



Assemblée générale

Distr. générale
5 août 2016
Français
Original : anglais

Soixante et onzième session

Point 69 (b) de l'ordre du jour provisoire*

**Promotion et protection des droits de l'homme :
questions relatives aux droits de l'homme,
y compris les divers moyens de mieux assurer
l'exercice effectif des droits de l'homme
et des libertés fondamentales**

Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport présenté par le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Puras, conformément aux résolutions 6/29 et 24/6 du Conseil des droits de l'homme.

* A/71/150.



Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Résumé

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable sont l'occasion d'améliorer la santé et les droits de l'homme des plus défavorisés. Le cadre des droits de l'homme et du droit à la santé peut contribuer à leur application et à leur réalisation concrète. Le présent rapport met en lumière les facteurs de complémentarité mutuelle entre les objectifs et le droit à la santé. Il aborde quatre enjeux d'actualité pour illustrer la manière dont le droit à la santé peut contribuer à pallier certains retards considérables dans le cadre des objectifs de développement durable : l'égalité et la non-discrimination, l'application du principe de responsabilité, la couverture sanitaire universelle et la violence.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Le Programme de développement durable à l'horizon 2039 : enjeux et principes fondamentaux	3
III. Le droit à la santé et les objectifs de développement durable	5
A. Le droit à la santé comme cadre de réalisation des objectifs de développement durable	5
B. Les soins de santé et les déterminants fondamentaux du droit à la santé	6
C. Participation et accès à l'information	7
D. Obligations relevant du droit à la santé	8
IV. Enjeux d'actualité	10
A. Ne laisser personne de côté : équité, égalité et non-discrimination	10
B. Application du principe de responsabilité	14
C. Couverture sanitaire universelle	18
D. Une question de santé publique dans les objectifs de développement durable : la violence	21
V. Conclusions et recommandations	23

I. Introduction

1. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (résolution 70/1 de l'Assemblée générale) est l'une des stratégies mondiales les plus importantes et les plus ambitieuses qu'aient produites les Nations Unies. Le Programme 2030 contient 17 objectifs de développement durable (ODD) qui sont le fruit d'une approche globale visant à transformer le monde en une communauté mondiale plus pacifique, juste et inclusive. Les objectifs ont principalement trait à des buts sociaux, économiques et environnementaux et accordent une importance particulière à la bonne gouvernance, la règle de droit, l'accès à la justice, la sécurité de la personne et la lutte contre les inégalités. L'objectif de développement durable 3 porte sur la santé, et plusieurs autres objectifs contiennent également des engagements liés à la santé.

2. La négociation du Programme 2030 et des 17 objectifs de développement durable, même si elle a fait l'objet de critiques substantielles tant sur son processus que sur son résultat final¹, s'est conclue par un engagement à promouvoir et à protéger les droits de l'homme. Le Programme 2030 est fondé sur la Déclaration universelle des droits de l'homme et les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, et s'inspire de la Déclaration sur le droit au développement (résolution 70/1, par. 10). Le Programme 2030 contient notamment l'engagement visant à ce que sa mise en œuvre soit « conforme aux droits et obligations des États selon le droit international » (*ibid.*, par. 18). Autrement dit, la réalisation du droit international des droits de l'homme, qui englobe le droit à la santé, est en elle-même un objectif explicite des objectifs de développement durable.

3. Les objectifs de développement durable et le droit international des droits de l'homme contiennent de nombreux instruments pouvant leur permettre de s'enrichir mutuellement. En privilégiant particulièrement le respect des droits de l'homme, les mesures nationales et mondiales prises en faveur des objectifs peuvent favoriser la réalisation du droit à la santé. Inversement, le droit à la santé et d'autres droits de l'homme peuvent jouer un rôle essentiel en faveur des objectifs. C'est précisément ce lien symbiotique qui est au cœur du présent rapport, en particulier la part que le droit à la santé peut prendre dans la réalisation concrète des objectifs.

II. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 : enjeux et principes fondamentaux

4. Le Programme 2030 s'inscrit dans le prolongement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, adoptée à l'orée du nouveau millénaire et arrivée à échéance en 2015. Les objectifs stratégiques de la Déclaration du Millénaire et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) portaient principalement sur des réalisations en termes de santé, d'éducation, de réduction de la pauvreté et d'égalité des sexes visant à l'amélioration du développement humain dans les pays à faible revenu (A/59/422, par. 8 à 13). Ce programme a suscité une attention sans précédent dans la communauté internationale et a plus que jamais fait l'objet de

¹ Barbara Adams *et al.* (dir.), *Spotlight on Sustainable Development 2016: Report of the Reflection Group on the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Rheinbreitbach, Allemagne, Social Watch *et al.*, 2016) ; Claire E. Brolan, Peter S. Hill et Gorik Ooms, "“Everywhere but not specifically somewhere”: a qualitative study on why the right to health is not explicit in the post-2015 negotiations", *BMC International Health and Human Rights*, vol. 15, n° 22 (août 2015).

financements prioritaires et été au cœur des relations internationales tout au long de ses 15 années d'existence. Le Programme 2030 hérite de ce positionnement stratégique et s'érigera en instrument d'action majeur pour influencer les programmes de développement internationaux et nationaux au cours des deuxième et troisième décennies du millénaire.

5. Les objectifs du Millénaire pour le développement étaient de portée étroite, car ils concernaient principalement des questions économiques et sociales dans les pays à faible revenu. La santé occupait une place particulièrement importante dans les objectifs du Millénaire pour le développement : trois des huit objectifs concernaient la santé maternelle, la santé infantile et le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Le champ des objectifs de développement durable est plus vaste et couvre les dimensions économiques, sociales et environnementales du développement. Ces objectifs sont universels, s'appliquent aux pays pauvres comme aux pays riches et sont conçus pour être intégrés, imbriqués entre eux et transversaux. Notons que le Programme 2030 comporte l'engagement général de « ne laisser personne de côté » et d'aider d'abord « les plus défavorisés » dans le but de réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre (objectif 10). Cet engagement transparait dans plusieurs objectifs de développement durable et fait écho aux principes fondamentaux des droits de l'homme que sont la non-discrimination et l'égalité.

6. 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 conséquence. L'objectif 3 vise plus particulièrement à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Il est assorti de 9 cibles dont certaines portent notamment sur la mortalité infantile et maternelle ainsi que sur les maladies infectieuses et non transmissibles. Le Rapporteur spécial se félicite que le poids croissant des maladies non transmissibles soit reconnu, car elles sont à l'origine de la majorité des décès dans le monde et provoquent un impact disproportionné et catastrophique sur les catégories pauvres et marginalisées². D'autres cibles, comme l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative et la couverture sanitaire universelle, sont transversales et systémiques.

7. Les 17 objectifs ont presque tous un lien avec la santé et la plupart sont des déterminants essentiels en matière sanitaire :

- Éliminer la pauvreté (objectif 1)
- Sécurité alimentaire et nutrition (objectif 2)
- Éducation équitable, inclusive et de qualité (objectif 4)
- Égalité des sexes (objectif 5)
- Services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable (objectif 6)
- Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre (objectif 10)
- Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient sûrs (objectif 11)
- Changements climatiques et accès à l'énergie (objectif 13)

² Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014* (Genève, 2014).

- Sociétés pacifiques et inclusives, accès à la justice et institutions responsables et ouvertes à tous (objectif 16)
- Partenariat mondial (objectif 17)

8. En dépit des nombreuses synergies qui existent entre les objectifs de développement durable et le droit à la santé, il existe aussi un certain nombre de difficultés. De nombreuses cibles ayant trait à la santé suivent une approche réductrice et ne tiennent pas compte d'éléments fondamentaux du droit à la santé. Une interprétation superficielle des indicateurs de santé risque de nuire au respect des obligations relatives au droit à la santé – celle qui consiste par exemple à veiller à ce que la couverture sanitaire ne soit pas simplement étendue, mais qu'elle remplisse les conditions *sine qua non* du droit à la santé que sont notamment la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. Bon nombre des cibles et des indicateurs des objectifs qui sont liés à la santé se cantonnent aux seuls aspects biomédicaux, bien que l'obligation de garantir la promotion de la santé et les soins primaires soit fondée sur les droits de l'homme et sur les principes de santé publique moderne. Les engagements pris dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 doivent être réaffirmés et revitalisés par l'ensemble des acteurs concernés, et la neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé³ doit viser cet objectif.

9. Parmi les autres obstacles majeurs liés aux droits de l'homme qui entravent la mise en œuvre du Programme 2030, citons l'insuffisance des règles de responsabilité, le flou des directives concernant le caractère global de la réalisation des objectifs de développement durable, et l'absence d'engagements et de directives concernant la manière dont le système financier mondial doit être transformé pour accompagner cette stratégie mondiale ambitieuse et de grande envergure. De plus, le rôle du secteur privé pose un certain nombre de problèmes du point de vue des droits de l'homme.

10. Pourtant, en dépit de ses imperfections, le Programme 2030 peut améliorer la vie du plus grand nombre, en particulier des personnes les plus exclues et marginalisées. Les droits de l'homme et le droit à la santé peuvent renforcer de nombreux objectifs de développement durable et, lorsque les résultats en la matière sont insuffisants, ils peuvent fournir de précieux éclairages normatifs en vue de leur réalisation effective.

III. Le droit à la santé et les objectifs de développement durable

A. Le droit à la santé comme cadre de réalisation des objectifs de développement durable

11. La présente section ne contient qu'une introduction très brève au cadre régissant le droit à la santé et à certaines des méthodes permettant de renforcer, consolider et poursuivre la mise en œuvre des objectifs de développement durable. Il est important de rappeler une différence fondamentale entre les droits de l'homme et les objectifs de développement durable. Ceux-ci sont des engagements de nature politique, tandis que le droit à la santé s'accompagne d'obligations juridiquement contraignantes faites aux États de le réaliser progressivement, ainsi que de devoirs imposés à d'autres acteurs, les uns et les autres devant s'y tenir dans le cadre de

³ Voir www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en.

leurs politiques et programmes visant à réaliser les objectifs de développement durable.

12. Hélas, le Programme 2030 n'affirme pas explicitement que la santé est un droit de l'homme. Comme on l'a indiqué précédemment, les objectifs de développement durable sont fondés sur la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) et sur les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Tous les États ont ratifié au moins l'un de ces instruments. Le droit à la santé est protégé par des instruments régionaux en vigueur en Afrique, en Europe et dans les Amériques, ainsi que par au moins une centaine de constitutions dans le monde⁴.

