



Assemblée générale

Distr. générale
20 avril 2018
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-huitième session

18 juin-6 juillet 2018

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

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

Contributions du cadre relatif au droit à la santé à la mise en œuvre et à la réalisation effectives des objectifs de développement durable liés à la santé

Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

Résumé

Dans le présent rapport, soumis en application de la résolution 35/23 du Conseil des droits de l'homme, le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme examine les contributions du cadre relatif au droit à la santé à la mise en œuvre et à la réalisation effectives des objectifs de développement durable liés à la santé. Le Haut-Commissaire rappelle les racines du Programme de développement durable à l'horizon 2030 qui plongent dans les droits de l'homme et les liens étroits qui unissent le droit à la santé et les objectifs de développement durable liés à la santé. Dans le rapport, le Haut-Commissaire souligne que les normes internationales sur le droit à la santé donnent des orientations normatives lorsqu'il s'agit de relever différents défis relatifs à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé, par exemple mettre la législation et les politiques en harmonie avec les droits de l'homme, tenir l'engagement de ne laisser personne de côté ou encore assurer la responsabilité et la participation. Le rapport contient aussi plusieurs exemples de bonnes pratiques naissantes dans l'application du cadre relatif au droit à la santé.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Le droit à la santé dans le droit international des droits de l’homme	3
III. Le Programme de développement durable à l’horizon 2030 et le droit à la santé	5
A. Objectifs de développement durable : une approche qui repose sur les droits de l’homme ...	5
B. La santé dans les objectifs de développement durable	6
IV. L’application du cadre relatif au droit à la santé dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable liés à la santé	7
A. Orientations normatives	7
B. Résolution de problèmes centraux	8
V. Bonnes pratiques naissantes	16
VI. Conclusion	18

I. Introduction

1. Le présent rapport a été établi en application de la résolution 35/23 du Conseil des droits de l'homme, dans laquelle le Conseil priait le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir un rapport qui présente les contributions du cadre relatif au droit à la santé à la mise en œuvre et à la réalisation effectives des objectifs de développement durable liés à la santé, en recensant les meilleures pratiques, les défis et les obstacles, et de le soumettre au Conseil à sa trente-huitième session.

2. Pour élaborer le présent rapport, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a consulté un large éventail de parties prenantes et a pris leurs points de vue en considération, comme le Conseil l'avait encouragé à le faire. Au total, 49 contributions ont été reçues, de la part d'États Membres, d'organismes des Nations Unies, d'organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, de titulaires de mandat au titre d'une procédure spéciale, d'institutions nationales des droits de l'homme, du milieu universitaire et d'organisations de la société civile. Toutes les communications peuvent être consultées sur le site Web du HCDH¹.

II. Le droit à la santé dans le droit international des droits de l'homme

3. Le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est un droit fondamental qui est inséparable de tous les autres droits de l'homme ; ces droits sont interdépendants et intimement liés. Il est reconnu dans différents instruments relatifs aux droits de l'homme adoptés tant au niveau mondial qu'au niveau régional, notamment au paragraphe 1 de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le droit à la santé est également inscrit dans la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et la Convention relative aux droits des personnes handicapées².

4. La présente section met en évidence les principaux aspects du cadre normatif relatif au droit à la santé établi par les mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme. Les observations générales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et d'autres organes conventionnels donnent des orientations officielles sur le contenu normatif de ce droit et sur la portée des obligations des États, y compris les interventions prioritaires en vue de la réalisation progressive du droit.

5. Au paragraphe 11 de son observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels interprète le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les facteurs fondamentaux déterminants de la santé mais aussi la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun. Le droit à la santé suppose à la fois des libertés, par exemple le droit de contrôler sa propre santé et son propre corps et le droit à l'intégrité, et des droits, par exemple le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible³. S'agissant de la santé en matière de sexualité et de procréation en particulier, ces libertés sont notamment le droit pour chacun d'effectuer des décisions et des

¹ Voir www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/HealthFramework.aspx.

² Instruments régionaux dans lesquels le droit à la santé est reconnu : Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels et Charte sociale européenne.

³ 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. 8.

choix libres et responsables, à l'abri de toute violence, contrainte ou discrimination, pour les questions qui concernent son propre corps et sa propre santé sexuelle et procréative. Quant aux droits, il s'agit notamment de l'accès sans restrictions à une gamme complète d'établissements, de produits, de services et d'informations dans le domaine de la santé, qui permettra à toutes les personnes d'exercer pleinement leur droit à la santé sexuelle et procréative⁴.

6. Les éléments interdépendants et essentiels du contenu normatif du droit à la santé sont⁵ :

a) La disponibilité, critère selon lequel il doit exister dans l'État, en quantité suffisante, des équipements, des produits et des services fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé ;

b) L'accessibilité, critère selon lequel les installations, biens et services en matière de santé doivent être abordables et physiquement accessibles à tous, sans discrimination ;

c) L'acceptabilité, critère selon lequel les équipements, produits et services en matière de santé doivent être sensibles aux différences entre les sexes, être appropriés sur les plans culturel, scientifique et médical et être respectueux de l'éthique médicale ;

d) La qualité, critère selon lequel les équipements, produits et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés.

7. Le droit au consentement éclairé est une dimension fondamentale du droit à la santé physique et mentale. Il protège le droit qu'a le patient d'être associé volontairement et suffisamment à la prise des décisions médicales et impose des devoirs et des obligations en la matière aux prestataires de soins de santé. Les éléments importants du consentement éclairé sont : a) le respect de la capacité juridique, déterminée généralement par l'aptitude à comprendre, retenir, croire et peser les informations fournies pour parvenir à une décision ; b) le respect de l'autonomie personnelle, sans que des pressions ou des contraintes d'ordre moral soient exercées ou qu'il y ait distorsion des faits ; c) la fourniture d'informations complètes, y compris sur les avantages et risques associés à une intervention médicale et les alternatives à cette intervention⁶.

8. L'approche fondée sur les droits de l'homme qui découle de ces normes impose également que les autorités sanitaires et les autres acteurs investis de devoirs soient tenus responsables du respect des obligations relatives aux droits de l'homme en matière de santé publique, y compris en offrant aux titulaires de droits des recours utiles en cas de violation de leur droit à la santé, au moyen de mécanismes judiciaires effectifs de plainte ou d'autres voies de recours appropriées. Les États ont l'obligation d'assurer la participation utile de toutes les parties prenantes à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de la politique sanitaire.

9. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit la réalisation progressive du droit à la santé et des autres droits économiques, sociaux et culturels. Parallèlement, il impose aussi aux États parties différentes obligations qui ont un effet immédiat, par exemple garantir l'exercice du droit sans discrimination et prendre des mesures réfléchies, concrètes et ciblées en vue d'avancer aussi rapidement et efficacement que possible vers la réalisation complète du droit, en utilisant le maximum de ressources disponibles. Les États parties ont des obligations fondamentales visant à assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel du droit, à savoir l'obligation : a) d'assurer l'accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ; b) d'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ; c) de fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis dans la Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ;

⁴ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative, par. 5.

