaces sont possibles pour peu que l'on renonce aux traditions dépassées et que l'on adopte la conception moderne de la santé publique. Au XXI^e siècle, il n'y a pas de place pour des établissements psychiatriques qui reposent sur la stigmatisation et la ségrégation, et il faut, comme l'a dit G. H. Brundtland, «veiller à ce que notre génération soit la dernière à laisser la honte et la stigmatisation prendre le pas sur la science et la raison⁵».

81. Or, plus de dix ans après la publication de l'historique *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, la santé mentale reste l'otage de comportements périmés et de services déficients. Les études montrent que, bien souvent, soit il n'y a pas d'accès du tout aux services de santé mentale, soit ces services sont stigmatisants et portent atteinte aux droits de l'homme⁶.

82. Un des obstacles importants à l'application des principes modernes de santé mentale publique est un manque de volonté politique, notamment à l'échelon international, de reconnaître la place centrale de la santé mentale dans la pleine réalisation du droit à la santé et d'appliquer le principe de parité entre la santé physique et la santé mentale. Le Rapporteur spécial est préoccupé de constater qu'en dépit de preuves manifestes de la charge de morbidité croissante des troubles mentaux, bon nombre d'acteurs importants continuent de marginaliser ce domaine de la santé.

83. La santé mentale mérite beaucoup plus d'attention et doit être intégrée efficacement dans le cadre des objectifs de développement durable par les buts et les étapes se rapportant à la santé et au développement durable. Le nombre élevé de suicides et de tentatives de suicide montre que la santé mentale des personnes et des populations doit être considérée très sérieusement⁷. Des mesures concertées et efficaces doivent être appliquées pour s'attaquer au fond du problème et réduire le nombre de suicides, qui atteignent des taux épidémiques dans nombre de pays. Le Rapporteur spécial continuera d'analyser l'utilité des droits de l'homme pour traiter le suicide et les autres questions de santé mentale en tant que problème de santé publique.

⁴ Estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) consultables à l'adresse http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/.

⁵ *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*: (Genève, Suisse, 2001), p. x.

⁶ Saraceno B., van Ommeren M., Batniji R., Cohen A., Gureje O., Mahoney J., Sridhar D., Chris Underhill Ch., «Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries», *The Lancet*, vol. 370 (2007), p. 1164 à 1174.

⁷ Voir OMS, «Prévention du suicide – l'état d'urgence mondial» (2014).

84. Dans certaines régions, les ressources allouées à la santé mentale sont utilisées inefficacement et principalement pour gérer des grands établissements de traitement psychiatrique au long cours et des hôpitaux psychiatriques isolés de la société. Dans ces établissements, les traitements psychotropes sont trop souvent surprescrits, notamment par mesure de contention chimique, voire par brimade. C'est un exemple de déséquilibre – quand les ressources sont utilisées pour des interventions biomédicales et des mesures de placement institutionnel et non pour le développement d'interventions psychosociales reposant sur la prise en charge communautaire qui répondent mieux aux besoins particuliers des personnes. Ces déséquilibres alimentent des systèmes inefficaces, renforcent la stigmatisation et l'exclusion sociale et conduisent à des violations systématiques des droits de l'homme, qui relèvent parfois de la torture ou de mauvais traitements.

85. Cela témoigne une fois encore de l'inégalité des rapports de force entre les groupes d'intérêt à l'origine des différentes formes de services et d'interventions, et d'un manque de transparence de systèmes de santé mentale où les contrôles et la responsabilité sont insuffisants. Les recommandations de l'OMS sont très claires en ce qui concerne les cinq volets obligatoires de la prise en charge communautaire des personnes atteintes de graves handicaps psychosociaux, qui recouvrent la pharmacothérapie, la psychothérapie, la réadaptation psychosociale, la réinsertion professionnelle et l'emploi et l'aide au logement. Or dans bien des pays, certains de ces volets ne sont pas appliqués⁸.