13. Le droit à la santé est également indissociable d'autres droits de l'homme internationalement reconnus et liés aux objectifs de développement durable, comme le droit à l'eau, à l'alimentation, à un logement convenable, à l'éducation, à la vie privée, ou encore les libertés d'expression et d'association, la liberté de ne pas être soumis à la torture, l'identité et l'égalité devant la loi, qui tous doivent être respectés, protégés et réalisés dans le cadre des objectifs.

14. Le droit à la santé a été précisé dans plusieurs observations générales adoptées par les organes conventionnels des Nations Unies, notamment l'observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels⁵. La jurisprudence croissante et les travaux de recherche de plus en plus fournis sur le droit à la santé ont également étoffé la notion de ce droit fondamental.

15. Les paragraphes qui suivent détaillent les normes et obligations qui sont contenues dans le cadre juridique relatif au droit à la santé, dont il convient de tenir compte et qui appuieront les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé.

⁴ Hans V. Hogerzeil, Melanie Samson et Jaume Vidal Casanova, "Ruling for access: leading court cases in developing countries on access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health" (Genève, OMS, 2004).

⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n°s 14 et 22 ; Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 15.

B. Les soins de santé et les déterminants fondamentaux du droit à la santé

16. Le droit à la santé englobe le droit aux soins de santé. Les soins de santé sont étroitement liés à l'ensemble des cibles de l'objectif 3 et figurent explicitement dans la cible 3.8 – faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle – et dans la cible 3.7 – assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative. Le lien entre la couverture sanitaire universelle et le droit à la santé est examiné plus en détail ci-après ; quant au droit aux soins de santé sexuelle et procréative, il a été précisé dans les observations générales n° 14 et n° 22 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, ainsi que dans plusieurs rapports rédigés par le titulaire du mandat (voir E/CN.4/2004/49, A/66/254, A/HRC/14/20 et A/HRC/32/32). Le droit à la santé peut aussi favoriser d'autres cibles, et réciproquement, comme la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans (cibles 3.1 et 3.2) ainsi que de l'incidence des maladies transmissibles et non transmissibles (cibles 3.3 et 3.4), la promotion de la santé mentale (cible 3.4) et la réduction du nombre de décès dus à des accidents de la route (cible 3.6).

17. Le droit à la santé suppose que les biens, les services et les équipements nécessaires aux soins de santé soient disponibles en quantité suffisante, qu'ils soient accessibles économiquement, physiquement et sans discrimination, qu'ils soient acceptables, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés et réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et qu'ils soient de bonne qualité⁶. Plusieurs cibles des objectifs de développement durable ont trait à ce cadre, y compris l'engagement à accroître la formation, le recrutement et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement (cible 3.c), qui conforte le principe de disponibilité des services.

18. Le droit à la santé repose sur un pilier fondamental : un système de santé efficace et intégré, fondé sur les principes des droits de l'homme que sont l'égalité et la non-discrimination, la transparence, la responsabilité et la participation. Trop souvent, les systèmes de santé ne constituent une priorité ni pour les États ni pour les donateurs bilatéraux et multilatéraux. De surcroît, ils n'occupent qu'une maigre place dans le Programme 2030, alors même que bon nombre des objectifs et des cibles de développement durable dépendent de l'existence d'un système de santé solide, adéquatement financé, transparent et responsable. Sans investissements ciblés en faveur du renforcement des systèmes de santé, il n'est guère envisageable d'accomplir de quelconques progrès concernant les objectifs liés à la santé, notamment la lutte contre les maladies non transmissibles, dont le poids est croissant, la couverture sanitaire universelle et d'autres cibles. Cela passe par un investissement financier mais aussi par un investissement dans les mécanismes de bonne gouvernance, de transparence, de participation et de responsabilité.

19. Le droit à la santé englobe les déterminants fondamentaux de la santé, y compris les déterminants sociaux et psychosociaux. Les objectifs de développement durable abordent la plupart de ces déterminants fondamentaux, qu'il s'agisse des composantes du droit à la santé figurant dans les cibles de l'objectif 3, comme la sécurité routière, la consommation abusive d'alcool et de tabac ou encore la

⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 12.

pollution de l'environnement, ou d'autres cibles et objectifs portant par exemple sur les services d'alimentation en eau potable et d'assainissement (objectif 6), l'éducation (objectif 4), l'alimentation (objectif 2), le travail décent (objectif 8), la réduction des inégalités (objectif 10), l'égalité des sexes (objectif 5), la réduction de la pauvreté (objectif 1), les changements climatiques et l'accès à l'énergie (objectif 13), la paix, la justice et l'efficacité des institutions (objectif 16) et la violence (cibles 5.2, 16.1 et 16.2).

20. Pour lutter contre les changements climatiques et la pollution de l'environnement, par exemple (objectif 13 et cible 3.9), les États et les autres acteurs concernés doivent reconnaître l'incidence sanitaire spécifique que ces questions environnementales ont sur certaines populations, notamment en raison d'inégalités socioéconomiques, de normes culturelles et de facteurs psychologiques intrinsèques⁷. Les changements climatiques accroissent l'incidence de maladies comme le paludisme et la diarrhée, qui touchent déjà les pauvres de manière disproportionnée. De même, la pollution de l'environnement aggrave la charge croissante que représentent les maladies non transmissibles, qui affectent principalement les pauvres. Il en résulte une hausse des dépenses de santé et une augmentation des maladies mentales et physiques parmi ceux qui ont le moins les moyens d'y faire face, ce qui nourrit le cercle vicieux de la pauvreté (A/HRC/32/23, par. 24).

21. L'objectif 3 ne sera atteint qu'à la condition de prendre l'engagement ferme de s'attaquer à l'ensemble des déterminants fondamentaux en matière de santé et de consentir un investissement durable en faveur de systèmes de santé transparents et responsables.

C. Participation et accès à l'information

22. Les objectifs de développement durable sont nés d'un processus participatif sans équivalent. Ils contiennent également des engagements majeurs en faveur de la participation, en particulier la cible 16.7 qui vise à « faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions », ainsi que d'autres cibles et objectifs essentiels à une participation libre, éclairée et constructive, comme l'accès public à l'information et la protection des libertés fondamentales (cible 16.10).

23. Le droit international des droits de l'homme reconnaît le droit des individus à prendre part à la direction des affaires publiques⁸. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels stipule que les États sont tenus de respecter le droit des individus et des groupes à prendre part aux processus de prise de décisions qui concernent leur santé et leur développement. Cette participation doit être libre, éclairée, active et constructive (voir A/69/213).

24. Les États doivent veiller à ce que les détenteurs des droits, y compris ceux qui appartiennent à des catégories marginalisées, bénéficient des conditions leur permettant de participer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des lois, des politiques et des stratégies concernant la réalisation des objectifs de développement

⁷ Commission santé et changements climatiques de la revue *The Lancet*, "Health and climate change: policy responses to protect public health", *The Lancet*, vol. 386, n° 10006 (novembre 2015).

⁸ Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 21 ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 25.

durable. De ce point de vue, la reconnaissance, la jouissance et la protection des libertés publiques sont essentielles, notamment la liberté d'opinion et d'expression et le droit de réunion pacifique et de libre association.

25. La pleine réalisation de tous les droits de l'homme, dont le droit à la santé, dépend d'une condition préalable essentielle : les acteurs de la société civile exerçant dans des domaines liés à la santé doivent pouvoir accomplir leurs missions dans un contexte sûr et favorable. Le Rapporteur spécial est préoccupé par la marge d'action limitée dont dispose la société civile dans de nombreux pays, y compris ceux de ses acteurs qui interviennent dans le domaine des droits liés à la santé.

D. Obligations relevant du droit à la santé

26. Comme on l'a indiqué précédemment, les objectifs de développement durable sont des engagements de nature politique. Aux termes du cadre international des droits de l'homme, cependant, les États devraient agir en conformité avec leurs obligations de respecter, de protéger et de réaliser le droit à la santé dans toutes les initiatives qu'ils prennent pour atteindre les objectifs. Les principaux éléments constitutifs des obligations qui incombent aux États au titre du droit à la santé concernent notamment la réalisation progressive, les obligations d'obtenir des effets immédiats, la disponibilité maximale des ressources et l'assistance et la coopération internationales.

27. Le droit à la santé est réalisé de manière progressive, ce qui signifie que les États ont l'obligation d'agir aussi vite et aussi efficacement que possible en prenant des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour réaliser pleinement ledit droit (voir E/CN.4/2003/53 et Corr.1 et 2). Il faut pour cela disposer des indicateurs et des niveaux de référence adéquats, afin de suivre correctement les progrès accomplis au fil du temps. Il est utile d'examiner la manière dont les gouvernements suscitent ou manquent des possibilités de générer des revenus, d'allouer des budgets et de dépenser dans les faits les fonds alloués, pour déterminer s'ils respectent leurs obligations d'accomplir progressivement leurs devoirs en matière de droit à la santé et d'autres droits économiques, sociaux et culturels en utilisant le maximum des ressources disponibles (E/2009/90, par. 44 à 54 et 74). Il est indispensable de suivre les ressources que les pays investissent dans tel ou tel objectif et telle ou telle cible pour s'assurer que les efforts déployés pour les atteindre sont adéquatement fléchés et que les populations les plus marginalisées reçoivent l'attention dont elles ont besoin.

28. En matière de santé, certaines obligations sont d'effet immédiat et ne sont donc pas soumises au principe de réalisation progressive. C'est notamment le cas d'obligations fondamentales comme l'accès aux équipements, biens et services de santé dans des conditions non discriminatoires, l'accès à l'alimentation, au logement et à l'assainissement, à l'eau potable et sûre et aux médicaments essentiels⁹, et la garantie de couverture universelle des services de soins de santé¹⁰. Parmi les autres obligations fondamentales qui sont essentielles à la réalisation des objectifs figurent la révision des cadres juridiques et stratégiques nationaux et infranationaux et la révision ou l'adoption, le cas échéant, de lois et de mesures ; l'adoption d'une

⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 43.

¹⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 15, par. 73.

stratégie nationale de la santé qui englobe le droit à la santé ; et la répartition équitable des équipements, biens et services de santé.

