



Haut-Commissariat
des Nations Unies
aux droits de l'homme



Organisation mondiale
de la santé

Le droit à la santé



NATIONS UNIES

Droits de l'homme

Fiche d'information n°

31



**Haut-Commissariat des Nations Unies
aux droits de l'homme**



**Organisation mondiale
de la santé**

Le droit à la santé

Fiche d'information n° 31

NOTE

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies ou de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

*

*

*

La reproduction, en tout ou en partie, de la teneur de la présente publication est autorisée. Toutefois, en pareil cas, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme demande qu'il soit fait mention de la source et qu'un exemplaire de l'ouvrage où sera reproduit l'extrait cité lui soit transmis à l'adresse ci-après: Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Palais des Nations, 8-14 avenue de la Paix, CH-1211 Genève 10, Suisse, ainsi qu'au Bureau de l'information de l'OMS, Organisation mondiale de la santé, 20 avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
ABRÉVIATIONS.....	v
INTRODUCTION.....	1
I. COMMENT DÉFINIR LE DROIT A LA SANTÉ?.....	3
A. Principaux aspects du droit à la santé.....	3
B. Fréquents malentendus concernant le droit à la santé.....	5
C. Lien entre droit à la santé et autres droits de l’homme.....	6
D. Principe de non-discrimination et droit à la santé	7
E. Droit à la santé et droit international relatif aux droits de l’homme.....	10
II. APPLICATION DU DROIT À LA SANTÉ À DES GROUPES PARTICULIERS DE LA POPULATION.....	14
A. Femmes	14
B. Enfants et adolescents	17
C. Handicapés	20
D. Migrants	23
E. Personnes vivant avec le VIH/sida.....	26
III. OBLIGATIONS DES ÉTATS ET RESPONSABILITÉS D’AUTRES ACTEURS ENVERS LE DROIT A LA SANTÉ	28
A. Obligations générales	28
• Réalisation progressive	29
• Agir pour réaliser le droit à la santé.....	30
• Obligation fondamentale minimum	31
B. Trois types d’obligations	32
• Obligation de respecter	32
• Obligation de protéger	32
• Obligation de mettre en œuvre.....	34
C. D’autres acteurs ont-il également des obligations?	35
• Organismes des Nations Unies et institutions spécialisées.....	35
• Secteur privé	37

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
IV. SUIVI DU DROIT À LA SANTÉ ET MISE EN CAUSE DE LA RESPONSABILITÉ DES ÉTATS	38
A. Responsabilité et suivi au niveau national.....	39
B. Responsabilité au niveau régional	45
C. Suivi au niveau international	45
ANNEXE	
Principaux instruments internationaux et autres documents se rapportant au droit à la santé.....	51

ABRÉVIATIONS

SIDA	Syndrome immunodéficientaire acquis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
INDH	Institutions nationales de défense des droits de l'homme
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

En tant qu'êtres humains, notre santé et celle de ceux qui nous sont chers est une préoccupation au quotidien. Homme ou femme, quel que soit notre âge, notre environnement socioéconomique ou ethnique, nous considérons notre santé comme notre bien le plus précieux et le plus fondamental. Les maladies peuvent avoir des conséquences particulièrement néfastes sur la vie scolaire ou professionnelle ainsi que sur les responsabilités familiales et nous empêcher de participer pleinement aux activités de notre communauté. C'est pour cette raison même que nous sommes disposés à faire de nombreux sacrifices si cela peut nous assurer, tout comme à notre famille, une vie plus longue et plus saine. En bref, lorsque nous parlons du bien-être, c'est souvent à la santé que nous pensons.

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'homme et de notre conception d'une vie dans la dignité. *Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre*, pour le citer dans son intégralité, n'est pas nouveau. Au niveau international, il a été énoncé pour la première fois dans la Constitution de 1946 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont le préambule définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Le préambule déclare en outre que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale».

La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 évoque également la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant (art. 25). Le droit à la santé a par ailleurs été reconnu comme un droit de l'homme par le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Depuis lors, d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme ont reconnu ou évoqué le droit à la santé ou certains de ses éléments, notamment le droit aux soins médicaux. Le droit à la santé concerne tous les États: chaque État a ratifié au moins un traité international relatif aux droits de l'homme reconnaissant le droit à la santé. De surcroît, les États se sont engagés à protéger ce droit dans des déclarations internationales, dans la

législation et les politiques nationales ainsi que lors de conférences internationales.