⁵ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 12.

⁶ Voir A/64/272, sect. II et III.

d) de veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ; e) d'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique⁷. Les obligations supplémentaires suivantes sont tout aussi prioritaires : offrir des soins de santé génésique, maternelle et infantile, vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses, assurer une éducation et un accès à l'information sur la santé et assurer la formation du personnel de santé, notamment sur le droit à la santé et les droits de l'homme⁸.

III. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et le droit à la santé

A. Objectifs de développement durable : une approche qui repose sur les droits de l'homme

10. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 repose sur la Déclaration universelle des droits de l'homme, les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres instruments⁹. Par conséquent, les objectifs de développement durable visent à réaliser les droits de l'homme pour tous, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles¹⁰. En plus de réaffirmer l'importance de la Déclaration universelle des droits de l'homme et des autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et au droit international, les États soulignent également la responsabilité qui leur incombe, conformément à la Charte des Nations Unies, de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme et les libertés fondamentales de tous, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance, de handicap ou de toute autre situation¹¹. Les promesses de ne laisser personne de côté et de s'efforcer d'aider d'abord les plus défavorisés évoquent les principes clefs des droits de l'homme que sont l'égalité, la non-discrimination et l'inclusion¹².

11. Les objectifs de développement durable ne sont pas expressément formulés dans le langage des droits de l'homme, mais ils reprennent presque tous le contenu des principaux droits économiques, sociaux et culturels correspondants. Un grand nombre des cibles afférentes aux différents objectifs portent sur la disponibilité, l'accessibilité, y compris économique, et la qualité de l'éducation, de la santé, de l'eau et des services connexes. Les cibles concernent l'accès pour tous à une alimentation saine, nutritive et suffisante, la couverture sanitaire universelle, l'accès dans des conditions d'égalité à un enseignement primaire et secondaire de qualité et gratuit, l'accès, à un coût abordable, à l'eau potable, à l'assainissement, à l'hygiène et au logement, et l'accès pour tous à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, efficaces, de qualité et peu coûteux¹³.

12. Le Programme 2030 réaffirme les droits de l'homme pour tous, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance, de handicap ou de toute autre situation¹⁴. Il tient également compte en particulier des femmes et des filles, et des personnes vivant des situations de vulnérabilité, telles que les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées, les autochtones, les réfugiés, les déplacés et les migrants¹⁵.

⁷ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 43.

⁸ Ibid., par. 44.

⁹ Voir la résolution 70/1 de l'Assemblée générale, par. 10.

¹⁰ Ibid., troisième alinéa du préambule.

¹¹ Ibid., par. 19.

¹² Ibid., par. 4.

¹³ Voir A/HRC/34/25, par. 8 et 10.

¹⁴ Voir la résolution 70/1 de l'Assemblée générale, par. 19.

¹⁵ Ibid., par. 23.

B. La santé dans les objectifs de développement durable

13. Comme l'a écrit le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, la santé est au cœur des objectifs de développement durable : elle est tout à la fois un résultat et une trajectoire vers la réduction de la pauvreté et le développement durable. Les progrès en matière de santé sont dépendants des progrès accomplis au regard des autres objectifs, mais ils en sont aussi la conséquence¹⁶. Le projet extrêmement ambitieux et porteur de changement défini dans le Programme 2030 est celui d'un monde où tous jouissent d'un accès équitable à une éducation de qualité à tous les niveaux, aux soins de santé et à la protection sociale, où la santé physique et mentale et le bien-être social soient assurés¹⁷.

14. Le droit à la santé est intrinsèquement lié à plusieurs objectifs et cibles, mais l'objectif 3, qui est de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge, est le principal objectif lié à la santé, et les cibles y afférentes couvrent un large éventail de questions relatives à la santé. Ces cibles portent sur : a) la mortalité maternelle (cible 3.1) ; b) les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans (cible 3.2) ; c) le sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées, l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles (cible 3.3) ; d) la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles, la santé mentale et le bien-être (cible 3.4) ; e) la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool (cible 3.5) ; f) les accidents de la route (cible 3.6) ; g) l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux (cible 3.7) ; h) la couverture sanitaire universelle, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable (cible 3.8) ; i) les décès et les maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol (cible 3.9).

15. Les cibles de l'objectif 3 visent également ce qui suit : renforcer dans tous les pays l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (cible 3.a) ; appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, et donner accès, à un coût abordable, aux médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique (cible 3.b) ; accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement (cible 3.c) ; renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux (cible 3.d).

16. Un grand nombre des cibles traitent d'éléments qui évoquent les normes relatives aux droits de l'homme et sont conformes à ces normes. Par exemple, la cible 3.3 rappelle la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies, visés au paragraphe 2 c) de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la lutte contre ces maladies impliquant d'assurer l'accès aux techniques nécessaires, d'appliquer et d'améliorer les méthodes de surveillance épidémiologique et de collecte de données désagrégées et de mettre en place des programmes de vaccination et d'autres stratégies de lutte contre les maladies infectieuses ou d'améliorer les programmes existants¹⁸. Au titre du paragraphe 2 d) de l'article 12 du Pacte, la couverture sanitaire universelle, examinée plus en détail ci-dessous, suppose la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. L'accès aux médicaments, couvert par la cible 3.b, évoque une des obligations fondamentales au titre du droit à la santé. Le cadre des

¹⁶ Voir A/71/304, par. 6.

¹⁷ Voir la résolution 70/1 de l'Assemblée générale, par. 7.

¹⁸ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 16.

droits de l'homme, en particulier concernant le droit à la santé, peut contribuer positivement à la réalisation du Programme 2030. La section suivante traite de la façon dont le cadre relatif au droit à la santé peut contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable.

IV. L'application du cadre relatif au droit à la santé dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable liés à la santé

A. Orientations normatives

17. Parmi les principaux engagements intersectoriels pris dans le cadre du Programme 2030 figure la mise en œuvre de celui-ci dans le respect des droits et des obligations des États au titre du droit international¹⁹, et notamment des normes relatives aux droits de l'homme. Les États sont donc tenus d'intégrer les grands principes des droits de l'homme, ainsi que les normes et règles découlant du droit à la santé, dans l'élaboration et la mise en œuvre de lois, de politiques et de pratiques afin d'atteindre les objectifs de développement durables liés à la santé.