29. En outre, les États doivent consacrer le maximum de ses ressources disponibles au droit à la santé¹¹. Dans de nombreux pays, le système de santé est sous-financé. L'engagement figurant dans la cible 3.c qui vise à accroître considérablement le budget de la santé est bienvenu et fait écho à cette obligation. Toutefois, les ressources accumulées afin de financer les systèmes de santé doivent être dépensées dans un contexte de bonne gouvernance, de transparence, de participation et de responsabilité. La société civile doit être associée de manière constructive comme partenaire à tous les niveaux de prise de décision et de responsabilité¹².

30. Le maximum des ressources disponibles englobe les ressources nationales et internationales. Il peut être nécessaire, pour augmenter le budget de la santé, de réaffecter des ressources existantes ou d'en créer de nouvelles. Les objectifs de développement durable obligent les États à renforcer leurs capacités de perception de l'impôt et d'autres recettes, notamment au moyen de la coopération internationale. Conformément aux principes des droits de l'homme que sont la non-discrimination et l'égalité, les États devraient assurer le financement de la santé en se fondant sur des systèmes fiscaux progressifs dont les capacités de redistribution bénéficient aux ménages les plus pauvres. L'endettement et le financement des déficits, la politique monétaire et la régulation financière sont autant d'autres domaines essentiels pour veiller à ce que le maximum de ressources soient disponibles (A/HRC/26/28, par. 25).

31. Tous les États sont tenus par le droit international de prendre des mesures conjointement et séparément dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales en vue de réaliser les droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la santé¹³. Au-delà de l'appui financier et technique, la notion relative aux droits de l'homme d'assistance et de coopération internationales comprend la responsabilité qu'ont les États développés « d'œuvrer activement pour l'instauration d'un ordre international propre à faciliter l'élimination de la pauvreté et la réalisation du droit à la santé » (A/59/422, par. 32).

32. La notion d'assistance et de coopération internationales est omniprésente dans les objectifs de développement durable et résonne fortement avec les principes d'équité, de partenariat et de coopération à l'échelle mondiale qui animent le Programme 2030 et le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement. En outre, le concept lié aux droits de l'homme d'assistance et de coopération internationales consolide l'assise juridique de l'objectif 17 visant à renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et à le revitaliser, notamment l'engagement, en matière de développement, pris par les pays de réaliser l'intégralité de leurs cibles officielles d'aide publique au développement (cible 17.2), de mobiliser des ressources financières supplémentaires en faveur des pays en développement (cible 17.3) et de les aider à régler le problème de leur dette (cible 17.4).

¹¹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2 (1).

¹² Society for International Development, Transparency International — Kenya and Kenya Ethical and Legal Issues Network, "Sealing corruption loopholes in Kenya's health procurement systems", Policy Brief, n° 2 (avril 2016).

¹³ Charte des Nations Unies, articles 55 et 56 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 2, n° 3 et n° 14.

33. Les pays développés/à revenu élevé ont le devoir d'accorder leur coopération et leur assistance aux pays en développement afin d'appuyer leurs efforts visant à réaliser le droit à la santé dans leurs rôles respectifs de donateurs et de membres d'organisations financières et d'organisations de développement internationales et régionales¹⁴. Pour se conformer à ces obligations, les États doivent respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et user de leur influence politique ou juridique pour éviter que des tierces parties ne violent ce droit dans d'autres pays.

34. Les pays en développement qui sont membres d'organisations financières internationales devraient chercher à garantir la protection du droit à la santé dans les politiques de prêt, les accords de crédit et les autres mesures internationales concernant ces institutions¹⁵. Ils sont également tenus par l'obligation d'utiliser les ressources au niveau national et de rechercher des ressources grâce à la coopération et à l'assistance internationales afin de réaliser le droit à la santé.

35. Le secteur privé occupe une place importante dans les objectifs de développement durable en raison de son rôle crucial – tantôt positif, tantôt négatif – de prestataire de biens et de services de soins de santé, ainsi que dans le domaine de la recherche et du développement de médicaments dans de nombreux pays. Conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, les États sont tenus par une obligation de protection contre toute interférence du secteur privé et contre tout préjudice qu'il pourrait causer. L'adoption et la mise en œuvre d'un solide cadre légal, réglementaire et stratégique sont essentielles, et des mécanismes d'application du principe de responsabilité dans le secteur privé – y compris de suivi, d'examen et de recours – doivent être institués aux niveaux mondial, régional et national.

36. Le principe de responsabilité, l'égalité et la non-discrimination sont des composantes essentielles du cadre du droit à la santé et seront présentées dans la section suivante.

IV. Enjeux d'actualité

37. La relation qui existe entre les objectifs de développement durable et le droit à la santé s'accompagne de nombreux enjeux de grande importance. Compte tenu des contraintes de volume s'appliquant au présent rapport, cette section comporte une analyse exploratoire et introductive de quatre enjeux d'actualité caractérisant le Programme 2030 et en lien avec le droit à la santé : la lutte contre l'inéquité et l'égalité ; l'application du principe de responsabilité ; la couverture sanitaire universelle ; la violence.

38. Les engagements visant à ne laisser personne de côté et à garantir l'application du principe de responsabilité sont des principes fondamentaux des droits de l'homme. La couverture sanitaire universelle est une condition indispensable de l'équité dans la mise en œuvre du droit à la santé ; la violence, quant à elle, est un déterminant fondamental et négligé de la santé, et un obstacle systémique à l'accès

¹⁴ Charte des Nations Unies, articles 55 et 56 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 3, par. 14.

¹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 39.

aux soins de santé, à l'amélioration du bien-être et à la réalisation des objectifs de développement durable.

39. Chacune des questions susmentionnées constitue un enjeu nouveau par apport au programme du Millénaire et nécessite un engagement opérationnel dans les pays riches comme dans les pays pauvres. Les difficultés liées à ces quatre enjeux d'actualité existent dans certains segments de la population des pays développés tout autant que dans les pays en développement. Les cibles et les indicateurs contenus dans le Programme 2030 ne couvrent pas ces enjeux comme il se doit, d'où une incertitude concernant la manière dont les États doivent entreprendre leur réalisation concrète. Les droits de l'homme et le droit à la santé peuvent fournir une assise juridique pouvant utilement guider l'action visant à remédier à ces difficultés¹⁶.

A. Ne laisser personne de côté : équité, égalité et non-discrimination

40. L'inégalité, la discrimination et l'inéquité sont des aspects déterminants de la communauté mondiale qui dessinent et influencent les politiques et les résultats dans le domaine de la santé¹⁷, et qui sont le fruit d'une approche profondément viciée de l'investissement dans le développement humain et des priorités établies en la matière. Les objectifs du Millénaire pour le développement ne reconnaissaient pas l'importance de l'équité, de la non-discrimination et de l'égalité dans le domaine de la santé, ce qui a conduit à masquer les inégalités et les disparités dans les pays et d'un pays à l'autre – et, ce faisant, à aggraver davantage la situation des catégories les plus défavorisées et marginalisées¹⁸.

41. Le Programme 2030 engage à privilégier les plus pauvres et les plus vulnérables, et à aider d'abord les plus défavorisés. L'objectif 3 – permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge – fait de l'égalité, de la non-discrimination et de l'équité la question sanitaire centrale du Programme 2030, en la complétant par l'objectif 10 qui exhorte à réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. Pour y parvenir, cependant, il faut accomplir un tournant fondateur en termes de mise en œuvre en privilégiant les plus défavorisés, en répertoriant ces populations et en leur donnant davantage de visibilité, en analysant les obstacles qui expliquent leur exclusion et en adoptant des mécanismes et des politiques permettant leur inclusion et leur démarginalisation (E/HLPF/2016/2, par. 109).

42. Hélas, les cibles et les indicateurs établis pour guider les États de sorte qu'ils assurent l'égalité, la non-discrimination et l'équité dans le domaine de la santé d'ici à 2030 sont vagues (cible 3.4), n'engagent à suivre les progrès accomplis qu'au moyen de données non ventilées (indicateur 3.8.2) et n'explicitent pas le caractère indissociable de nombreux objectifs de développement durable. Cela laisse aux

¹⁶ Adams *et al.*, *Spotlight on Sustainable Development* (voir note de bas de page 1) ; Organisation internationale du travail (OIT), *Rapport sur les femmes au travail : Tendances 2016* (Genève, 2016) ; Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et Centre pour les droits économiques et sociaux, "Who will be accountable? Human rights and the post-2015 development agenda" (New York et Genève, 2013).

¹⁷ OMS, *State of Inequality: Reproductive, Newborn and Child Health* (Genève, 2015) ; A/HRC/29/31, par. 29 à 42.

¹⁸ Save the Children, "Leaving no one behind: embedding equity in the post-2015 framework through stepping stone targets" (Londres, 2015).

gouvernements la possibilité de privilégier des cibles plus faciles à atteindre ou de restreindre les plans de mise en œuvre, sapant du même coup l'engagement plus général d'aider d'abord les plus défavorisés. Le cadre relatif au droit à la santé est un outil précieux pour cerner les inéquités, fixer des priorités et mettre au point un ensemble global de mécanismes d'application afin de pallier les lacunes qui existent dans tous les domaines du Programme 2030.

43. Le droit à la santé impose aux États de s'attaquer de manière globale à tout un ensemble d'obstacles résultant des inégalités et des discriminations qui entravent l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé, et de privilégier les membres vulnérables et pauvres de la société¹⁹. En cela, il est en cohérence avec l'engagement à mettre en œuvre collectivement les cibles des objectifs de développement durable et, surtout, il fournit des directives normatives concernant l'établissement de priorités.

Déterminer les priorités de financement dans le domaine de la santé

44. Les ressources financières nécessaires pour développer les systèmes de santé et pouvoir y accéder constituent un obstacle courant à l'équité en matière de santé, qui affecte particulièrement la santé et le bien-être des personnes les plus pauvres et les plus marginalisées du monde. Les pays en développement, surtout ceux qui sont dépourvus de solides systèmes de santé, sont confrontés à de graves difficultés pour réaliser les objectifs de développement durable liés à la santé. Le droit à la santé suppose que les États fléchissent en priorité leurs ressources en direction des personnes les plus pauvres et marginalisées, même s'ils sont soumis à des contraintes budgétaires, et ce au moyen d'une série de mesures. En voici plusieurs exemples permettant de relier différents objectifs :

(a) Les États devraient garantir une couverture sanitaire ou l'accès aux soins à ceux qui vivent dans la pauvreté ou qui sont dépourvus de moyens suffisants, afin de prévenir toute discrimination (cibles 1.3 et 3.8)²⁰ ;

(b) Les ressources doivent être allouées de manière équitable et leur répartition doit privilégier l'accès aux équipements, biens et services de santé, sans favoriser à l'excès les services de santé destinés aux populations privilégiées comme les agents publics et les résidents des grandes zones urbaines (cibles 1.a et objectif 3) ;

(c) La répartition des ressources doit faire en sorte que les personnes les plus vulnérables et marginalisées aient accès à une alimentation suffisante en eau sûre et potable (objectifs 3 et 6).