Ces dernières années, le droit au meilleur état de santé possible a suscité un intérêt croissant, notamment de la part des organes de suivi des traités relatifs aux droits de l'homme, de l'OMS et de la Commission des droits de l'homme (maintenant remplacée par le Conseil des droits de l'homme) qui, en 2002, a créé le mandat de Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Ces initiatives ont permis de préciser la nature du droit à la santé et de déterminer des moyens de le réaliser.

La présente fiche d'information a pour but de mieux faire connaître le droit à la santé tel qu'il se définit actuellement dans le contexte du droit international relatif aux droits de l'homme, parmi la multitude d'initiatives et de propositions sur ce qu'il *pourrait* ou *devrait être*. Par conséquent, elle ne prétend pas fournir une liste exhaustive des questions concernées ni définir de normes particulières à leur égard.

La fiche d'information explique tout d'abord ce que l'on entend par droit à la santé et montre ce qu'il implique pour des individus et groupes particuliers, puis décrit les obligations qui en découlent pour les États. Elle conclut en donnant un aperçu des mécanismes de contrôle et de suivi aux niveaux national, régional et international.

I. COMMENT DÉFINIR LE DROIT À LA SANTÉ?

A. *Principaux aspects du droit à la santé*¹

- **Le droit à la santé est un droit inclusif.** Le droit à la santé est souvent associé à l'accès aux soins de santé et à la construction d'hôpitaux. Toutefois, il a une portée bien plus large et il englobe un grand nombre de facteurs qui peuvent nous aider à mener une vie saine. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'organe chargé du suivi du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels², les appelle les «facteurs déterminants pour la santé». Ils comprennent:
 - L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement;
 - Une alimentation saine;
 - Une alimentation suffisante et un logement décent;
 - Des conditions de travail et environnementales saines;
 - Une éducation à la santé et la diffusion d'informations;
 - L'égalité entre les sexes.
- **Le droit à la santé garantit des libertés.** Ces *libertés* comprennent le droit de refuser un traitement médical en l'absence de consentement mutuel, notamment en matière d'expériences et de recherches médicales ou de stérilisation forcée ainsi que de ne pas être soumis à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

¹ Ces caractéristiques importantes ainsi que d'autres relatives au droit à la santé sont pour la plupart explicitées dans l'Observation générale n° 14 (2000) sur le droit à la santé, adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

² Le Pacte a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 2200a (XXI) du 16 décembre 1966. Entré en vigueur en 1976, 157 États l'avaient ratifié au 1^{er} décembre 2007.

-
- **Le droit à la santé garantit des droits**, notamment:
 - Le droit à un système de protection de la santé offrant à tous la possibilité de bénéficier du meilleur état de santé possible;
 - Le droit à la prévention et au traitement ainsi qu'à la lutte contre les maladies;
 - L'accès aux médicaments essentiels;
 - La santé maternelle, infantile et procréative;
 - Un accès égal et en temps voulu aux services de santé de base;
 - La fourniture d'une éducation à la santé et d'informations y relatives;
 - La participation de la population au processus de prise de décisions sur les questions de santé aux niveaux national et communautaire.
 - **Les services de santé, les biens et les infrastructures doivent être accessibles à tous sans discrimination.** La non-discrimination est un principe clef des droits de l'homme et il est indispensable à l'exercice du droit de jouir du meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre (voir section sur la non-discrimination ci-après).
 - **Tous les services, biens et infrastructures doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.**
 - Des infrastructures, des biens et des services opérationnels et en nombre suffisant doivent être *disponibles* au sein des États.
 - Ils doivent être *accessibles* physiquement (sans risque pour chaque segment de la population, y compris les enfants, les adolescents, les personnes plus âgées, les handicapés et autres groupes vulnérables) et financièrement, conformément au principe de non-discrimination. *L'accessibilité* implique également le droit de demander, d'obtenir et de partager des informations sur la santé par des moyens accessibles (à tous, y compris aux handicapés), sans porter atteinte au droit à la confidentialité des données médicales personnelles.

-
- Les infrastructures, les biens et les services devraient également être conformes à l'éthique médicale, répondre aux besoins des hommes comme des femmes et respectueux des différences culturelles. En d'autres termes, ils devraient être médicalement et culturellement *acceptables*.
 - En dernier lieu, ils doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de *bonne qualité*, ce qui exige notamment du personnel médical qualifié, des médicaments scientifiquement approuvés et non périmés, des systèmes d'assainissement adaptés et un approvisionnement en eau potable.