18. Le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents, créé en mai 2016 par le HCDH et l'OMS dans le but de générer un soutien politique en faveur des mesures de protection des droits de l'homme préconisées dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), a indiqué qu'il était essentiel d'adopter une approche fondée sur les droits de l'homme, car une telle approche : a) aide les États à remplir leurs obligations au titre du droit international des droits de l'homme ; b) fonde l'accès universel aux services de santé sur un principe clair, tout en soulignant que les interventions doivent être non discriminatoires, transparentes et participatives, et reposer sur une solide responsabilité publique ; c) exige que l'accent soit mis tant sur l'amélioration des capacités des titulaires de droits que sur les responsabilités des acteurs investis de devoirs ; d) vise à renforcer la capacité des entités responsables aux niveaux local, régional et national à s'acquitter de leurs obligations de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme de manière transparente, efficace et responsable ; e) requiert une participation pleine et éclairée de toutes les personnes concernées par une action ou une politique ; et f) contribue à pérenniser les systèmes de santé et à améliorer les résultats en matière de santé en exigeant que soient réglées les questions liées aux facteurs déterminants de la santé, notamment grâce à la réalisation de droits favorisant la santé²⁰.

19. Le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté a observé que les droits de l'homme offraient un contexte et un dispositif détaillé et équilibré, qui renvoient à des obligations juridiques spécifiques auxquelles les États ont souscrit en ratifiant divers traités relatifs aux droits de l'homme, à certaines valeurs non négociables et à un enracinement normatif porteur d'un certain degré de certitude, et qui permettent d'appeler, dans les débats, aux définitions soigneusement négociées de droits spécifiques, issues de décennies de réflexion et de délibérations qui ont abouti à leur consécration sur le plan juridique²¹. Plus important encore compte tenu de la dimension humaine fondamentale du Programme 2030, les références aux droits sont une manière de reconnaître la dignité et le pouvoir d'action de chaque individu (indépendamment de la race, du sexe, du statut social, de l'âge, du handicap ou de tout autre facteur de distinction) et sont donc intentionnellement des vecteurs d'autonomisation²². Cette constatation vaut en particulier pour le droit à la santé.

¹⁹ Voir la résolution de l'Assemblée générale 70/1, par. 18.

²⁰ Pour plus de renseignements à cet égard, voir www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx.

²¹ Voir A/70/274, par. 65.

²² Ibid.

B. Résolution de problèmes centraux

20. La section ci-après présente quelques-uns des problèmes centraux ayant trait à la mise en œuvre et à la réalisation effectives des objectifs de développement durable liés à la santé, ainsi que la manière dont le cadre relatif au droit à la santé contribue à les résoudre.

1. Réaliser le droit à la santé et les droits connexes

21. La réalisation du droit à la santé repose sur l'exercice, sans discrimination, d'autres droits fondamentaux, qu'ils soient civils, politiques, économiques, sociaux ou culturels. La protection du droit à la santé permet une meilleure jouissance des autres droits qui sont nécessaires pour que les personnes puissent préserver leur dignité, exploiter leur potentiel et affirmer leur autonomie²³. Cependant, bien que le cadre relatif au droit à la santé soit bien établi, les décideurs du domaine de la santé laissent souvent passer l'occasion d'inclure les principes, normes et règles en matière de droits de l'homme dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques, ainsi que dans les mécanismes de responsabilisation, ce qui entraînerait pourtant pour les titulaires de droits une amélioration du processus et des résultats des politiques. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé mentionne à ce sujet un décalage de mise en œuvre, car même si les principes fondamentaux et les principaux processus et mécanismes du droit à la santé sont bien établis, il subsiste un hiatus important entre la formulation des politiques de santé et leur application effective dans la pratique courante, même lorsque la formulation des politiques de santé est satisfaisante du point de vue des droits de l'homme²⁴. Parmi les principaux facteurs à l'origine de ce décalage figurent, entre autres, une tendance croissante à favoriser une conception étroite et sélective des droits de l'homme qui ne s'occupe pas, ou pas assez, d'un ou de plusieurs droits d'un groupe de la population, y compris de son droit à la santé, une incapacité à aborder les droits de l'homme comme des déterminants de la santé, et une tendance à la fragmentation des politiques dans les différents domaines ayant une incidence sur la santé²⁵. Il est donc essentiel d'appliquer le principe de l'interdépendance et de l'indivisibilité de tous les droits de l'homme pour parvenir à la pleine réalisation du droit à la santé²⁶.

22. Il est indispensable que les responsables, y compris aux plus hauts niveaux, fassent preuve d'un engagement ferme et réel pour procéder aux changements nécessaires à l'intégration durable des droits de l'homme dans le domaine de la santé publique. Leur engagement est crucial pour remédier aux « pathologies du pouvoir », c'est-à-dire aux déséquilibres de pouvoir qui sont souvent à l'origine du mauvais état de santé des personnes défavorisées et vulnérables²⁷. Ces déséquilibres de pouvoir se retrouvent dans les relations entre le gouvernement et les gouvernés, entre les communautés et les autorités établies, entre le personnel de santé et les utilisateurs des services de santé, ainsi qu'entre les personnes qui décident des normes et pratiques sociales, culturelles, religieuses ou autres et celles qui sont obligées de les respecter dans la pratique, même à leur détriment. Sans engagement réel ni participation effective, il est probable que cette dynamique des pouvoirs négative continuera d'entraver l'exercice du droit à la santé²⁸. Un réel engagement de la part de l'ensemble des pouvoirs publics permettrait de veiller à la mise en œuvre d'une approche coordonnée en matière de politique de santé poussant les autres secteurs dont les politiques ont une incidence sur la santé à s'impliquer, par exemple les secteurs de

²³ Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé : Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents* (2017), p. 10.

²⁴ Voir A/HRC/29/33, par. 40.

²⁵ Ibid., par. 42.

²⁶ Ibid., par. 43.

²⁷ Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (University of California Press, 2004).

²⁸ Alicia Ely Yamin et Rebecca Cantor, « Between insurrectional discourse and operational guidance: challenges and dilemmas in implementing human rights-based approaches to health », *Journal of Human Rights Practice*, vol. 6, n° 3 (novembre 2014), p. 463.

l'éducation, du commerce, de l'eau et de l'assainissement, de la nutrition et des transports²⁹. Une telle approche viserait principalement à « réaliser l'ensemble des droits interdépendants »³⁰.

2. Mettre en conformité les lois et les politiques avec les droits de l'homme

23. Un cadre juridique et un cadre de politique ancrés dans les normes relatives aux droits de l'homme sont indispensables à la mise en œuvre effective des objectifs de développement durable liés à la pleine réalisation des droits de l'homme, et notamment du droit à la santé. La dernière décennie a été marquée par de sérieux revers en matière de réalisation du droit à la santé et des droits de l'homme en général. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé s'est dit préoccupé par les conséquences particulièrement préjudiciables qu'a la tendance à adopter une conception sélective des droits de l'homme pour les groupes qui font déjà l'objet de discrimination et qui, souvent, n'ont pas accès aux services de santé, tendance qui entraîne une aggravation de la pauvreté, de l'exclusion sociale, des inégalités et de la discrimination, et a des effets néfastes sur la santé³¹. Parmi les autres tendances négatives ayant une incidence sur le droit à la santé figurent les inégalités croissantes auxquelles sont confrontés les peuples autochtones, les minorités, les personnes handicapées et d'autres populations et groupes en situation de vulnérabilité lorsqu'il s'agit d'accéder sans obstacles à des services essentiels.

24. Dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et des droits s'y rapportant, les lois et politiques restrictives qui existent dans certains pays remettent en question les progrès accomplis jusqu'à présent, en particulier pour ce qui est de la mortalité maternelle et postinfantile évitable. Le recours à des lois pénales interdisant à certaines personnes l'accès aux services de santé maternelle et érigeant en infraction le fait d'être, par exemple, lesbienne, gay, bisexuel, transgenre ou intersexe, ou travailleur du sexe, ou de consommer des drogues, contribue à la stigmatisation et à la discrimination de groupes entiers de population. La corrélation entre ce phénomène et des résultats médiocres en matière de santé est bien documentée.

25. Le droit à la santé impose aux États l'obligation non seulement de le protéger dans la législation nationale et d'adopter une politique nationale de la santé, mais aussi d'adopter des mesures d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour en assurer la pleine réalisation³². Les actions entreprises en vue d'atteindre ces objectifs passent par une évaluation exhaustive de la mesure dans laquelle le cadre juridique et le cadre de politique sont conformes aux normes relatives aux droits de l'homme applicables à la santé et au bien-être, au moyen d'un processus participatif, inclusif et transparent tout au long duquel les parties intéressées sont consultées. Une telle évaluation pourrait déboucher sur des mesures visant à : a) abroger ou modifier certaines lois et politiques afin de les rendre conformes aux normes relatives aux droits de l'homme ; b) adopter des lois et mettre en œuvre des politiques favorisant des mesures positives pour garantir que les services de santé essentiels soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, notamment les soins de santé primaire, les services de santé sexuelle et procréative, les services de santé maternelle et les services de santé pour les nouveau-nés, les enfants et les adolescents³³ ; et c) garantir le principe de responsabilité, tel qu'il est expliqué en détail ci-après.

3. Mettre en œuvre l'engagement pris de ne laisser personne de côté

26. La promesse capitale de ne laisser personne de côté et d'aider en premier les plus défavorisés qui est formulée dans le Programme 2030 reflète effectivement le principe

²⁹ OMS, *Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé : Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents* (2017), p. 35.

³⁰ *Ibid.*, p. 11.

³¹ Voir A/HRC/29/33, par. 42 et 44 à 45.

³² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 33 et 36.

³³ Jyoti Sanghera *et al.*, « Human rights in the new Global Strategy », *British Medical Journal*, vol. 351, supplément n° 1 (septembre 2015), p. 42 et 43.

fondamental d'égalité et de non-discrimination. Dans la section ci-après, le Haut-Commissaire se penche sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette promesse du point de vue des droits de la femme, ainsi que sur deux sujets spécifiques, à savoir les questions de santé qui sont négligées et la couverture sanitaire universelle. L'engagement de ne laisser personne de côté devrait être pris en compte dans tous les domaines d'action, notamment pour ce qui a trait au principe de responsabilité et à la participation.

a) Femmes et filles

27. Le Programme 2030 tend vers un monde où l'égalité des sexes est une réalité pour toutes les femmes et toutes les filles, et où tous les obstacles juridiques, sociaux et économiques à leur autonomisation ont été levés. Atteindre l'égalité des sexes contribuerait grandement à la réalisation des objectifs de développement durable dans leur ensemble. L'objectif 5 appelle expressément tous les États à parvenir à l'égalité des sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles d'ici à 2030. L'égalité entre les femmes et les hommes est une pierre angulaire du droit des droits de l'homme qui est protégée par plusieurs instruments dans ce domaine³⁴. Cependant, le non-respect du droit à la santé des femmes et des filles, ainsi que des droits qui s'y rapportent, reste fréquent du fait de la discrimination, de l'exclusion et des normes et pratiques traditionnelles, culturelles, sociales ou autres qui placent les femmes et les filles en situation d'infériorité ou de subordination dans leur ménage, leur communauté, sur leur lieu de travail et dans la société en général. Les effets cumulés et intergénérationnels de la discrimination sexiste et des inégalités sont lourds de conséquences pour la santé de la moitié de la population mondiale³⁵.

28. Parmi les autres facteurs entravant la réalisation du droit à la santé des femmes et des filles figurent les obstacles juridiques, procéduraux, pratiques et sociaux qui les empêchent d'accéder à l'ensemble des ressources, des services, des produits et de l'information de santé sexuelle et procréative³⁶. Les stéréotypes et pratiques sexistes néfastes, comme le mariage d'enfants et le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, le traitement préférentiel des garçons et la violence à l'égard des femmes, contribuent également aux mauvais résultats en matière de santé³⁷. Les inégalités en matière d'accès à une éducation de qualité et à l'emploi limitent le pouvoir d'action des femmes et des filles. Faute d'indépendance financière et surtout de moyens d'action, il arrive souvent que les femmes et les filles ne puissent pas accéder à des services de santé qui soient de bonne qualité et satisfassent aux critères d'acceptabilité, compte tenu notamment de leurs besoins spécifiques, services pourtant indispensables à l'exercice de leurs droits en matière de sexualité et de procréation, ainsi qu'à l'exercice d'autres droits relatifs à la santé.

29. Le cadre relatif au droit à la santé exige des États non seulement qu'ils prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, mais aussi s'attachent aux déterminants fondamentaux de la santé des femmes³⁸. Les interventions visant à prévenir et à traiter les maladies et affections dont souffrent les femmes et à lutter contre la violence sexiste devraient s'inscrire dans une stratégie nationale de promotion de la santé tout au long de la vie. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins et aux droits en

³⁴ Voir le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 3, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 3, et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 1 et 2.

³⁵ Dans son rapport intitulé « Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé », le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents constate que « les causes évitables de décès, la mauvaise santé et les risques pour la santé sont fortement liés à l'incapacité des États à protéger les droits de l'homme » (p. 7).

³⁶ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22, par. 2.

³⁷ Voir www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf.