Transformer le contexte juridique et stratégique

45. Les lois, politiques et pratiques discriminatoires en-dehors du contexte sanitaire peuvent avoir un impact direct sur la réalisation du droit à la santé²¹. Les personnes vivant dans la pauvreté, par exemple, sont souvent exclues de l'accès aux services de santé et d'autres déterminants fondamentaux de la santé comme le logement social et d'autres services sociaux, non pas (seulement) parce qu'elles sont pauvres, mais (aussi) parce qu'elles ne bénéficient pas de la sécurité qu'apporte un

¹⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 18 et 19.

²⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14.

²¹ Manjima Bhattacharjya *et al.*, "The right(s) evidence: sex work, violence and HIV in Asia – a multi-country qualitative study" (Fonds des Nations Unies pour la population, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et Asia Pacific Network of Sex Workers, 2015).

titre de propriété foncière ou d'identité légale officielle. Il arrive qu'il soit interdit par la loi ou par la réglementation aux populations criminalisées d'accéder au logement social ou à d'autres services sociaux. Les personnes handicapées se voient parfois refuser la capacité juridique et il arrive qu'elles subissent des interventions ou soient placées en institution sans leur consentement.

46. De même, de telles conditions exacerbent les difficultés d'accès aux services de santé et se traduisent par une série de conséquences néfastes pour les populations pauvres et marginalisées. Les lois criminalisant la consommation de drogues, par exemple, peuvent dissuader les utilisateurs de drogues de recourir à des services vitaux de réduction des risques (cibles 3.3/3.5)²². Les mesures restrictives et punitives de lutte contre la drogue peuvent priver les personnes souffrant de douleurs de leur droit à bénéficier de soins palliatifs. Les lois qui criminalisent l'avortement et qui restreignent la disponibilité des informations et des services en matière de santé sexuelle et procréative aggravent les risques de complication durant la grossesse et de mortalité maternelle auxquels les femmes et les filles sont exposées (cible 3.2/3.7/objectif 5) (voir A/HRC/32/32).

47. Les lois répressives peuvent également réduire la marge d'intervention des acteurs de la société civile et, ce faisant, entraver les efforts déployés pour concrétiser les libertés et les droits fondamentaux. Les lois qui interdisent aux organisations non gouvernementales et aux défenseurs des droits de l'homme de travailler sans être officiellement enregistrés et qui limitent, voire interdisent complètement l'accès aux financements étrangers ont freiné les efforts consentis pour promouvoir les droits des populations marginalisées dans le monde.

48. Pour remédier aux inégalités et aux discriminations dans le domaine de la santé, le droit à la santé impose que les États prennent des mesures juridiques immédiates et globales – consistant notamment à abroger des lois discriminatoires – et prévoient de solides garanties juridiques d'égalité et de non-discrimination (objectif 5 et cible 10.3)²³. Les États devraient également adopter des politiques nationales de santé assorties de budgets suffisants et accordant une attention particulière aux catégories marginalisées, et en évaluer régulièrement la mise en œuvre. Les stratégies nationales d'équité sanitaire qui intègrent une telle démarche peuvent contribuer au déploiement d'une approche holistique et globale de la lutte contre les inégalités et la discrimination²⁴.

49. Les projets de démarginalisation par le droit qui ciblent les communautés marginalisées contribuent à garantir l'accès aux soins de santé. Ils répondent également aux atteintes aux droits de l'homme, y compris les atteintes au droit à la santé, et visent à y apporter réparation. De même, le renforcement des connaissances juridiques et des services d'aide judiciaire peut être précieux s'agissant de déterminants fondamentaux de la santé comme l'obtention d'un logement social ou de prestations de sécurité sociale (objectif 1 et cible 1.1), la

²² Judith Levine *et al.*, "Risks, rights and health" (New York, PNUD, 2012) ; Steffanie A. Strathdee *et al.*, "HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present and future", *The Lancet*, vol. 376, n° 9737 (juillet 2010).

²³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14.

²⁴ Eric A. Friedman, "National health equity strategies to implement the global promise of SDGs", *Health and Human Rights Journal*, SDG Series blog, 5 octobre 2016. Disponible à l'adresse suivante : www.hhrjournal.org/2015/10/sdg-series-national-health-equity-strategies-to-implement-the-global-promise-of-sdgs.

prévention des mesures de détention illégale ou excessive et la lutte contre la violence et les abus commis par la police (objectifs 11 et 16), la protection et l'établissement de droits fonciers (objectifs 1, 5 et 11), l'établissement de l'identité et de la citoyenneté des personnes (cible 16.9), la prévention des discriminations fondées sur le sexe (objectifs 5 et 16) et la promotion de la participation constructive des pauvres et autres personnes marginalisées aux décisions touchant leur accès aux soins de santé et les autres déterminants fondamentaux de la santé (cibles 5.5 et 16.7).

Participation et démarginalisation

50. Les populations pauvres et marginalisées sont souvent exclues de toute participation constructive aux décisions relatives aux politiques qui concernent directement leur santé et leur développement. L'exclusion, les discriminations et les inégalités s'en trouvent aggravées – et, avec elles, la mauvaise santé. Sans la participation des communautés, en particulier des catégories pauvres et vulnérables, les priorités et les systèmes établis en matière de santé continueront de favoriser les populations urbaines, valides et privilégiées. Malheureusement, l'objectif 3 n'intègre pas la participation parmi les indicateurs de mesure des progrès accomplis dans le domaine de la santé.

51. La participation d'un échantillon représentatif d'acteurs variés de la société civile, en particulier de groupes d'utilisateurs, de communautés affectées et de militants locaux, est indispensable à la mise en œuvre d'un programme mondial inclusif et constructif pour tous. Le droit à la santé suppose une participation active et constructive qui va au-delà de modes de représentation purement symboliques. Il faut pour ce faire mobiliser des ressources et créer des mécanismes permettant à la société civile de participer aux processus nationaux, régionaux et internationaux relatifs aux processus de réalisation des objectifs de développement durable, notamment le Forum politique de haut niveau pour le développement durable (objectif 17).

52. Les projets de démarginalisation des populations locales conduits auprès des communautés défavorisées et marginalisées ont obtenu des résultats extraordinaires dans le domaine de la santé, par exemple dans le cadre de la lutte mondiale pour mettre fin à l'épidémie de VIH/sida (cible 3.3) (E/HLPF/2016/2, par. 107). La démarginalisation économique et sociale – sous la forme de la décriminalisation du travail du sexe et de la mobilisation des travailleurs de l'industrie du sexe, par exemple – a contribué à améliorer la santé et à déceler de très graves retards sanitaires (objectifs 3 et 5)²⁵. La mobilisation des communautés en vue de garantir un logement stable et adéquat aux sans-abris vivant avec le VIH peut avoir des incidences vitales sur leur santé (cibles 3.3 et 11.1)²⁶. Les initiatives visant à démarginaliser les parents en situation de vulnérabilité grâce à des programmes participatifs d'éducation parentale réduisent les risques de conséquences sanitaires négatives sur leurs enfants (objectif 3 et cibles 4.2, 5.2 et 16.2)²⁷. Les taux de mortalité infantile et la santé à long terme des filles progressent lorsque les jeunes

²⁵ Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida, "Comment le sida a tout changé – OMD 6 : 15 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida" (Genève, 2015).

²⁶ Kate Shannon *et al.*, "Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants", *The Lancet*, vol. 385, n° 9962 (janvier 2015).

²⁷ Amy Knowlton *et al.*, "Individual, interpersonal and structural correlates of effective HAART use among urban active injection drug users", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 41, n° 4 (avril 2006).

filles ont accès à l'éducation (objectifs 3, 4 et 5) (A/70/213, par. 9). Les investissements consentis dans de tels projets placent les principes des droits de l'homme que sont l'autonomie et la participation au cœur des politiques de santé publique et constituent des piliers essentiels d'une société ouverte, inclusive et pacifique.

Données ventilées

53. Conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme, les objectifs de développement durable comportent un engagement visant à collecter en temps utile des données de qualité qui soient facilement accessibles et fiables. Pour concrétiser le droit à la santé et parvenir à l'équité sanitaire, il faut répertorier et analyser les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. La collecte de données ventilées permet d'identifier des tendances structurelles de vulnérabilité. Elle est indispensable pour faire apparaître les disparités, pour déterminer où des mesures ciblées sont nécessaires, pour suivre les progrès accomplis et pour contribuer à les examiner et à en rendre compte. Le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable a recommandé que les données mondiales concernant lesdits objectifs soient ventilées « par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap et emplacement géographique, et selon d'autres caractéristiques propres à chaque pays » (cible 17.18). Une présentation des données ainsi ventilées constituerait un progrès bienvenu par rapport aux objectifs du Millénaire pour le développement, dont les données étaient présentées sous la forme de moyennes nationales.

54. Pour cibler en priorité les plus fragiles, il faut reconnaître le fait que les méthodes traditionnelles de collecte des données ne permettent pas de détecter de nombreuses populations, soit parce qu'elles sont exclues des processus d'enregistrement à l'état-civil ou qu'elles se heurtent à d'autres obstacles, soit parce qu'elles sont sans abri ou criminalisées et qu'elles ne sont jamais intégrées aux processus statistiques officiels. Les méthodes qualitatives de collecte des données apportent un complément pratique et fécond aux méthodes quantitatives traditionnelles²⁸.

55. L'engagement pris dans le Programme 2030 de renforcer la collecte de données statistiques dans les pays en développement devrait prévoir un appui à la ventilation de données de qualité, s'agissant en particulier des données et statistiques d'état-civil. Le Rapporteur spécial encourage les États à ventiler les données en fonction de critères supplémentaires et de recourir à la fois aux méthodes quantitatives et aux méthodes qualitatives. C'est à cette condition que pourront être identifiés les obstacles auxquels sont confrontés les différentes catégories afin de faire en sorte que soient adoptées des dispositions légales et autres mesures adéquates qui permettent de réduire les discriminations et de favoriser l'égalité de fait.