D. La conception du droit à la santé fondée sur le cycle de vie

86. Il est manifeste que de nombreux enfants meurent trop jeunes de causes évitables ou sont victimes de niveaux élevés de violence et d'insécurité. De ce fait, l'état de santé, la qualité de vie et le bien-être de nombreux individus et groupes et de sociétés entières partout dans le monde restent à un niveau inacceptable. Le Rapporteur spécial estime qu'une démarche fondée sur le cycle de vie peut être utilisée pour recenser les aspects fondamentaux des problèmes et des possibilités qui se présentent s'agissant de réduire les décès évitables et d'améliorer les indicateurs de santé, le bien-être et la qualité de vie.

87. Le Rapporteur spécial prévoit d'examiner les obstacles au droit à la santé en adoptant, entre autres méthodes, une démarche fondée sur le cycle de vie. Cette méthode est utile pour recenser les aspects fondamentaux qui peuvent entraver ou faciliter la pleine réalisation du droit à la santé. C'est à certaines étapes importantes de la vie que le droit à la santé doit être particulièrement protégé car ce sont des périodes où le risque de violations des droits de l'homme, y compris du droit à la santé, est plus élevé. Par ailleurs, les interventions effectuées à ces étapes décisives de la vie dégagent de nouvelles possibilités et de nouveaux éléments protecteurs de la santé. La méthode fondée sur le cycle de vie est potentiellement utile à la prévention des maladies chroniques de l'âge adulte en protégeant efficacement les enfants des troubles associés au début de l'enfance.

88. Conformément à la méthode fondée sur le cycle de vie, le Rapporteur spécial consacrera son prochain rapport thématique aux difficultés, aux perspectives et aux meilleures pratiques eu égard à la promotion du droit à la santé pour les jeunes enfants. Il analysera deux droits interdépendants et indivisibles en rapport direct avec le droit à la santé: le droit à la survie et le droit au développement durant les cinq premières années de vie.

89. Le droit à la survie concerne la prévention de la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans. En dépit des progrès nombreux de la médecine, 6 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année dans le monde. Ces enfants ne décèdent

⁸ Voir OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*.

pas de pathologies inconnues ou incurables; ils meurent en raison de leurs conditions de vie et de celles de leurs parents, et du fait de la mauvaise gouvernance et du manque de responsabilité.

90. La publication du Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans (A/HRC/27/31) en 2014 constitue un effort sérieux pour mettre fin à l'épidémie inacceptable de décès évitables de jeunes enfants. La démarche fondée sur les droits de l'homme est d'une importance décisive à cet égard dans la mesure où la mortalité infantile est étroitement liée aux droits fondamentaux des femmes et à la discrimination généralisée à l'égard des groupes vulnérables de la population.

91. Le droit au développement global est un autre élément tout aussi important du droit à la santé des enfants. Il faut protéger les enfants en promouvant et en protégeant leurs droits économiques, sociaux et culturels. En outre, dès leur naissance, les enfants doivent être considérés comme des citoyens bénéficiant de tous les droits, y compris les droits et les libertés civiles. Le droit à la santé doit être promu non seulement par la prévention de la mortalité et la morbidité infantiles mais aussi par la protection du droit de l'enfant au développement global.

92. La méthode fondée sur le cycle de vie sera aussi utilisée pour examiner le droit des adolescents et des jeunes à la santé; le rôle de la famille et des parents; les questions de santé mentale et les moyens de prévenir la violence en tant que problème de santé publique; et des questions importantes concernant le vieillissement en bonne santé.

E. Le droit à la santé des personnes handicapées

93. L'une des priorités du Rapporteur spécial sera d'examiner le rôle du secteur de la santé et des professionnels de la santé dans l'application des buts ambitieux établis par la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Il souhaite examiner ce rôle en collaboration étroite avec le Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées et d'autres titulaires de mandat et mécanismes des Nations Unies.