³⁸ Voir Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 12 1) ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé, par. 6.

matière de santé des femmes qui appartiennent aux groupes vulnérables ou marginalisés, telles que les migrantes, les réfugiées et les déplacées, les femmes âgées, les femmes autochtones et les femmes handicapées³⁹. Comme l'a recommandé le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, les États devraient : a) suivre de près la fourniture des soins de santé que des organismes publics, des organisations non gouvernementales ou des entreprises privées dispensent aux femmes, pour que les hommes et les femmes aient également accès à des soins de même qualité ; b) veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause ; et c) veiller à ce que la formation des soignants comprenne des enseignements obligatoires, détaillés et attentifs à la parité des sexes, sur la santé et les droits fondamentaux des femmes⁴⁰.

b) Questions de santé négligées : la santé mentale

30. Le droit à la santé comprend à la fois la santé physique et la santé mentale, sans que l'un des deux domaines ait plus de poids que l'autre. Cependant, bien que les troubles mentaux touchent une personne sur quatre au cours de sa vie, la population concernée est confrontée à l'exclusion à grande échelle, qu'elle soit sociale ou autre, et la santé mentale reste en marge sous bien des aspects⁴¹. La stigmatisation et la discrimination dont font l'objet de nombreuses personnes touchées par des troubles mentaux dans leur communauté, dans d'autres environnements et contextes sociaux, ainsi que dans les établissements de soins de santé ont pour effet de les dissuader de solliciter les soins et services médicaux dont elles ont besoin. Souvent synonyme d'isolement, la vie avec des troubles mentaux est généralement caractérisée par le déni de nombreux droits, comme les droits au travail, à l'éducation, à un niveau de vie suffisant et au logement. Les traitements forcés et d'autres pratiques préjudiciables utilisées dans les institutions de santé mentale, telles que la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication, constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé prévu par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, mais aussi un mauvais traitement susceptible de constituer un acte de torture⁴². La place marginale qu'occupe la santé mentale est un défi de taille ; il existe en effet des lacunes en matière de données et de recherche, en particulier pour ce qui est de la situation des droits de l'homme des personnes présentant des troubles mentaux, et l'allocation de ressources financières et humaines dans ce domaine témoigne de la moindre valeur généralement attribuée à la santé mentale⁴³.

31. Comme les explications ci-dessus cherchent à le démontrer, le fait de laisser de côté certaines questions liées à la santé entraîne inévitablement la marginalisation des personnes concernées. Le devoir d'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé, est une obligation fondamentale au titre du droit à la santé⁴⁴. Cette stratégie et ce plan d'action devraient être mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent, et une attention particulière devrait être accordée à tous les groupes vulnérables ou marginalisés. Négliger ces questions – et les personnes concernées – dans les politiques relatives à la santé et à d'autres domaines connexes est le signe de graves manquements à l'obligation de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des produits, services et équipements de santé et d'assurer la responsabilité et la participation. Pour aider d'abord les plus défavorisés et ne laisser

³⁹ Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24, par. 6 et 29.

⁴⁰ Ibid., par. 31 d), e) et f).

⁴¹ Voir www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/ et soumission du Consortium international pour le handicap et le développement, p. 2 et 3.

⁴² Voir A/HRC/34/32, par. 33.

⁴³ Ibid., par. 19 et 21.

⁴⁴ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 43 f).

personne de côté, il est nécessaire d'accorder à ces questions le même degré de priorité qu'à d'autres problèmes de santé concernant l'ensemble de la population.

c) Couverture sanitaire universelle

32. Le Programme 2030 confirme l'engagement de parvenir à une couverture sanitaire universelle, ce qui reste un défi de taille. D'après l'Organisation internationale du Travail, 46,3 % de la population mondiale et 56 % de la population rurale mondiale sont dépourvus de couverture sanitaire. Environ 48 % de la population mondiale et plus de la moitié des personnes âgées dans le monde n'ont pas accès à des soins de longue durée en raison du nombre insuffisant de travailleurs qualifiés⁴⁵. Très peu pris en considération dans les politiques de santé, les soins de longue durée sont communément perçus comme des soins gratuits qui doivent être prodigués par des femmes de la famille non rémunérées. Pourtant, cette aide non rémunérée a des incidences économiques, entraînant notamment un manque à gagner avec le risque de paupérisation qui s'ensuit⁴⁶.

33. La définition de la couverture sanitaire universelle donne lieu à une grande diversité de points de vue et le rôle traditionnellement joué par le secteur privé dans les régimes d'assurance volontaire a largement influencé la notion de couverture sanitaire en général. Même si la cible 3.8 des objectifs de développement durable vise à faire en sorte que chacun bénéficie d'une protection contre les risques financiers et d'un accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable, la couverture sanitaire universelle n'est pas définie dans le Programme 2030, qui ne mentionne pas davantage la nécessité d'accorder la priorité aux populations et groupes marginalisés et vulnérables, comme les personnes vivant dans la pauvreté⁴⁷.

34. En l'absence d'une définition claire de la couverture sanitaire universelle dans les objectifs de développement durable, le cadre international relatif aux droits de l'homme et le cadre relatif au droit à la santé peuvent fournir des orientations et des normes aux fins de l'amélioration des résultats en matière de santé pour tous, sans discrimination. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé rappelle que tous les chemins menant à la couverture sanitaire universelle ne sont pas conformes aux exigences des droits de l'homme, pointant notamment le risque que se perpétuent des inégalités existantes si, par exemple, les gouvernements étendent la couverture en priorité à des groupes privilégiés dans le secteur formel⁴⁸. Une approche de la couverture sanitaire universelle fondée sur les droits de l'homme, recommandée par le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme⁴⁹, impose nécessairement de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité, et d'accorder la priorité aux personnes en situation de vulnérabilité qui sont généralement exclues de la couverture sanitaire universelle. Une telle approche exige, entre autres, la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie⁵⁰, à garantir aux enfants la couverture universelle des services de soins de santé primaires de qualité⁵¹ et à empêcher toute discrimination dans la fourniture de soins de santé et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé⁵². Partant, la couverture sanitaire universelle vise non seulement un élargissement de la couverture des

⁴⁵ Organisation internationale du Travail (OIT), *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-19 : Protection sociale universelle pour atteindre les Objectifs de développement durable* (2017), p. 114 à 119.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 108.

⁴⁷ Voir A/71/304, par. 76.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ OMS, *Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé : Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents* (2017), p. 34, recommandation 2.

⁵⁰ Voir Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12 2) d).

⁵¹ Voir Comité de droits de l'enfant, observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, par. 73 b).

⁵² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 19.

services de santé, mais aussi l'accès pour chacun tout au long de sa vie à l'ensemble des soins et services de santé nécessaires et indiqués, sur la base de la non-discrimination⁵³.

35. Le cadre des droits de l'homme permet de préciser qu'en matière de couverture sanitaire universelle, les États sont tenus : a) de garantir la participation des parties prenantes à l'élaboration de politiques visant à mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle⁵⁴ ; b) d'éviter toute mauvaise affectation des ressources qui privilégierait de manière disproportionnée des services de santé curatifs coûteux, qui souvent ne sont accessibles qu'à une frange fortunée de la population, plutôt que des soins primaires et une action de prévention sanitaire susceptibles de bénéficier à une proportion bien plus forte de la population ; c) d'adopter une législation et de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers⁵⁵ ; d) de veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires⁵⁶ ; et e) de faire respecter et d'appliquer le droit à la sécurité sociale, notamment en mettant en œuvre les socles de protection sociale, dans le cadre de mesures visant à garantir une protection contre les risques financiers⁵⁷.