B. Application du principe de responsabilité

56. Le principe de responsabilité est au cœur des droits de l'homme, y compris du droit à la santé. La responsabilité en matière de droits de l'homme consiste en un processus qui fournit aux bénéficiaires des droits la possibilité de s'informer sur la

²⁸ Flavia Bustreo *et al.*, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Genève, OMS, 2013), p. 85, sect. 4.2.

manière dont les débiteurs de l'obligation se sont acquittés de leurs devoirs, et pour les débiteurs en question d'expliquer les mesures qu'ils ont prises à ces fins. Ce principe a une fonction corrective, puisqu'il permet aux plaintes individuelles et collectives d'obtenir réparation ; il a également une fonction préventive qui contribue à déterminer quelles lois, quelles politiques et quels programmes produisent des résultats, et quels ajustements il est nécessaire de leur apporter²⁹. Il faut y voir un processus constructif qui aide les individus et les groupes à donner corps à leurs droits, et les débiteurs d'obligations à remplir leurs devoirs.

57. Le Programme 2030 comprend un engagement bienvenu en faveur du « principe de responsabilité » au moyen d'un « cadre de suivi et d'examen solide, volontaire, efficace, participatif, transparent et intégré » (résolution 70/1, par. 72) qui respecte les droits de l'homme aux niveaux international, régional et national. Le principe de responsabilité est essentiel à la réalisation des objectifs de développement durable. Toutefois, le sens que revêtent précisément les notions de principe de responsabilité, de suivi et d'examen dans le contexte des objectifs de développement durable demeure flou.

58. Ces dernières années, l'analyse du principe de responsabilité et les institutions qui en sont garantes ont été développées dans les domaines de la santé mondiale et des droits de l'homme, et pourraient inspirer l'application dudit principe dans le cadre des objectifs de développement durable liés à la santé et contribuer à dessiner de nouveaux mécanismes³⁰. En 2011, la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, créée pour proposer un cadre visant à garantir la concrétisation des engagements pris au titre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (2010-2015), a proposé un modèle tripartite de responsabilisation fondé sur le suivi, l'examen et les mesures de réparation³¹. Ce modèle, inspiré de la notion de responsabilité appliquée aux droits de l'homme, a ensuite été repris par le Secrétaire général, en particulier dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), qui appuie la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Suivi

59. Le suivi signifie « la mise à disposition des informations essentielles et pertinentes sur les résultats (qui est concerné, où et dans quelle mesure ?) et sur les ressources (quelles sont les dépenses, où sont-elles affectées, quels sont les bénéficiaires, où sont-ils ?) »³¹. Il est envisagé de fonder le suivi et l'examen sur un ensemble de données et d'indicateurs mondiaux que complèteront des indicateurs régionaux et nationaux. Le Programme 2030 comporte des engagements à disposer de données « de qualité, accessibles, opportunes, fiables et ventilées ».

60. Les États devraient s'assurer que les indicateurs adoptés concernent les droits de l'homme dans le contexte des objectifs de développement durable, et qu'ils rendent compte de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des soins de

²⁹ HCDH et Centre des droits économiques et sociaux, "Who will be accountable?" (voir note de bas de page 16).

³⁰ 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 (2014).

³¹ Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, "Tenir les promesses, mesurer les résultats" (OMS, 2011), p. 7.

santé et des déterminants fondamentaux de la santé. Il convient de se doter de mécanismes de gouvernance participative permettant de collecter et d'analyser des données ventilées, et les données doivent être dûment communiquées aux responsables publics et, plus généralement, à la population. Les États devraient aussi recourir à des méthodes innovantes pour remédier aux problèmes liés à la taille des échantillons.

61. Les données statistiques sont importantes, mais elles ne suffisent pas à assurer le suivi ; il faut les compléter par des données et des informations qualitatives, et par des analyses provenant de mécanismes de suivi des droits de l'homme, d'organisations internationales et de la société civile. Le suivi ne doit pas seulement porter sur les résultats, mais aussi sur les processus de développement et sur les débiteurs des obligations, notamment les États, les donateurs, le secteur privé, les organisations internationales et les organisations de la société civile. Le suivi, y compris les données, doit alimenter les processus d'examen.

Examen

62. L'examen consiste à « analyser les données récoltées pour déterminer si la santé (...) s'est améliorée, et si les assurances, les promesses et les engagements ont été tenus » par tous les acteurs concernés³¹. Il sera indispensable que les processus d'examen dépassent le stade de la seule analyse des données pour évaluer si les engagements pris au titre des objectifs de développement durable, y compris au titre du droit à la santé, ont été tenus.

63. Des mécanismes de suivi et d'examen aux niveaux mondial, régional et national sont encore en cours d'élaboration. Les examens multipartites, participatifs, transparents et réguliers seront essentiels. Il faudra recourir à un éventail varié de mécanismes, notamment dans les processus politiques, administratifs, judiciaires et quasi judiciaires. Les mécanismes indépendants ont un rôle crucial à jouer aux niveaux national, régional et international³².

64. Aux niveaux national et infranational, l'examen devrait se dérouler dans le cadre des institutions et des processus nationaux existants, y compris les institutions nationales des droits de l'homme, les processus d'examen des politiques, les audits détaillés sur la mortalité maternelle, les tribunaux compétents en matière de droits des patients et le contentieux³³. Les institutions nationales des droits de l'homme garantissent par exemple l'application du principe de responsabilité pour ce qui concerne les objectifs de développement durable liés au droit à la santé, notamment par les évaluations et enquêtes nationales qu'elles conduisent, et en participant à d'autres processus d'examen nationaux et internationaux, et en conseillant les gouvernements sur la promotion et la protection des droits dans les plans nationaux de mise en œuvre et sur l'application des règles dans le respect des droits, y compris

³² Paul Hunt, "SDGs and the importance of formal independent review: an opportunity for health to lead the way", *Health and Human Rights Journal*, SDG Series blog, 2 September 2015. Available from www.hhrjournal.org/2015/09/sdg-series-sdgs-and-the-importance-of-formal-independent-review-an-opportunity-for-health-to-lead-the-way.

³³ Rebecca Brown, "Leaving no one behind: human rights and accountability are fundamental to addressing disparities in sexual and reproductive health", *Health and Human Rights Journal*, SDG Series blog, 7 septembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : www.hhrjournal.org/2015/09/sdg-series-leaving-no-one-behind-human-rights-and-accountability-are-fundamental-to-addressing-disparities-in-sexual-and-reproductive-health.

en apportant leur soutien à l'élaboration et à l'utilisation d'évaluations d'impact sur les droits de l'homme³⁴.

65. La réalisation des objectifs de développement durable présente des obstacles et des possibilités qui, pour la plupart, nécessiteront une coopération internationale ; de ce point de vue, les mécanismes de responsabilisation mondiaux et régionaux sont sans doute plus adaptés pour évaluer les progrès accomplis que les mécanismes nationaux. Les mécanismes d'examen régionaux et mondiaux devraient vérifier attentivement que les États ont non seulement rempli leurs obligations relatives au droit à la santé dans le contexte des objectifs, mais aussi leurs obligations de coopération internationale, notamment *via* des accords de coopération au service du développement et des accords commerciaux. Les mécanismes régionaux et mondiaux doivent également faire en sorte que le secteur privé, les organisations internationales et la société civile répondent de leur action.

66. Le Programme 2030 accorde au Forum politique de haut niveau pour le développement durable le rôle de principal organe mondial d'examen, chargé de procéder à des examens réguliers ainsi qu'à des examens transversaux et thématiques. Le Rapporteur spécial est préoccupé par le fait que le Forum politique de haut niveau ne se réunit que huit jours par année et que ses ressources sont insuffisantes. En outre, les informations transmises au forum politique de haut niveau le sont sur la base du volontariat.

67. Le Panel indépendant sur la responsabilité, nommé au début 2016, est un autre mécanisme essentiel : il suivra les progrès accomplis en vue de réaliser la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Le Rapporteur spécial se félicite de la nomination du Panel et suivra ses travaux avec intérêt.

68. Les mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme, y compris l'examen périodique universel et les mécanismes indépendants comme les organes conventionnels et les procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme, devraient tenir compte du rôle que peuvent jouer les objectifs de développement durable en faveur de la concrétisation du droit à la santé, et remédier aux obstacles qui peuvent empêcher de jouir de ce droit dans le contexte des objectifs. Le Forum politique de haut niveau et le Panel indépendant sur la responsabilité doivent tenir compte des examens conduits par ces instruments, et vice-versa.

69. Au niveau national et, de plus en plus, aux niveaux régional et mondial, les examens judiciaires et quasi judiciaires sont utiles pour favoriser l'application du principe de responsabilité en matière de droit à la santé, en particulier concernant des questions qui sont au cœur des objectifs de développement durable comme le VIH/sida et la mortalité maternelle. Le contentieux peut jouer un rôle particulier et potentiellement décisif lorsque le droit à la santé est bafoué.

Recours et réparations

70. Les recours et les réparations constituent une dimension essentielle du principe de responsabilité en matière de droits de l'homme, mais ils sont complètement

³⁴ Steven L. B. Jensen, Allison Corkery et Kate Donald, "Realizing rights through the Sustainable Development Goals: the role of national human rights institutions", document d'information, juin 2015. Disponible à l'adresse suivante : www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/research/nhri_briefingpaper_may2015.pdf.

ignorés dans le Programme 2030. Les recours peuvent être entendus comme « les mesures visant à remettre les choses en ordre, autant que possible, lorsqu'elles ne se sont pas déroulées comme promis ou comme prévu »³⁵. Lorsque les États ne respectent pas les obligations qui leur incombent en matière de droits de l'homme dans le cadre des objectifs de développement durable, alors les débiteurs des obligations sont tenus d'agir.

71. La non-répétition passe par la satisfaction des procédures et des garanties de non-répétition, qui peuvent notamment prendre les formes suivantes aux niveaux national et infranational : législation, recours et mesures de réparation judiciaires, mécanismes de suivi et de contrôle, amélioration de la formulation des politiques, budgets et planification, formation au droit à la santé parmi les débiteurs d'obligations concernés. Les processus d'examen devraient donner lieu à des recommandations concernant ces recours, et les débiteurs d'obligations prendre les mesures nécessaires pour les appliquer. Dans le même temps, les recours devraient être accessibles aux individus dont le droit à la santé a été bafoué. Certains recours donnent lieu à des mesures de restitution, de restauration et d'indemnisation qui visent principalement à réparer les préjudices portés à des individus ou à des groupes titulaires de droits. Les recours judiciaires sont extrêmement importants pour réparer les atteintes aux droits, et les États et les autres acteurs concernés devraient appliquer les recommandations correspondantes.