B. Fréquents malentendus concernant le droit à la santé

- **Le droit à la santé diffère du droit à être en bonne santé.** On pense souvent que l'État a pour devoir de garantir la bonne santé de ses ressortissants. Toutefois, celle-ci est tributaire de plusieurs facteurs hors du contrôle direct des États, tels que la constitution biologique et les conditions socioéconomiques. Le droit à la santé renvoie plutôt au droit de bénéficier de la diversité des biens, infrastructures, services et conditions nécessaires à sa réalisation. C'est pourquoi il est plus précis de le définir comme le droit de jouir du *meilleur état* de santé physique et mental *qu'il soit possible d'atteindre*, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé.
- **Le droit à la santé n'est pas seulement un objectif fixé dans le cadre d'un programme et réalisable à long terme.** Même, s'il doit faire partie des objectifs concrets des programmes, il en découle néanmoins des obligations immédiates pour les États. En fait, les États doivent faire tout leur possible, dans la mesure des ressources disponibles, pour garantir le droit à la santé et prendre sans délai des mesures dans ce sens. Même avec des ressources limitées, certaines obligations ont un effet immédiat, telles que garantir un droit à la santé non discriminatoire, élaborer des lois et des plans d'action spécifiques, ou prendre toute autre mesure nécessaire à la pleine réalisation de ce droit, comme c'est le cas pour les autres droits de l'homme. Les États doivent également garantir un minimum d'accès aux éléments importants du droit à la santé, tels que la fourniture de médicaments essentiels et de services de santé maternelle et infantile. (Voir chapitre III pour plus de détails.)

-
- **La situation financière difficile d'un pays ne le libère PAS de son obligation d'agir pour garantir le droit à la santé.** On fait souvent valoir que les États qui n'en ont pas les moyens ne sont pas obligés de prendre des mesures pour garantir ce droit ou peuvent surseoir indéfiniment à leurs obligations. Lors de l'examen de l'application de ce droit dans un État en particulier, il est tenu compte de la disponibilité des ressources lors de la période considérée et du niveau de développement. Cependant, aucun État ne peut justifier un manquement à ses obligations par une insuffisance de ressources. Les États doivent garantir le droit à la santé dans toute la mesure de leurs ressources disponibles, même si celles-ci sont limitées. Alors que les mesures peuvent être fonction d'un contexte particulier, les États doivent néanmoins s'employer à s'acquitter de leurs obligations de respecter, de protéger et de mettre en œuvre (voir p. 18 pour plus de détails).

C. Lien entre droit à la santé et autres droits de l'homme

Les droits de l'homme sont interdépendants, indissociables et intimement liés³. Par conséquent, une violation du droit à la santé compromet souvent l'exercice d'autres droits de l'homme, tels que le droit à l'éducation ou au travail, et inversement.

L'importance accordée aux «déterminants fondamentaux de la santé», c'est-à-dire les facteurs et conditions qui protègent et favorisent l'exercice d'un droit à la santé au-delà des services, biens et infrastructures sanitaires, montrent que le droit à la santé dépend non seulement de la réalisation de beaucoup d'autres droits de l'homme mais y contribue également. Ces droits comprennent le droit à l'alimentation, à l'eau, à un niveau de vie suffisant, à un logement décent, à l'absence de discrimination, à la vie privée, à l'accès à l'information, à la participation et le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications.

Liens entre le droit à la santé et le droit à l'eau

Les maladies sont provoquées par absorption d'eau insalubre ou par contact avec celle-ci, une pénurie d'eau propre (associée à un manque d'hygiène), une absence d'infrastructures d'assainissement et une mauvaise

³ Voir Déclaration et Programme d'action de Vienne (A/CONF.157/23), adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, tenue à Vienne du 14 au 25 juin 1993.

gestion des ressources en eau et des réseaux de distribution, y compris dans l'agriculture. La plupart des maladies diarrhéiques dans le monde sont causées par de l'eau ainsi que des installations d'assainissement et d'hygiène de mauvaise qualité. En 2002, les diarrhées attribuables à ces trois facteurs ont représenté environ 2,7 % des décès (1,5 million) dans le monde⁴.

Il est facile de mettre en évidence l'interdépendance des droits dans le contexte de la pauvreté. Pour ceux qui vivent dans la pauvreté, la santé est peut-être le seul atout sur lequel ils peuvent s'appuyer pour exercer d'autres droits économiques et sociaux, tels que le droit au travail ou le droit à l'éducation. La santé physique et mentale permet aux adultes de travailler et aux enfants d'apprendre, alors que la maladie est un problème non seulement pour ceux qui sont malades mais également pour ceux qui doivent les prendre en charge. Inversement, on ne peut garantir le droit des personnes à la santé sans respecter leurs autres droits, dont la violation est la cause première de la pauvreté, tels que le droit au travail, à l'alimentation, au logement et à l'éducation et le principe de non-discrimination.