4. Établissement des responsabilités liées à la santé

36. Dans le Programme 2030, l'Assemblée générale prévoit un cadre de suivi et d'examen solide, volontaire, efficace, participatif, transparent et intégré pour appuyer la mise en œuvre nationale, progresser au maximum et suivre les progrès accomplis pour faire en sorte que nul ne reste à la traîne. Ce cadre doit permettre de promouvoir le principe de responsabilité, de soutenir une coopération internationale effective et de favoriser les échanges de bonnes pratiques et l'apprentissage mutuel⁵⁸. Un cadre mondial d'indicateurs, notamment relatifs aux objectifs liés à la santé, a été mis au point depuis par le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable, approuvé par la Commission de statistique et adopté par l'Assemblée générale⁵⁹. Des indicateurs régionaux et nationaux viendront compléter ce cadre. Le HCDH a souligné qu'un mécanisme de responsabilisation solide devait être instauré au niveau mondial, dans le cadre du Forum politique de haut niveau pour le développement durable, et que les examens nationaux volontaires présentés au Forum et les examens thématiques qu'il mène devaient systématiquement reposer sur les informations et recommandations issues des mécanismes des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme. De plus, comme il ressort du Programme 2030, la responsabilité du secteur privé doit être établie conformément aux Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme⁶⁰.

37. La responsabilité est une notion complexe et multidimensionnelle. Une responsabilité fondée sur les droits de l'homme nécessite de nombreuses formes de contrôle et de supervision et implique que soit encouragée la responsabilisation de multiples acteurs à différents niveaux, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé⁶¹. La responsabilisation comprend au moins trois éléments essentiels : suivi, examen indépendant

⁵³ OMS, *Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé : Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents* (2017), p. 15.

⁵⁴ Communication présentée par Health Poverty Action, p. 4.

⁵⁵ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 35.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Voir Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 9 ; convention (n° 102) de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952 ; Recommandation (n° 202) de l'OIT sur les socles de protection sociale, 2012 ; Recommandation (n° 69) de l'OIT sur les soins médicaux, 1944 ; et convention (n° 130) de l'OIT concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969.

⁵⁸ Voir résolution 70/1 de l'Assemblée générale, par. 72 et 73.

⁵⁹ Résolution 71/313 de l'Assemblée générale.

⁶⁰ Voir résolution 70/1 de l'Assemblée générale, par. 67.

⁶¹ Voir A/HRC/21/22, par. 74 et 75.

et intervention⁶². Un suivi efficace est indispensable, non pas comme une fin en soi, mais comme un outil pour mesurer les progrès et mieux établir les responsabilités. Chacun des éléments susmentionnés est essentiel et joue un rôle distinct dans le renforcement de la responsabilité⁶³.

38. Les difficultés rencontrées dans l'établissement des responsabilités liées à la santé sont notamment dues à l'absence de distinction entre ces éléments, de sorte que l'un d'entre eux au moins est parfois laissé de côté – ce qui est souvent le cas pour l'examen dans le contexte du développement et de la santé à l'échelle mondiale – ou confondu avec la responsabilité⁶⁴. Un suivi, un examen et, à terme, un établissement des responsabilités efficaces passent par des données de haute qualité applicables au territoire national, ventilées notamment par âge, sexe, zone géographique, origine ethnique, situation socioéconomique. Pour déterminer si les cibles des objectifs de développement durable ont été atteintes, il faudra également compter sur la qualité et la disponibilité de ces données, mais d'importantes lacunes ont été constatées en la matière, en particulier au niveau des pays. À titre d'exemple, les préjugés continuent d'entraver la collecte de données globales en vue de l'identification des principales populations exposées au VIH, lesquelles sont alors insuffisamment prises en considération⁶⁵.

39. L'utilisation d'indicateurs est un élément clef du suivi fondé sur les droits de l'homme, et il a été jugé que le cadre d'indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable ne rendait que partiellement compte de l'incidence que l'objectif 3 pouvait avoir sur les droits dont jouissent les personnes et les obligations correspondantes des acteurs investis de devoirs en vertu du droit à la santé, et ne traduisait pas pleinement le degré de respect des droits liés à la santé⁶⁶. Des indicateurs relatifs au droit à la santé sont donc indispensables pour favoriser un suivi approfondi permettant d'obtenir les informations nécessaires à un examen et une intervention efficaces. L'application des normes relatives aux droits de l'homme fait également obligation aux États de coopérer pour renforcer les capacités en matière de collecte de données.

40. Le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents a recommandé à tous les États de veiller à ce que les mécanismes nationaux de responsabilisation (par exemple, les tribunaux, le contrôle parlementaire, les organes responsables des droits des patients, les institutions nationales des droits de l'homme et les examens du secteur de la santé) disposent des mandats et ressources appropriés pour faire respecter les droits de l'homme à la santé et par la santé⁶⁷. À l'échelle nationale, l'établissement des responsabilités peut être renforcé grâce à la création ou à la consolidation de processus et mécanismes transparents, ouverts et participatifs, compétents pour recommander les interventions nécessaires. Il peut s'agir de tribunaux ou d'instances quasi judiciaires et non judiciaires, de mécanismes de plaintes relevant du système de santé, d'associations de défense des droits des patients, d'institutions nationales des droits de l'homme et d'associations intervenant dans le domaine des normes professionnelles⁶⁸. La responsabilisation peut encore être améliorée

⁶² Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, « Tenir les promesses, mesurer les résultats », p. 7 ; Groupe indépendant chargé d'établir les responsabilités, *2016: Old Challenges, New Hopes, Accountability for the Global Strategy for Women's and Children's and Adolescents' Health*, p. 9 à 11 ; et A/HRC/21/22.

⁶³ Carmel Williams et Paul Hunt, « Neglecting human rights: accountability, data and Sustainable Development Goal 3 », *International Journal of Human Rights*, vol. 21, n° 8 (2017), p. 1118 et 1120.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Sara L. M. Davis, « The uncounted: politics of data and visibility in global health », *International Journal of Human Rights*, vol. 21, n° 8 (2017), p. 1149.

⁶⁶ Carmel Williams and Paul Hunt, « Neglecting human rights: accountability, data and Sustainable Development Goal 3 », *International Journal of Human Rights*, vol. 21, n° 8 (2017), p. 1129.

⁶⁷ OMS, *Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé : Rapport du Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents* (2017), p. 48, recommandation 7.

⁶⁸ Jyoti Sanghera et autres, « Human rights in the new Global Strategy », *British Medical Journal*, vol. 351, cahier 1 (septembre 2015), p. 44 ; et 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. 59 à 62.

grâce à des mécanismes internationaux de défense des droits de l'homme, comme les organes conventionnels, les procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme ou l'Examen périodique universel, et à des mécanismes régionaux.