Le rôle des acteurs de la société civile

72. L'application du principe de responsabilité ne dépend pas seulement de solides mécanismes de suivi et d'examen, mais aussi de l'implication et de la participation constructive de la société civile. Les acteurs de la société civile qui interviennent dans les domaines des droits de l'homme et de la santé devraient soutenir l'application du principe de responsabilité dans le cadre des objectifs de développement durable par des activités de suivi, d'information, de sensibilisation, de participation aux processus d'examen nationaux, régionaux et internationaux, et de contentieux. Les États et la communauté internationale doivent créer l'espace nécessaire pour que la société civile participe aux processus d'examen pertinents, et veiller à ce que ces processus soient transparents et accessibles. L'implication des acteurs de la société civile est cruciale ; sans eux, le Programme 2030 ne sera rien de plus qu'une vaine promesse.

73. Il sera essentiel de donner aux catégories défavorisées et marginalisées la possibilité de participer pleinement aux mécanismes de responsabilité, afin de garantir leurs droits de l'homme dans le contexte des objectifs de développement durable.

C. Couverture sanitaire universelle

74. La couverture sanitaire universelle est l'une des principales dimensions de l'engagement pris dans le Programme 2030 en vue de permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. L'objectif 3 comprend un engagement explicite à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et

³⁵ The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, "A review of global accountability mechanisms", in *Maternal Mortality, Human Rights and Accountability*, Paul Hunt et Tony Gray, (dir.), (Abingdon, Royaume-Uni, Routledge, 2013).

donnant 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), et à « assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux » (cible 3.7).

75. Le point d'intersection entre la couverture sanitaire universelle et les droits de l'homme recouvre un sujet vaste et complexe qui, du point de vue du droit à la santé, doit englober un certain nombre d'éléments comme le rôle du secteur privé et des institutions financières internationales. Le Rapporteur spécial prévoit de consacrer une partie de ses travaux futurs à la couverture sanitaire universelle, et se contentera dans le présent rapport de n'évoquer que certaines des conditions requises pour parvenir à instaurer une telle couverture fondée sur les droits.

76. La couverture sanitaire universelle a été qualifiée d'« expression pratique » du droit à la santé³⁶. Il s'agit en effet d'une obligation fondamentale en ce qui concerne le droit de l'enfant à la santé³⁷. Cependant, tous les chemins menant à la couverture sanitaire universelle ne sont pas conformes aux exigences des droits de l'homme. Les cibles 3.7 et 3.8 ne comportent aucun engagement explicite visant à accorder la priorité aux personnes défavorisées et marginalisées, qu'il s'agisse du processus d'extension de la couverture ou de la décision de fournir tel et tel service en priorité. Sans ces engagements clairs, les mesures prises pour instituer une couverture sanitaire universelle risquent de perpétuer les inégalités existantes. Dans les pays dépourvus d'un solide système de santé, par exemple, les gouvernements sont susceptibles de déployer des stratégies étendant la couverture en priorité à des catégories de population privilégiées, comme celles qui sont employées dans le secteur formel où les infrastructures et les régimes d'assurance opportunistes, qu'ils soient publics ou privés, existent en nombre. De même, les pays dotés d'une couverture sanitaire centralisée et étendue pourraient ne pas tarder à proclamer l'instauration d'une couverture sanitaire universelle, et ce malgré le fait que certaines de leurs sous-catégories les plus vulnérables n'ont d'autre choix que de recourir à des soins de santé coercitifs, de mauvaise qualité et accompagnés de mauvais traitements³⁸.

77. Il est essentiel d'accorder la priorité aux personnes les plus vulnérables du monde et de garantir leur participation, tant pour concevoir une couverture sanitaire universelle équitable que pour la mettre en œuvre. C'est également conforme aux obligations fondamentales prévues par le droit à la santé de garantir l'accès aux services de santé sans discrimination et de prendre des mesures délibérées, ciblées et concrètes pour assurer dans les faits la réalisation de cette garantie, en particulier pour les personnes les plus marginalisées³⁹. De même, les États sont tenus par l'obligation fondamentale de garantir une participation concrète et constructive à l'élaboration des plans nationaux de santé, y compris les stratégies de couverture sanitaire universelle, qui permette à tout le moins de tenir compte des points de vue des personnes les plus pauvres et marginalisées. Si la priorité n'est pas accordée aux

³⁶ OMS, « La place de la santé dans le programme de développement après 2015 », document de réflexion de l'OMS, octobre 2012.

³⁷ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 15, par. 73.

³⁸ Oxfam International, *Universal Health Coverage: Why Health Insurance Schemes Are Leaving the Poor Behind*, Briefing Paper, n° 176 (Oxford, 2013).

³⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20.

plus défavorisés et faute de mettre immédiatement en œuvre des stratégies progressives d'extension de la couverture aux catégories les plus marginalisées, avec leur participation, le risque de ne pas atteindre la cible d'ici à 2030 est réel.

Vers une couverture sanitaire universelle fondée sur les droits

78. Le Rapporteur spécial tient à souligner que la couverture sanitaire universelle doit être entendue en cohérence avec le droit à la santé. Si l'on peut juger certaines composantes des cibles 3.7 et 3.8 – à savoir la couverture universelle, la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité, l'accès à des médicaments et des vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables, et l'accès universel aux soins de santé sexuelle et procréative⁴⁰ – cohérentes avec le droit à la santé, elles occultent néanmoins des normes vitales du droit à la santé.

79. La couverture sanitaire universelle ne saurait être réalisée sans que soient remplies les conditions fondamentales de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité requises au titre du droit à la santé. Les services doivent entre autres choses être physiquement accessibles en toute sécurité et sans discrimination. Le droit à la santé suppose que les services essentiels englobent ceux qui sont destinés aux populations ayant des besoins particuliers – comme les services de santé sexuelle et procréative adaptés aux besoins des femmes et des filles –, y compris les personnes handicapées et transgenres. De même, les services de santé et l'accès à leurs déterminants fondamentaux doivent être économiquement abordables. Même lorsque l'accès aux services de santé est courant, le droit à la santé requiert qu'ils soient de qualité suffisante, en particulier qu'ils soient en état de bon fonctionnement et adaptés sur le plan médical et scientifique.

80. Le droit à la santé exige également de suivre les progrès accomplis concernant la couverture sanitaire universelle afin d'évaluer qui est couvert, quels services sont couverts et l'étendue de la protection financière, en s'appuyant sur des données ventilées afin de mesurer les progrès réalisés dans l'ensemble des secteurs et des groupes. À elles seules, les moyennes de couverture (indicateur 3.8.1) fondées sur des données non ventilées sont susceptibles de masquer le phénomène d'exclusion, surtout parmi les catégories les plus marginalisées. Utiliser le taux de couverture des assurances comme indicateur de substitution en matière de protection financière (indicateur 3.8.2) ne permet pas de tenir compte de l'incidence des dépenses de santé en termes d'appauvrissement⁴¹.

81. La réalisation progressive et sur le long terme du droit à la santé s'appuyant sur l'action de nombreux secteurs à l'échelle locale, nationale et internationale, est indispensable pour progresser en direction de la couverture sanitaire universelle. Le Groupe consultatif de l'Organisation mondiale de la santé sur la couverture sanitaire universelle et équitable a proposé une stratégie en trois volets pour permettre aux pays de parvenir progressivement à une couverture sanitaire universelle conforme aux principes de l'équité et au droit à la santé. Pour ce faire, il faut notamment accorder la priorité aux plus défavorisés, généraliser la couverture et réduire le

⁴⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 43 et 44, et observation générale n° 22, par. 49 (c), (e) et (f).

⁴¹ Audrey R. Chapman, "The problems with the proposed indicators for monitoring universal health coverage in the Sustainable Development Goals", *Health and Human Rights Journal*, blog, 17 mars 2016.

montant du reste à charge pour le patient tout en s'assurant que les catégories désavantagées ne sont pas laissées de côté⁴².

82. Le droit à la santé reconnaît l'importance qu'il y a à privilégier les investissements consentis en faveur des soins primaires et préventifs, qui bénéficient à un pan bien plus vaste de la population, par rapport aux services sanitaires spécialisés, qui sont coûteux et qui, le plus souvent, ne sont accessibles qu'à une petite fraction privilégiée de la population. L'investissement dans les services de soins primaires permet de prévenir les maladies et de favoriser la santé physique et mentale, d'où un moindre besoin en soins spécialisés.

Protection contre les risques financiers

83. Dans de nombreux pays, les paiements acquittés par les patients, comme les restes à charge et les tickets modérateurs, pour couvrir le coût du traitement et les autres frais indirects liés aux coûts induits par le recours aux soins de santé, comme les frais de transport, créent des obstacles considérables en matière de soins de santé.

84. Ces coûts ont souvent une incidence majeure et disproportionnée sur les personnes défavorisées, qui consacrent une part considérablement plus élevée de leur revenu total à la santé. De ce fait, ils plongent de nombreux ménages dans la pauvreté ou aggravent la misère des populations déjà pauvres. De tels coûts peuvent empêcher les personnes qui n'ont pas les moyens de s'en acquitter de recevoir les soins dont ils ont besoin, voire dissuader tout simplement les malades de se soigner.

85. Dans les pays où plus de la moitié de la population vit avec un revenu inférieur à 2 dollars des États-Unis par jour, les restes à charge et autres paiements privés représentent environ 50% du total des dépenses de santé. De fait, ce sont les personnes les plus défavorisées et nécessiteuses qui sont affectées par ces paiements⁴³. Pour instituer une couverture sanitaire universelle conforme au droit à la santé, il faut créer un système de financement équitable qui accorde une attention toute particulière aux personnes défavorisées et aux autres personnes qui ne sont pas en mesure de couvrir eux-mêmes les coûts des services de soins de santé, comme les enfants et les adolescents.