94. Les normes de droits de l'homme énoncées par la Convention constituent une bonne occasion de repenser les problèmes hérités des modèles antérieurs et d'abandonner des pratiques de santé qui vont à l'encontre des droits de l'homme et de la conception moderne la santé publique. Une chance inédite et historique se présente de remédier à ces problèmes et à l'utilisation abusive du modèle biomédical.

95. Toutes les personnes handicapées ont droit à la santé, y compris à des services de santé de qualité. À cet égard, les personnes handicapées ne doivent pas subir de discrimination et doivent exercer ce droit dans leur milieu de vie de la même façon que les personnes valides. Le Rapporteur spécial est préoccupé de constater que beaucoup trop souvent, les enfants et les adultes atteints de différentes formes de handicap sont privés du plein exercice du droit à la santé. Il examinera ce problème grave, en accordant une attention particulière aux droits des personnes atteintes de handicaps psychosociaux et intellectuels.

96. La Convention remet en question les pratiques traditionnelles de la psychiatrie, tant au plan scientifique qu'à celui de la pratique clinique. À cet égard, il est particulièrement nécessaire d'examiner les questions liées aux droits de l'homme dans le domaine de la psychiatrie et d'élaborer des mécanismes pour la protection efficace des droits des personnes atteintes de handicaps mentaux.

97. L'histoire de la psychiatrie montre que les bonnes intentions des prestataires de services peuvent conduire à des violations des droits de l'homme des utilisateurs de services. Les arguments classiques qui limitent les droits de l'homme des personnes diagnostiquées avec des handicaps psychosociaux et intellectuels, qui reposent sur la nécessité médicale de fournir à ces personnes le traitement nécessaire et /ou de protéger leur sécurité personnelle ou la sécurité publique, sont aujourd'hui sérieusement remis en question car ils ne sont pas conformes à la Convention.

98. Le Rapporteur spécial estime qu'un dialogue multipartite sérieux concernant les modèles et les pratiques futurs de la psychiatrie est nécessaire pour répondre à la situation qui existe dans nombre de pays où des exceptions, qui autorisent la restriction des droits de l'homme des utilisateurs de service, deviennent malheureusement la règle, et où des personnes atteintes de handicaps psycho-sociaux et intellectuels subissent des violations systématiques ou ponctuelles de leurs droits.

99. Un grand nombre de personnes atteintes de handicaps psycho-sociaux sont privées de leur liberté dans des établissements fermés et sont privées de capacité juridique au motif de leur diagnostic médical. On a là une illustration du dévoiement de la science et la pratique de la médecine, qui montre la nécessité de réévaluer la prééminence du modèle biomédical actuel dans le domaine de la santé mentale. D'autres modèles, axés résolument sur les droits de la personne et les expériences et les relations humaines, et qui tiennent compte des contextes sociaux, doivent être envisagés pour faire avancer la recherche et la pratique actuelles.

100. La question de la responsabilité partagée est d'une importance fondamentale. Des représentants de groupes professionnels de la santé, y compris de la psychiatrie, doivent convenir qu'il est dans l'intérêt de tous de démonopoliser le processus décisionnel et d'établir des mécanismes pour le partage des compétences et des responsabilités entre les acteurs, dont les prestataires et les utilisateurs de service, les décideurs et la société civile.

F. La violence en tant qu'obstacle majeur à la réalisation du droit à la santé

101. La protection contre toutes les formes de violence est considérée comme une question transversale, qui intéresse tous les aspects essentiels de la réalisation du droit à la santé, par le Rapporteur spécial. Comme le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme l'a souligné dernièrement, la violence et les atteintes aux droits de l'homme sont souvent ancrées dans le dénuement et la discrimination subis par des individus et des groupes de population. Ces atteintes n'apparaissent pas spontanément mais «résultent de choix politiques qui limitent les libertés et la participation, et créent des obstacles au partage équitable des ressources et des possibilités»⁹. La violence doit être traitée de façon systématique et active, non seulement en ce qu'elle provoque de graves violations des droits de l'homme, mais aussi en ce qu'elle résulte d'un manque de volonté politique d'investir efficacement dans les droits de l'homme, y compris le droit à la santé.