5. Participation

41. Selon l'Assemblée générale, le Programme 2030 est un plan d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité, que tous les pays et toutes les parties prenantes mettront en œuvre en agissant de concert. La cible 16.7 des objectifs de développement durable vise à faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions. La participation des titulaires de droits et d'autres parties prenantes à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des politiques est non seulement un impératif du processus démocratique, mais aussi une condition nécessaire à l'élaboration de politiques efficaces, dans la mesure où elle permet de mettre en place des mesures de santé publique adaptées au contexte et de nature à garantir que les interventions bénéficient aux communautés les plus touchées⁶⁹. Promouvoir la santé passe nécessairement par l'association effective de la communauté à la définition des priorités, à la prise de décisions, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie visant à améliorer la situation en matière de santé⁷⁰.

42. Les organisations de la société civile jouent un rôle déterminant pour demander des comptes aux autorités et pour toucher les populations et les communautés qui sont souvent négligées et défendre leurs droits. La tendance récemment observée à la limitation de l'espace civique, en particulier les restrictions imposées aux activités d'organisations de la société civile, représente un obstacle majeur à la participation effective d'un grand nombre de parties prenantes. Ces restrictions peuvent consister à opposer des obstacles législatifs et bureaucratiques, notamment des critères d'enregistrements contraignants, à commettre des actes de harcèlement ou d'intimidation et des meurtres contre des militants, ou à pratiquer la censure et à utiliser des lois pénales pour sanctionner des professionnels de santé. De telles pratiques sont actuellement très répandues dans certaines situations de conflit⁷¹.

43. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé fait état d'un traitement déséquilibré des droits de l'homme lorsque des restrictions injustifiées à l'exercice des droits civils et politiques entravent la pleine réalisation du droit à la santé, ce qui peut compromettre l'application des principes de participation et d'autonomisation et sape la contribution essentielle que la société civile peut apporter à la promotion de la santé et du bien-être⁷². Par exemple, dans le cadre de la promotion des droits de l'homme dans l'Union européenne, les organisations de la société civile ont notamment observé les restrictions suivantes : un manque de précision et de transparence quant aux personnes à consulter avant de prendre des décisions ; l'absence de concertation systématique avec les principaux acteurs concernés ; un accès limité à l'information sur les mesures de politique générale ou législatives ; et une méconnaissance des différentes modalités et méthodes qui permettent une participation constructive et effective des parties prenantes à l'élaboration des lois et des politiques⁷³.

44. Une participation constructive passe par la reconnaissance de l'ensemble des parties prenantes, lesquelles doivent comprendre les personnes généralement exclues des processus participatifs, comme les personnes handicapées, les enfants, les jeunes et les adolescents, les femmes, les personnes âgées et les personnes vivant dans des zones reculées ou rurales. Les interventions fondées sur les droits de l'homme peuvent par exemple avoir pour objet

⁶⁹ Voir, par exemple, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « Non-discrimination on responses to HIV » (2010), par. 18 à 22 ; 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. 54 ; Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU* (Luxembourg, 2017), p. 39.

⁷⁰ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 54.

⁷¹ World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS), « People power under attack: findings from the CIVICUS Monitor » (avril 2017).

⁷² Voir A/HRC/29/33, par. 58.

⁷³ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Challenges facing civil society organisations working on human rights in the EU* (Luxembourg, 2017), p. 39 et 40.

de : a) garantir un cadre réglementaire, administratif et financier favorable aux organisations de la société civile ; b) renforcer, grâce à l'éducation et à la sensibilisation, la capacité des titulaires de droits à participer et à faire valoir leurs droits ; c) faire en sorte que des mécanismes transparents et accessibles propices à la participation des parties prenantes et à une communication régulière entre les titulaires de droits et les prestataires de services de santé soient établis ou renforcés aux niveaux communautaire, infranational et national ; et d) garantir la participation des parties prenantes à la définition des priorités et à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes, ainsi qu'aux mécanismes de responsabilisation.

V. Bonnes pratiques naissantes

45. L'appel à contributions lancé pour le présent rapport a suscité un grand nombre de communications parmi lesquelles on trouve des exemples de ce que l'on pourrait considérer comme des bonnes pratiques naissantes. Faute de place, seuls quelques exemples emblématiques sont donnés ci-après, mais toutes les communications peuvent être consultées sur le site Web du HCDH.

46. Les critères proposés en 2003 par le Rapporteur spécial sur le droit à la santé pour définir les bonnes pratiques en matière de santé aident à comprendre si une bonne pratique dans le domaine de la santé peut également être considérée comme une bonne pratique dans celui du droit à la santé. Sous l'angle du droit à la santé, une bonne pratique doit : renforcer, de façon démontrable, la jouissance qu'un individu ou un groupe d'individus peut avoir d'un ou plusieurs éléments du droit à la santé ; accorder une attention particulière aux groupes en situation de vulnérabilité ; et être compatible avec la jouissance de tous les droits de l'homme, qu'il s'agisse du processus ou des résultats⁷⁴. Les pratiques qui satisfont aux critères susmentionnés renforcent en outre la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires, la participation active et informée des individus et des groupes aux politiques, programmes et projets dans le domaine de la santé, et le droit à des mécanismes de suivi et de responsabilité efficaces, transparents et accessibles⁷⁵.

Renforcement de l'exercice du droit à la santé

47. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a donné un exemple d'élargissement de l'accès aux soins pour les femmes et les filles les plus pauvres et les plus marginalisées vivant avec une fistule obstétricale. En 2009, l'organisation Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania a établi un partenariat avec le FNUAP et Vodacom, une entreprise de télécommunications mobiles, pour un projet visant à faciliter l'accès à des soins chirurgicaux de réparation des fistules grâce à un service de transfert d'argent par téléphonie mobile, M-Pesa. Ces soins chirurgicaux, proposés gratuitement par Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania, sont désormais accessibles à de nombreuses femmes et filles pour qui le coût élevé du transport était auparavant prohibitif. Grâce à la technologie de services bancaires de mobile à mobile, des fonds peuvent aujourd'hui être transférés aux patientes souffrant de fistule pour couvrir les frais de transport, avec l'aide de travailleurs communautaires chargés de la sensibilisation, ou « ambassadeurs », qui identifient et aident les femmes et filles concernées au sein de leur communauté. Le FNUAP signale que depuis le lancement du projet, le nombre de femmes ainsi traitées a explosé⁷⁶.

Priorité accordée aux groupes en situation de vulnérabilité

48. Le Maroc a intégré les droits de l'homme et l'éthique dans une formation sur le dépistage du VIH et de la syphilis en prison dispensée à des médecins, des dentistes et des psychologues⁷⁷. Au Mexique, après une étude qualitative effectuée sur la stigmatisation et

⁷⁴ Voir A/58/427, par. 45.

⁷⁵ Ibid., par. 53.

⁷⁶ Communication soumise par le FNUAP, p. 4 et 5.