Dépasser le modèle biomédical de la santé

86. Les États ne pourront pas réaliser l'objectif 3 sans prendre l'engagement ferme de traiter les facteurs sociaux et psychosociaux de la santé, ainsi que les inégalités en termes de niveau de revenu et d'éducation, de conditions de vie et de travail et de répartition des ressources. La couverture sanitaire universelle ne saurait se limiter à des interventions biomédicales comme les traitements médicamenteux et les vaccinations ; elle doit aussi inclure les interventions d'aujourd'hui, qui dépassent le simple cadre biomédical, et englober les interventions psychosociales et autres qui s'attaquent aux obstacles structurels et environnementaux à la santé. Ces interventions doivent être considérées comme essentielles et soutenues et financées en conséquence, au même titre que les interventions biomédicales ; il faut se garder de n'y voir qu'un luxe cantonné aux pays riches.

⁴² *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : Rapport final du Groupe consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle et équitable*, OMS (Genève, 2014).

⁴³ *Addressing the global health crisis: universal health protection policies*, OIT, Documents de politique de sécurité sociale, n° 13 (Genève, 2014).

87. Le Programme 2030 affirme que la couverture sanitaire universelle et l'accès à des soins de santé de qualité sont nécessaires pour promouvoir la santé mentale et le bien-être, une cible étant spécialement consacrée à leur réalisation. C'est un progrès certes bienvenu, mais qui ne suffit pas à répondre au besoin flagrant de services de santé mentale fondés sur les droits⁴⁴. L'absence de volonté politique de faire de la santé mentale une priorité croissante a abouti à une situation inacceptable dans laquelle deux scénarios tout aussi préjudiciables l'un que l'autre peuvent se produire : soit les services de santé mentale ne sont pas disponibles pour la plupart des personnes qui en ont besoin soit, lorsqu'ils existent, ils bafouent trop souvent les droits des patients. Hélas, dans de nombreuses régions du monde, le domaine de la santé mentale dans son intégralité demeure pris en otage par des comportements discriminatoires dépassés qu'illustre l'absence de volonté politique d'investir dans la médecine sociale locale et dans la psychiatrie sociale à partir d'une approche moderne de la santé publique fondée sur les droits de l'homme (A/HRC/29/33, par. 74 à 84).

88. Les soins de santé mentale ont principalement été abordés sous l'angle du traitement de pathologies par des médicaments psychotropes et du placement en institution, le plus souvent sans le consentement du patient. La réalisation des objectifs de développement durable et de la couverture sanitaire universelle offre une occasion précieuse de libérer les soins de santé mentale de politiques et de pratiques dépassées. Les interventions psychosociales et de santé publique qui autonomisent les patients, qui renforcent leur résilience et qui s'attaquent aux facteurs structurels (comme la violence) qui contribuent aux maladies mentales constituent la norme en matière de soins, tout comme l'est la fourniture de médicaments adéquats et de qualité. Il faut envisager ces interventions comme relevant des soins de santé primaires et de proximité et faisant partie intégrante de la couverture sanitaire universelle.

Renforcement du système de santé

89. Pour réaliser la couverture sanitaire universelle, il faut disposer de professionnels de santé qualifiés offrant les capacités suffisantes pour répondre aux besoins des patients. À l'échelle mondiale, le personnel de santé est trop limité et inégalement réparti dans les pays et d'un pays à l'autre, les pays et les communautés les plus pauvres disposant de professionnels en nombre moins important. Les mauvaises conditions de travail et la faiblesse de la rémunération provoquent un « exode des compétences » parmi les professionnels de santé, ce qui nuit au droit à la santé dans les communautés et les pays défavorisés. Ceux qui n'ont que peu de moyens financiers ou qui ne bénéficient pas d'un accès aux soins de santé s'en trouvent particulièrement affectés (A/60/348, sect. IV).

90. Pour aboutir à la couverture sanitaire universelle, il est indispensable de renforcer les systèmes de santé, notamment en investissant dans la formation, le recrutement et le maintien en poste du personnel de santé (cible 3.c), en protégeant ses droits et en améliorant sa rémunération et ses conditions de travail (voir A/60/348).

D. Une question de santé publique dans les objectifs de développement durable : la violence

⁴⁴ OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* (Genève, 2013).

91. La lutte contre la violence touche à tous les objectifs de développement durable et constitue une condition *sine qua non* de la réalisation du droit à la santé. Les objectifs envisagent « un monde libéré de la peur et de la violence » et comprennent des engagements précis en vue d'éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles (cible 5.2) ; d'éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine (cible 5.3) ; de réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés (cible 16.1) ; et de mettre un terme à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants (cible 16.2). Les objectifs comprennent également un engagement visant à renforcer les moyens de prévenir la violence (cible 16.a). Plusieurs autres objectifs ont trait à des facteurs de risque associés à la violence, notamment ceux qui consistent à éliminer la pauvreté (objectif 1), à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous (objectif 3), à assurer une éducation de qualité (objectif 4), à réduire les inégalités (objectif 10) et à faire en sorte que les villes et les établissements humains soient sûrs (objectif 11). Comme le reconnaissent les objectifs, la réduction et l'élimination de la violence sont indispensables pour transformer le monde en une communauté mondiale pacifique et inclusive.

92. La violence est un phénomène de santé publique complexe et à plusieurs niveaux qui affecte les résultats obtenus partout dans le monde en matière de mortalité, de santé mentale, de santé sexuelle et procréative et de maladies non transmissibles⁴⁵. La concrétisation du droit à la santé passe par la réduction ou l'élimination de la violence au foyer, en milieu médical et scolaire et dans la société tout entière. La violence est l'un des plus puissants obstacles au droit à la santé, et l'un de ses facteurs les plus déterminants.

93. Il existe de nombreuses formes de violence. Les mauvais traitements et négligences envers les enfants, les violences domestiques entre conjoints et le suicide sont des formes de violence interpersonnelle. Les conflits armés, les violences commises par les États, le terrorisme et le crime organisé violent sont des formes de violence collective. Bien qu'elles soient souvent considérées et étudiées comme des phénomènes distincts, les formes interpersonnelle et collective de violence partagent plusieurs facteurs de risque et de protection, et devraient être traitées comme des phénomènes liés⁴⁵. Parmi les facteurs de risque communs, citons les inégalités sociales et économiques et les inégalités entre les sexes (objectifs 1 à 17), la pauvreté (objectif 1), les écarts de pouvoir au sein de la famille et de la communauté (objectifs 1, 5 et 16) et l'absence de confiance et de respect mutuels. L'une et l'autre formes de violence exacerbent les risques de violations et d'atteintes concernant les droits de l'homme, surtout pour les catégories jugées vulnérables (objectifs 3, 5 et 10).

94. À ce stade, l'approche de la réduction de la violence s'est révélée fragmentée et cloisonne les différentes formes de violence. Notons que de nombreuses formes de violence demeurent tolérées dans certaines sociétés et même soutenues par certains États. Ainsi, les violences à l'égard des femmes et des enfants sont encore acceptées comme une norme culturelle dans de nombreuses sociétés. Le placement des enfants en institution, qui constitue à l'évidence un acte de violence à l'égard

⁴⁵ *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*, OMS, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et PNUD, Genève, OMS, 2014.

des enfants, demeure très répandu dans de nombreux pays. Partout dans le monde, nombreuses sont les catégories de population en situation vulnérable – comme les femmes, les personnes handicapées, les migrants et les réfugiés, ainsi que les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les transgenres et les intersexués – qui subissent tout un ensemble de formes de violence. Chaque exemple constitue également un cas d’atteinte à divers droits de l’homme protégés par le droit international, dont le droit à la santé.

95. L’approche globale de la lutte contre la violence est en cohérence avec le but visant à mettre en œuvre collectivement les cibles des objectifs de développement durable qui, dans l’ensemble du Programme, concernent la violence. Elle fait également écho à la nature indivisible et indissociable des droits de l’homme. Du point de vue des droits de l’homme et de la santé publique, la violence doit être combattue de manière globale, notamment par l’obligation d’éliminer la violence en milieu sanitaire, en s’attaquant à la façon dont des facteurs structurels comme des lois et des politiques institutionnalisent la violence, et en éliminant la violence à l’égard des femmes et des enfants⁴⁶. Le droit à la santé donne également droit à un accès sûr aux soins de santé et à un environnement sûr. Notons que les enfants et les adolescents ont le droit de vivre à l’abri de la violence et de se développer en bonne santé⁴⁷.

96. Alors que la communauté mondiale est préoccupée par la prévalence croissante de la violence collective, notamment l’extrémisme violent, il faut noter que les formes collective et interpersonnelle de violence peuvent se renforcer et se nourrir mutuellement. La violence familiale à l’égard des enfants, par exemple, peut se traduire par une prévalence élevée de la violence chez les jeunes et contribuer au phénomène de l’extrémisme violent⁴⁵. Le fait d’interdire aux garçons d’exprimer leurs émotions dès leur plus jeune âge et d’imposer une interprétation nocive et primitive de la notion de masculinité est à l’origine d’actes de violence commis par de jeunes hommes et renforce leur tendance à adhérer à des mouvements impliqués dans des actes de violence collective.

97. Les stratégies de prévention de la violence respectueuses des droits supposent une approche moderne de la santé publique qui délaisse l’héritage stérile et brutal des méthodes rétributives et punitives de lutte contre la violence. Ces approches prônent un investissement en faveur de relations interpersonnelles saines, non violentes et respectueuses. Cela peut prendre la forme d’interventions psychosociales diverses consistant par exemple à former les parents à élever leurs enfants dans la non-violence, à déployer des programmes de lutte contre le harcèlement dans les écoles et à autonomiser les personnes se trouvant en situation de vulnérabilité⁴⁸. Ces interventions permettent de canaliser et d’exploiter les facteurs de résilience et de protection en faveur des individus, des familles et des communautés.

⁴⁶ Convention relative aux droits de l’enfant, art. 19 (1) ; Comité des droits de l’enfant, observation générale n° 13, par. 7 (a) à (c) ; Comité pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes, recommandation générale n° 19, par. 1 et 7 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 10 et 12 (b) ; et A/HRC/22/53, par. 84.

⁴⁷ Convention relative aux droits de l’enfant, arts. 6, 19 (1) et 24 ; et Comité des droits de l’enfant, observation générale n° 13, par. 7 (a) à (c).

⁴⁸ ONUDC, “Compilation of evidence-based family skills training programmes”. Disponible à l’adresse suivante : www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf.