102. C'est seulement à la fin du XX^e siècle que l'on a commencé de comprendre suffisamment le lien étroit entre la violence et la santé. De façon intéressante, parallèlement au rapprochement de la santé et des droits de l'homme, on a pu observer une tendance analogue au tournant du siècle quand la violence a fini par être reconnue comme un problème de santé publique. En 1996, l'Assemblée mondiale de la santé a déclaré que la

⁹ Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, discours liminaire pour le débat de haut niveau de la vingt-huitième session du Conseil des droits de l'homme, 2 mars 2015.

violence était l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde¹⁰. Depuis lors, le poids de la violence a été étudié et l'efficacité des programmes, notamment pour ce qui est des femmes et des enfants et des initiatives locales, a été évaluée.

103. Il ressort des faits observés qu'en traitant activement la violence comme un problème de santé publique, on se donne des possibilités plus grandes de rompre le cycle de la violence, de la pauvreté et de la détresse, et à plus long terme, de réduire l'incidence de toutes les formes de violence, y compris la violence collective¹¹.

104. Toutes les formes de violence sont nocives et sont préjudiciables à la santé et à l'épanouissement de l'être humain, dès le plus jeune âge. Les épreuves subies par les jeunes enfants, notamment toutes les formes de violence à l'égard des enfants, dont la violence physique et affective et le manque de soins chronique, en l'absence de politiques publiques efficaces pour y remédier, peuvent se solder par des maladies chroniques chez l'adulte qui concernent aussi bien la santé physique que la santé mentale.

105. La démarche fondée sur les droits de l'homme, associée à la conception moderne de la santé publique, appelle l'attention sur le fait que la violence ne doit pas être classée en formes graves et en formes que l'on estimerait «légères» et qui seraient donc perçues comme inoffensives. On risque d'assister autrement à la multiplication de pratiques que l'on justifie comme étant des formes «légères» de violence et que l'on peut donc tolérer voire recommander, à titre d'exemple la violence conjugale envers les femmes, les mutilations génitales féminines ou le placement institutionnel de jeunes enfants.

106. Du point de vue de la santé publique, l'effet cumulatif d'un nombre important de cas de violence «légers» crée une charge plus lourde pour la santé de la population qu'un nombre plus restreint de cas «graves»¹². En tolérant et en justifiant des formes légères de violence, on risque d'ouvrir la voie à de graves atteintes aux droits de l'homme, qui peuvent être d'une gravité extrême et même constituer des atrocités.

107. Aucune forme de violence, y compris la violence collective, ne surgit à partir de rien. La violence est enracinée dans des relations malsaines entre les personnes, et est renforcée par le refus de promouvoir et de protéger des relations humaines de qualité, à commencer par les relations entre les nouveau-nés et les personnes qui en ont la responsabilité principale. Le cycle de la violence est renforcé quand les enfants grandissent, que ce soit au sein d'une famille ou dans un établissement, sans que l'on réponde à leurs besoins essentiels, qui ne recouvrent pas seulement la survie, mais aussi le besoin de se sentir en sécurité et d'exercer ainsi le droit de grandir en bonne santé.

108. Le moyen le plus efficace d'enrayer l'épidémie de violence et différentes formes d'insécurité dans le monde moderne est d'assurer un appui intégré à toutes les formes de cellule familiale, y compris l'accès à l'alimentation, au logement, aux soins de santé et à l'éducation, mais d'apporter des compétences parentales de base. La qualité des relations entre les personnes dans la société est un aspect de plus en plus important pour réaliser le droit à la santé et enrayer le cycle de la violence. Le droit à un milieu sain ne doit pas recouvrir seulement le milieu physique, mais aussi le milieu affectif et psychosocial dans tous les contextes, notamment la cellule familiale, l'école, le lieu de travail, le milieu de vie et la société en général.