D. Principe de non-discrimination et droit à la santé

On entend par discrimination toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur divers motifs et ayant pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Associée à la marginalisation de groupes particuliers de la population elle est en général à l'origine d'inégalités structurelles fondamentales au sein de la société. Cette situation peut, à son tour, accroître la vulnérabilité de ces groupes à la pauvreté et à la maladie. C'est pourquoi il n'est guère surprenant de constater que les groupes communément discriminés et marginalisés sont considérablement plus exposés aux problèmes de santé. Par exemple, des études ont démontré que, dans certaines sociétés, les groupes ethniques minoritaires et les peuples autochtones ont moins accès aux services de santé, sont moins informés à cet égard, ont moins de possibilités d'avoir accès à des logements décentes et à de l'eau potable, et que la mortalité infantile y est plus élevée et la malnutrition plus aiguë que dans la population générale.

⁴ Organisation mondiale de la santé, *Water, sanitation and hygiene: Quantifying the health impact at national and local levels in countries with incomplete water supply and sanitation coverage*, Charge de morbidité environnementale, Guide n° 15 (Genève, 2007).

Les conséquences sont amplifiées en cas de discrimination double ou multiple, par exemple de discrimination fondée sur le sexe *et* la race ou l'origine nationale et l'âge. Par exemple, dans de nombreuses régions, les femmes autochtones ont moins accès aux services sanitaires et de santé procréative ainsi qu'à l'information et elles sont plus exposées à la violence physique et sexuelle que la population générale.

La non-discrimination et l'égalité sont des principes fondamentaux des droits de l'homme et des éléments essentiels du droit à la santé. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 2 2)) et la Convention relative aux droits de l'enfant (art. 2 1)) fournissent une liste non exhaustive de motifs de discrimination: la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, le handicap, la naissance ou toute autre situation. Selon le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels, «toute autre situation» peut inclure l'état de santé (par exemple, l'infection par le VIH/sida) ou l'orientation sexuelle. Il est fait obligation aux États d'interdire et d'éliminer toutes les formes de discrimination et de garantir l'égalité pour tous en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, en son article 5, stipule également que les États doivent interdire et éliminer la discrimination raciale et garantir le droit de tous à la santé et aux soins médicaux.

La non-discrimination et l'égalité supposent en outre que les États doivent reconnaître les différences et les besoins particuliers des groupes confrontés en général à des problèmes particuliers de santé, tels que des taux de mortalité plus élevés ou une plus grande vulnérabilité à certaines maladies et en tenir compte. L'obligation de garantir la non-discrimination exige l'application de normes sanitaires spécifiques à certains groupes de la population, tels que les femmes, les enfants ou les handicapés (voir chap. II). Des mesures de protection positives sont notamment nécessaires lorsque certains groupes de personnes sont continuellement discriminés dans la pratique par des États parties ou par des acteurs privés.

Dans une même optique, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a clairement affirmé que l'absence de protection des membres vulnérables de la société contre la discrimination en matière de santé ne pouvait se justifier, que ce soit en fait ou en droit. Même en cas de situation difficile, les éléments vulnérables de la société doivent être protégés, par

exemple grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques et relativement peu coûteux⁵.

Les maladies orphelines: un problème multiforme du droit à la santé

On entend par maladies orphelines celles qui sont très handicapantes ou mortelles et qui ne connaissent pas ou peu de traitement. Elles comprennent la leishmaniose (kala-azar), l'onchocercose (cécité des rivières), la maladie de Chagas, la lèpre, la schistosomiase (bilharziose), la filariose lymphatique, la trypanosomiase africaine (maladie du sommeil) et la fièvre de dengue. Le paludisme et la tuberculose sont également souvent considérés comme des maladies orphelines⁶.

Il existe des liens évidents entre les maladies orphelines et les droits de l'homme:

- Les maladies orphelines touchent presque exclusivement les pauvres et les populations marginalisées des pays à faible revenu, dans les zones rurales et celles où la pauvreté est largement répandue. Pour réduire l'incidence des maladies orphelines il est donc essentiel de garantir les **déterminants fondamentaux du droit à la santé**.
- **La discrimination** est à la fois la cause et la conséquence des maladies orphelines. Par exemple, elle peut tout d'abord empêcher les personnes victimes de maladies orphelines de chercher de l'aide et de bénéficier d'un traitement.
- **Les médicaments essentiels** pour lutter contre ces maladies sont souvent indisponibles ou inadaptés. (Lorsqu'ils existent, ils peuvent être toxiques.)
- **Les interventions sanitaires** ainsi que **la recherche et le développement** sont depuis longtemps inadaptés et les budgets insuffisants (même si la situation s'est améliorée ces dernières années et qu'un plus grand nombre

⁵ Observation générale n° 14, par. 18.