98. C'est en luttant activement contre la violence entendue comme une question de santé publique que l'on mettra un terme au cercle vicieux de la violence, de la pauvreté et de l'impuissance. Pour ce faire, il est indispensable de privilégier l'investissement en faveur de relations humaines saines, du bien-être émotionnel et social et du capital social.

V. Conclusions et recommandations

99. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable sont le fruit d'un engagement politique sans précédent qui offre la possibilité de donner corps au droit à la santé et à d'autres droits de l'homme. Cependant, pour traduire cet engagement politique dans les faits, les promesses qui sont faites doivent être solidement ancrées dans le droit international des droits de l'homme et dans les obligations juridiquement contraignantes de promouvoir et de protéger les droits de l'homme, y compris le droit à la santé.

100. Le Programme 2030 exhorte avec fermeté à « garantir qu'il n'y aura pas de laissés-pour-compte » et à faire en sorte que « les plus défavorisés seront les premiers que nous nous efforcerons d'aider ». C'est le signe de la nécessité qu'il y a à lutter avec attention contre les inéquités, l'inégalité et la discrimination comme menaces majeures à l'égard du développement mondial, qui est d'une importance cruciale pour la réalisation concrète du droit à la santé.

101. Les objectifs de développement durable et le cadre du droit à la santé ont beaucoup à s'offrir mutuellement. En particulier, là où les objectifs liés à la santé se caractérisent par une certaine faiblesse et un manque de clarté concernant leur mise en œuvre, le droit à la santé constituera un outil précieux pour veiller à la réalisation concrète et équitable des objectifs. L'intégration de l'équité, de la non-discrimination et de l'égalité, de la participation et du principe de responsabilité dans la mise en œuvre du Programme 2030 permet d'exploiter avec détermination la valeur normative des droits de l'homme en les plaçant au cœur des objectifs.

102. Le Programme 2030 donne une impulsion qui ouvrira la voie, dans les pays en développement comme dans les pays développés, à des investissements durables en faveur des politiques de santé publique moderne, et à la rupture du cercle vicieux de la pauvreté, des inéquités, de l'exclusion sociale, de la discrimination et de la violence. Les États et d'autres acteurs chargés de mettre en œuvre les objectifs de développement durable doivent résister à la tentation de cibler les « fruits les plus mûrs » au détriment des catégories les plus marginalisées et vulnérables.

103. Le Rapporteur spécial formule les recommandations prioritaires qui suivent :

(a) Les États Membres veillent à respecter pleinement le droit et les principes universels des droits de l'homme, et évitent d'appliquer le droit à la santé et d'autres droits de l'homme liés en adoptant des approches sélectives lorsqu'ils mettent au point des stratégies visant à réaliser les objectifs de développement durable ;

(b) Les États Membres veillent à atteindre les objectifs de développement durable en procédant à l'examen des cadres juridiques et stratégiques locaux et nationaux afin d'évaluer leur compatibilité avec le droit à la santé et de s'assurer que les lois, les politiques et les programmes nationaux comportent des mesures ciblées visant à créer des conditions juridiques et stratégiques favorables, en accordant une attention particulière à la règle de droit, à la gouvernance de la santé, à l'application des lois et à l'accès à la justice ;

(c) Les États Membres agissent en conformité avec leurs obligations de respecter, de protéger et de réaliser le droit à la santé dans toutes les mesures qu'ils prennent pour atteindre les objectifs de développement durable, et non pas seulement l'objectif 3 ;

Ne laisser personne de côté

(d) Les États Membres interdisent explicitement les discriminations qui, sur quelque fondement que ce soit, auraient pour objet ou pour effet d'annuler ou d'entraver la jouissance et l'exercice du droit à la santé dans l'égalité, et procèdent à l'examen des lois, des politiques et des pratiques en vigueur en la matière afin de mettre fin à toutes celles d'entre elles qui sont discriminatoires par nature et en pratique, et qui empêchent d'appliquer les principes fondamentaux des objectifs de développement durable ;

(e) Les États Membres répertorient les disparités et privilégient les plus vulnérables en collectant et en ventilant des données liées à la santé, et ce au moyen de méthodes à la fois qualitatives et quantitatives, afin de suivre les progrès accomplis et d'appuyer les examens et l'application du principe de responsabilité dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable ;

(f) Les États Membres s'assurent, par des mesures légales et réglementaires concrètes, que les détenteurs de droits, en particulier ceux qui se trouvent dans les situations les plus vulnérables, sont dotés des moyens leur permettant de participer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des lois, des politiques et des pratiques concernant la réalisation des objectifs de développement durable et du droit à la santé ;

(g) Les États Membres abrogent toutes les mesures qui limitent la marge d'action de la société civile et garantissent des conditions sûres et favorables aux acteurs de la société civile, de sorte qu'ils nouent un partenariat constructif et respectueux avec l'État ;

Couverture sanitaire universelle

(h) Les États Membres s'appuient sur le cadre du droit à la santé pour élaborer des plans nationaux en vue de renforcer les systèmes de santé et pour fixer des priorités en luttant contre les inégalités, ce qui est le principal objectif de la couverture sanitaire universelle ;

(i) Les États Membres investissent dans des systèmes de santé efficaces, transparents et responsables, en accordant une place particulière aux soins de santé primaires et à la promotion de la santé, et en luttant contre les déséquilibres et les écarts de pouvoir dans les systèmes de soins de santé et d'un système à l'autre pour ce qui concerne toutes les décisions visant à aboutir à la couverture sanitaire universelle ;

(j) Les États Membres remplissent les obligations immédiates et fondamentales qui leur incombent au titre du droit à la santé de garantir l'accès aux services de santé sans discrimination et de prendre des mesures délibérées, ciblées et concrètes afin de garantir la réalisation dudit droit, en particulier pour les catégories les plus marginalisées ;

(k) Les États Membres s'assurent que l'action prioritaire visant à lutter contre l'exclusion financière ne néglige pas la question tout aussi importante de la discrimination fondée sur d'autres motifs comme la race, la couleur de peau, le sexe, la religion, la pauvreté, la naissance, le handicap mental ou physique, l'état de santé (y compris le VIH/sida), l'orientation sexuelle et l'identité de genre, et la situation civile, politique, sociale ou autre ;

(l) Les États Membres envisagent d'étendre l'action prioritaire visant à investir dans la santé physique et la réduction de la mortalité, qui est traditionnellement fondée sur les déterminants classiques de la santé que sont la pauvreté, l'éducation, le logement et l'eau et l'assainissement, pour englober d'autres déterminants, notamment la qualité de l'environnement physique et psychosocial ;

(m) Les États Membres s'assurent que l'action prioritaire visant à garantir l'accès aux médicaments essentiels et à d'autres interventions vitales ne néglige pas les interventions non biomédicales, qui sont tout aussi importantes, notamment les interventions psychosociales, qui favorisent la santé mentale et physique et le bien-être, réduisent la violence et contribuent à la réalisation du droit à la santé et des objectifs de développement durable ;

(n) Les États Membres s'assurent que l'action prioritaire visant à fournir des soins de santé gratuits et accessibles à tous et à combler les écarts en matière de traitement médical ne nuit pas à la nécessité de protéger et de suivre les droits de l'homme dans le cadre de la prise en charge des patients, de sorte que les services de soins de santé échappent à toute discrimination et à toute violence ;

Violence

(o) Les États Membres garantissent un engagement politique à tous les échelons pour aboutir à une interprétation commune et à un accord sur le fait que toutes les formes de violence, et non pas seulement les plus graves, ne sont pas acceptées et ne devraient pas être tolérées, sans aucune exception ;

(p) Les États Membres veillent à ce que les politiques de lutte contre la violence, qu'elles soient ou non liées à la santé, s'attaquent à toutes les formes de violence et évitent les exceptions et les approches sélectives qui approuvent ou tolèrent certaines formes de violence ;

(q) Les États Membres garantissent des investissements substantiels en faveur de relations humaines saines, du bien-être émotionnel et du capital social, à commencer par les interventions qui concernent les interactions entre les enfants et leurs parents pendant la petite enfance puis tout au long de la vie ;

(r) Les États Membres répartissent les ressources humaines et financières en fonction des priorités afin de lutter contre toutes les formes de violence entendues comme des questions de santé publique, surtout concernant les politiques et les services de l'enfance et de la famille, et veillent à ce que ces interventions soient jugées prioritaires dans les politiques de santé et intégrées à la couverture sanitaire universelle ;

(s) Les États Membres respectent les obligations qui leur incombent au titre du cadre du droit à la santé de lutter contre la violence en recourant à des interventions de santé publique moderne, surtout concernant les enfants et les adolescents, et adoptent à ces fins des mesures légales et réglementaires pur éliminer toutes les formes de violence à l'égard des enfants ;

Application du principe de responsabilité

(t) Les États Membres veillent à ce que le Forum politique de haut niveau sur le développement durable se réunisse aussi souvent que nécessaires, qu'il dispose de ressources financières suffisantes et de l'expertise adéquate, et que les États rendent régulièrement compte après les avoir réalisées des opérations de suivi et de contrôle participatif au niveau national ; le Forum politique de haut niveau doit tenir compte des examens conduits par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme tels que l'examen périodique universel, les organes conventionnels et les procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme ;

(u) Les procédures des Nations Unies en matière de droits de l'homme, comme l'examen périodique universel, les organes conventionnels et les procédures spéciales, tiennent les États pour responsables du droit à la santé dans le contexte des mesures qu'ils prennent en lien avec les objectifs de développement durable ;

(v) Au niveau national, les États Membres garantissent le fonctionnement d'un large éventail de processus de responsabilité, y compris des mécanismes judiciaires, quasi judiciaires, politiques et administratifs, et s'assurent qu'ils sont transparents, accessibles, participatifs et efficaces ;

(w) Les États Membres s'assurent que des données de qualité sont collectées en temps utile pour les objectifs de développement durable, et qu'elles sont ventilées conformément aux « éléments de stratification » déterminés dans le Programme 2030 et à d'autres critères, le cas échéant, dans le contexte sanitaire propre à différents pays, afin de faire apparaître la situation réelle et les besoins des populations marginalisées ;

(x) Les États Membres s'assurent que les données sont collectées et analysées de manière transparente, et qu'elles sont rendues disponibles et accessibles à tous les acteurs concernés ;

(y) Les institutions nationales des droits de l'homme favorisent l'application du principe de responsabilité s'agissant des objectifs de développement durable, par exemple en conduisant des évaluations et des enquêtes nationales et en conseillant les responsables publics.