¹⁰ Résolution 49.25 de l'Assemblée mondiale de la santé (1996).

¹¹ Voir Etienne G. Krug *et al.* (éd.), «Rapport mondial sur la violence et la santé» (OMS, Genève, 2002). Disponible à l'adresse: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violenceworld_report/en/full_fr.pdf.

¹² Voir Geoffrey Rose, «A large number of people exposed to a small risk may generate many more cases than a small number exposed to a high risk», in *The Strategy of Preventive Medicine* (Oxford University Press, 1992).

109. La résilience et les facteurs protecteurs parmi les individus, les groupes familiaux et les sociétés doivent être soutenus, et il faut investir davantage dans des relations humaines saines, dans le bien-être émotionnel et social et dans le capital social. L'autonomisation de toutes les parties prenantes, sans exception, est un moyen efficace de répondre aux grandes menaces de santé publique et aux violations des droits de l'homme, dont le droit à la santé.

G. Le rôle des parties prenantes

110. Le Rapporteur spécial considère la participation active et éclairée de toutes les parties prenantes comme l'un des éléments majeurs du cadre analytique du droit à la santé. Il est de plus en plus admis et avéré que des rapports descendants entre les gouvernements et les autorités locales et les populations, y compris la société civile, et des relations paternalistes entre le personnel de santé et les usagers des services de santé ne contribuent pas efficacement à la réalisation du droit à la santé.

111. La participation significative de tous les acteurs et l'autonomisation des usagers, en particulier les pauvres et les autres groupes vulnérables, est un préalable indispensable au plein exercice par chacun du droit à la santé et d'autres droits.

112. Les acteurs de la société civile doivent pouvoir mener leur action pour la promotion et la protection des droits de l'homme, y compris le droit à la santé, dans des cadres sûrs et favorables et ne doivent pas être incriminés, stigmatisés ou harcelés de quelque façon que ce soit en raison du travail qu'ils effectuent (voir le rapport du Rapporteur spécial sur la situation des défenseurs des droits de l'homme, A/HRC/25/55). Le Rapporteur spécial est d'avis qu'il existe un lien manifeste et direct entre le cadre d'activité de la société civile dans un pays donné et le degré de réalisation des droits et des libertés fondamentales, non seulement des libertés publiques qui sont nécessaires pour défendre les droits de l'homme, mais aussi des droits spécifiques qui sont défendus. Si les acteurs de la société civile sont harcelés ou persécutés à cause de l'action qu'ils mènent pour défendre et promouvoir le droit à la santé, c'est le symptôme de décalages importants dans la réalisation du droit proprement dit.

113. Il est indispensable de renforcer la confiance et la coopération entre les institutions publiques et les représentants de l'État et les acteurs de la société civile qui représentent le public, y compris les groupes les plus défavorisés de la société. L'importance n'en doit pas être sous-estimée. La société civile joue un rôle clé comme agent de changement, recommande des bonnes pratiques, assure un contrôle indépendant et, bien souvent, procure des services nécessaires. Des partenariats de confiance entre les administrations publiques, les services de santé gérés par l'État et le secteur non lucratif, y compris la société civile, constituent l'un des piliers de systèmes de santé efficaces et agissent comme une garantie de la réalisation effective des droits fondamentaux liés à la santé.

114. Le rôle des médecins et d'autres professionnels de santé est également primordial. Étant donné le changement de conception qui s'opère actuellement, d'une médecine paternaliste et directive à un modèle de partenariat entre les prestataires de santé et les utilisateurs, la profession médicale doit réexaminer certaines de ses positions habituelles. Les professionnels de santé doivent renforcer les pratiques disciplinaires efficaces et les activités de renforcement des capacités au sein de leurs professions de façon à promouvoir les meilleures traditions médicales et à empêcher les fautes déontologiques et les violations des droits de l'homme.