⁷⁷ Communication soumise par le Maroc, p. 10.

la discrimination dans les centres sanitaires à partir de témoignages du personnel de santé, des supports de formation ont été mis au point pour sensibiliser le personnel de santé à ces questions⁷⁸.

Disponibilité des équipements, produits et services sanitaires

49. S'agissant des mesures prises pour améliorer la disponibilité des médicaments, après l'ajout de nouveaux médicaments (pour le traitement de l'hépatite C, de la tuberculose et du cancer) sur la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, la Malaisie a émis, en 2017, une licence concernant les médicaments au pouvoir antiviral direct, que les pouvoirs publics pourront utiliser pour autoriser l'importation de versions génériques du Sofosbuvir, un médicament contre l'hépatite C⁷⁹.

Accessibilité

50. Au Maroc, le Ministre de la santé a mis en place un ensemble de services pour les femmes et les enfants victimes de violence, qu'ils soient ressortissants marocains ou migrants et quel que soit leur statut migratoire. L'Afrique du Sud a mis en route en 2017 un plan national sur le VIH, qui vise à réduire considérablement le taux d'infection, la discrimination et la stigmatisation en fournissant des informations, un soutien psychosocial et un traitement à tous les membres de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexuée⁸⁰. En 2017 également, le Danemark a retiré l'auto-identification comme transgenre de sa liste de problèmes de santé mentale, ce qui contribue sensiblement à lutter contre la stigmatisation d'identités de genre considérées comme pathologiques⁸¹. Au Portugal, la dépénalisation de l'usage des drogues a permis d'atténuer la stigmatisation et d'assurer à chacun, sans discrimination, l'accès aux services de santé⁸².

51. L'accessibilité se pose également en termes d'accessibilité économique des équipements, produits et services sanitaires. En Australie, un programme national de vaccination mis en place conjointement par l'administration du Commonwealth et les autorités des États et des territoires fournit gratuitement aux enfants, aux familles et aux personnes âgées, par l'intermédiaire de prestataires de soins de santé primaires, des vaccins contre 17 maladies, dont la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le papillomavirus humain et la méningite à méningocoque C⁸³. En 2012, la réforme du système de santé mexicain a permis d'améliorer l'accès à la couverture sanitaire grâce à la mise en place d'un système d'assurance-maladie populaire qui offre un accès universel à un ensemble complet de services de santé personnels assortis d'une protection financière⁸⁴.

52. Pour ce qui est de l'accessibilité de l'information relative à la santé, la France a introduit le système d'étiquetage nutritionnel Nutri-Score, qui vise à améliorer l'information nutritionnelle figurant sur les emballages et à aider ainsi les consommateurs à sélectionner des aliments à valeur nutritive plus élevée.

Acceptabilité culturelle des équipements, produits et services sanitaires

53. Au Mexique, le personnel de santé est formé à offrir des soins appropriés sur le plan culturel aux différents segments de la population. Des protocoles de soins de santé qui accordent une attention particulière aux besoins des femmes autochtones ont été mis en place, dans le respect des pratiques traditionnelles des sages-femmes autochtones⁸⁵. L'Australie a présenté le plan de santé pour les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres (2013-2023), qui prévoit, dans le système de santé, un cadre global de prestation de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires fondé sur des preuves scientifiques, sûr

⁷⁸ Communication soumise par le Mexique, p. 4.

⁷⁹ Communication soumise par le Grand groupe des enfants et des jeunes, p. 2.

⁸⁰ Communication soumise par l'Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes, p. 10.

⁸¹ Ibid., p. 3.

⁸² Communication soumise par Students for Sensible Drug Policy, p. 1.

⁸³ Communication soumise par l'Australie.

⁸⁴ Communication soumise par le Mexique, p. 2.

⁸⁵ Ibid.

d'un point de vue culturel, de haute qualité, adaptable et accessible aux titulaires de droits concernés, sans discrimination ni racisme. De plus, le cadre de respect de la culture des autochtones et des insulaires du détroit de Torres (2016-2026) inscrit des principes de respect culturel dans le système de santé australien en renforçant les compétences culturelles des services de soins de santé primaires destinés à la population générale et en assurant la viabilité des services de santé spécifiques pour les autochtones⁸⁶.

Suivi et établissement des responsabilités en matière de droit à la santé

54. En Équateur, le Bureau du Défenseur du peuple est chargé, conformément à la Constitution, de protéger et de promouvoir les droits de l'homme de tous les citoyens, notamment le droit à la santé. À cet égard, il a pris des mesures aux niveaux national et régional pour protéger les titulaires de droits dont le droit à la santé avait été violé⁸⁷.

Participation communautaire

55. Dans leur communication conjointe, Aidsfonds et International HIV/AIDS Alliance soulignent que les organisations communautaires de personnes vivant avec le VIH, les populations concernées et autres communautés touchées ont joué un rôle déterminant pour relever bon nombre des défis majeurs que pose la lutte contre le VIH en proposant aux personnes les plus touchées par le VIH des services essentiels de prévention, en favorisant l'accès au traitement et à d'autres services de santé indispensables et en plaidant pour la mobilisation de ressources en faveur des personnes vivant avec le VIH et pour le respect de leurs droits fondamentaux. On peut citer comme exemple de réponse communautaire apportée dans ce domaine l'initiative communautaire sud-africaine mothers2mothers, qui a touché 1,2 million de femmes vivant avec le VIH dans neuf pays. Une des principales activités de mothers2mothers consiste à former les mères atteintes du VIH au conseil et à soutenir et orienter les femmes enceintes et leur faciliter l'accès aux services visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant⁸⁸.

VI. Conclusion

56. **Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 est solidement ancré dans les normes et principes relatifs aux droits de l'homme. Les droits de l'homme offrent donc un cadre normatif et des normes internationales applicables à la mise en œuvre de l'objectif 3 de développement durable et des autres objectifs liés à la santé, en donnant une place centrale à la dignité et au pouvoir d'action des titulaires de droits. Le cadre relatif au droit à la santé peut aider à relever certains des défis majeurs que pose la mise en œuvre des objectifs liés à la santé, notamment à améliorer la santé des femmes, des filles et des adolescentes, à tenir l'engagement de ne laisser personne de côté dans le cadre de l'obligation générale consistant à éliminer toute discrimination et marginalisation, et à assurer une couverture sanitaire universelle. Une volonté politique ferme et une action déterminée visant à pleinement respecter, protéger et réaliser le droit à la santé, à garantir une participation effective et à renforcer le principe de responsabilité contribueraient grandement à la mise en œuvre et à la réalisation effective des objectifs de développement durable liés à la santé.**

⁸⁶ Communication soumise par l'Australie, p. 4.

⁸⁷ Communication soumise par le Bureau du Défenseur du peuple de l'Équateur.

⁸⁸ Communication conjointe soumise par Aidsfonds et International HIV/AIDS Alliance, p. 2 et 3.