115. L'éducation dans le secteur de santé est un élément important à cet égard. La doctrine du «médecin 5 étoiles»¹³ doit être réaffirmée dans le souci de traduire les valeurs modernes et les constatations scientifiques dans la pratique médicale courante. Les médecins modernes ne doivent pas être seulement de bons cliniciens mais aussi des responsables locaux, des communicants, des décideurs et des gestionnaires efficaces. Cette doctrine devrait être complétée par une démarche fondée sur les droits de l'homme résolue et par les constatations résultant de la conception moderne de la santé publique.

116. Renforcer la dimension des droits de l'homme dans les programmes d'enseignement de la santé serait dans l'intérêt non seulement des utilisateurs de services de santé mais aussi des médecins et des autres professionnels de santé. L'enseignement médical, et aussi la recherche en médecine et en santé, devraient aider à proposer des outils pour remédier aux déséquilibres quand l'inégalité des rapports de force se solde par une prédominance des soins de santé tertiaires, des technologies biomédicales et d'autres composantes d'un modèle biotechnologique exploité à l'excès.

117. Il faudrait réaffirmer la Déclaration d'Édimbourg sur l'enseignement de la médecine¹⁴ et recentrer l'enseignement et la recherche sur les bases de la médecine sociale en utilisant la formation au niveau local et en encourageant les sciences sociales et les méthodes qualitatives, qui ont la même pertinence que les sciences biomédicales et la recherche quantitative. Cela contribuerait à rétablir avec une conception intégrée de la promotion de la santé et du bien-être des individus et des sociétés.

118. Le rôle des entreprises privées, notamment celui des sociétés pharmaceutiques, devrait aussi être souligné. Les travaux des titulaires précédents du mandat ont été décisifs pour souligner leurs obligations dans l'optique du droit à la santé, en particulier les Principes directeurs à l'intention des sociétés pharmaceutiques concernant les droits de l'homme et l'accès aux médicaments (A/63/263, annexe). Le Rapporteur spécial étudiera ces questions dans l'optique de mettre fin aux pratiques inacceptables et aux conceptions fausses qui perdurent.

VI. Conclusions et recommandations

A. Conclusions

119. **En quelques décennies, des progrès mesurables ont été accomplis dans les indicateurs de santé et la réalisation du droit à la santé partout dans le monde. Cela a permis des progrès importants en ce qui concerne les objectifs de développement, et l'adoption dans bon nombre de pays de politiques de santé publique fondées sur les droits de l'homme et sur une conception moderne de la santé publique.**

120. **Par ailleurs, on a assisté ces douze dernières années à une consolidation du cadre du droit à la santé, en partant du rôle essentiel des droits de l'homme dans l'élaboration des politiques. Le Rapporteur spécial compte continuer de contribuer à la pleine réalisation du droit à la santé et des droits connexes en proposant des orientations sur la façon de répondre aux problèmes actuels et de tirer parti des possibilités existantes.**

¹³ Dr. Charles Boelen, «the five-star doctor: An asset to health-care reform?» (OMS, Genève) Disponible à l'adresse: www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf.

¹⁴ Voir résolution 42.39 (1989) de l'Assemblée mondiale de la santé.

121. C'est aux États qu'il incombe au premier chef de garantir un cadre propice à la pleine réalisation du droit à la santé, et des droits connexes. Mais le rôle des autres parties prenantes est déterminant à cet égard.

B. Observations

122. Dans cette optique, le Rapporteur spécial souhaiterait, au début de son mandat, formuler les observations suivantes:

a) Le non-respect des principes et des normes universels des droits de l'homme, inscrits dans la Déclaration universelle, et des éléments apportés par une conception moderne de la santé publique, constitue un obstacle de taille à la réalisation effective du droit à la santé;

b) L'histoire et l'observation des faits montrent qu'une conception sélective des droits de l'homme renforce le cycle de la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale, la discrimination et la violence et compromet le plein exercice du droit à la santé;

c) Les inégalités et la discrimination restent un obstacle fondamental à la pleine réalisation du droit à la santé qui menacent l'épanouissement et la santé des individus et des sociétés;

d) Une ferme volonté politique d'appliquer les principes et les normes des droits de l'homme aux cadres normatifs et aux politiques publiques est indispensable pour remédier aux déséquilibres actuels et à l'inégalité des rapports de force dans la formulation et l'exécution des politiques de santé publique;

e) La participation significative et l'autonomisation de toutes les parties prenantes, et des groupes vulnérables en particulier, doivent être soutenues, et des mécanismes de contrôle et de responsabilité efficaces doivent être prévus pour garantir la pleine réalisation du droit à la santé;

f) L'analyse du fonctionnement et du financement des systèmes de santé, et la nécessité de garantir le droit à des services de santé accessibles, acceptables et de qualité, conservent une importance fondamentale;

g) La conception axée sur les politiques, appliquée avec efficacité et imagination, libère des possibilités intéressantes d'innovation sociale, par l'autonomisation des individus, des groupes humains et des sociétés en général;

h) Le rôle du secteur de la santé devient de plus en plus important, y compris s'agissant de promouvoir et de protéger les droits de l'homme, ceux des groupes marginalisés en particulier. Le secteur de la santé doit montrer la voie dans la promotion du principe de l'intégration de la santé dans toutes les politiques;

i) Le pilier fondamental du système de santé que constituent les besoins en soins primaires doit être renforcé, pour permettre l'utilisation effective des découvertes de la médecine et de la santé publique modernes;

j) Parvenir à la couverture de santé universelle fait partie des objectifs et des processus principaux dans le contexte du programme pour l'après-2015; et les engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Alma-Ata et de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé doivent être réaffirmés et réactivés par toutes les parties prenantes;

k) Il n'y a pas de santé en l'absence de santé mentale. Une bonne santé mentale signifie bien davantage que l'absence d'infirmité mentale. La conception

moderne de la santé mentale recouvre un bien-être affectif et social satisfaisant, et des relations saines et non violentes entre les individus et les groupes, faites de confiance réciproque et de tolérance et de respect pour la dignité de chacun;

l) La santé mentale intéresse bon nombre d'aspects essentiels du programme de développement pour l'après-2015 et de la formulation des objectifs de développement durable; et elle devrait constituer une nouvelle priorité des politiques publiques, traitée à parité avec la santé physique;

m) La promotion et la protection effectives des droits des enfants et des adolescents offrent des potentialités immenses pour la pleine réalisation du droit à la santé dans nos sociétés. Les synergies entre le droit à la survie et le droit à un épanouissement complet doivent déterminer des politiques transversales et des mécanismes de responsabilité;

n) Les droits des personnes handicapées intéressent particulièrement le droit à la santé et doivent être protégés et promus dans l'optique de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. À cet égard, le rôle des services et des professionnels de santé et le rôle du modèle biomédical doivent être réexaminés;

o) En tant que problème de santé publique, la violence doit être traitée de façon concertée par tous les acteurs comme une menace pour les droits de l'homme qui porte atteinte à la santé des individus et des sociétés. Il ne devrait y avoir aucune excuse ni justification à quelque forme de violence que ce soit;

p) Des partenariats de confiance entre les décideurs chargés du secteur de la santé et les acteurs de la société civile, y compris les organisations non gouvernementales, constituent l'un des piliers de systèmes de santé efficaces, et agissent comme une garantie de la pleine réalisation du droit à la santé et des droits connexes.