⁶ Toutefois, elles surviennent tant dans les pays riches que dans ceux à faible revenu, et l'intérêt suscité par ces maladies ainsi que les traitements ont considérablement augmenté ces dernières années au niveau international (voir par exemple «The Roll Back Malaria Partnership», <http://www.rbm.who.int>).

de projets de développement sont en cours)⁷. Les États sont tenus d'encourager la mise au point de nouveaux médicaments, de vaccins et d'outils de diagnostic par la recherche et le développement ainsi que la coopération internationale.

E. Droit à la santé et droit international relatif aux droits de l'homme

Le droit au meilleur état de santé possible est un droit de l'homme reconnu en droit international. Le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, largement accepté comme l'instrument majeur de la protection du droit à la santé, reconnaît «le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre». Il est important de noter que le Pacte accorde une même importance tant à la santé mentale, qui a souvent été négligée, qu'à la santé physique.

Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre celles nécessaires pour assurer:
 - a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
 - b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
 - c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;

⁷ Mary Moran et autres, *The new landscape of neglected disease drug development* (London School of Economics, Political Science, The Wellcome Trust, 2005).

d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Les instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme abordent le droit à la santé de manière différente. Certains sont d'application générale alors que d'autres visent les droits fondamentaux de groupes particuliers, tels que les femmes ou les enfants.

Traités internationaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissant le droit à la santé

- La Convention internationale de 1965 sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale: article 5 *e*) iv)
- Le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels: article 12
- La Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes: articles 11 1) *f*), 12 et 14 2) *b*)
- La Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant: article 24
- La Convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille: articles 28, 43 *e*) et 45 *c*)
- La Convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées: article 25

En outre, les organes créés en vertu d'instruments internationaux qui assurent le suivi du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant ont adopté des observations générales ou des recommandations générales sur le droit à la santé et les questions y relatives. Celles-ci donnent une interprétation autorisée et détaillée des dispositions figurant dans les traités⁸. De nombreuses conférences et déclarations telles que la Conférence

⁸ Pour plus de détails sur ces organes créés en vertu d'instruments internationaux, voir la fiche d'information n° 30.

internationale sur les soins de santé primaires (qui a abouti à la Déclaration d'Alma-Ata⁹), la Déclaration du Millénaire et les objectifs du Millénaire pour le développement¹⁰, et la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida¹¹, ont également aidé à préciser plusieurs aspects de la santé publique relatifs au droit à la santé et ont réaffirmé leur engagement envers sa réalisation.

Déclaration d'Alma-Ata, 1978

La Déclaration souligne le rôle primordial des soins de santé primaires, qui visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet (art. VII). Elle fait valoir que l'accès aux soins de santé primaires est indispensable pour atteindre le niveau de santé qui permettra à tous les individus de mener une vie socialement et économiquement productive (art. V) et de contribuer à la mise en place des normes sanitaires les plus élevées.

Le droit à la santé est reconnu dans plusieurs instruments régionaux, tels que la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981), le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, connu sous le nom de Protocole de San Salvador (1988), et la Charte sociale européenne (1961, révisée en 1996). La Convention américaine sur les droits de l'homme (1969) et la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950) renferment des dispositions relatives à la santé, telles que le droit à la vie, l'interdiction de la torture et autres traitements cruels, inhumains et dégradants ainsi que le droit à la famille et à la vie privée.

En dernier lieu, le droit à la santé ou aux soins de santé est reconnu par au moins 115 constitutions. Au moins six autres énoncent des obligations en rapport avec la santé, notamment l'obligation pour les États de fournir des services de santé ou de leur allouer un budget spécifique.

⁹ Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), septembre 1978.

¹⁰ Voir <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

¹¹ Résolution S-26/2 de l'Assemblée générale en date du 27 juillet 2001.

Le droit à la santé et les obligations qui en découlent tels qu'ils sont envisagés dans certaines constitutions nationales

Constitution de l'Afrique du Sud (1996):

Chapitre II, section 27: Soins de santé, alimentation, eau et sécurité sociale:

- «(1) Tout individu a le droit d'avoir accès à
 - a. des services de soins de santé. v compris de santé procréative;
 - b. une alimentation et un approvisionnement en eau suffisants;
 - [...]
- (2) L'État doit prendre des mesures législatives et autres raisonnables, dans la mesure de ses ressources disponibles, pour parvenir à la réalisation progressive de ces droits.
- (3) Personne ne peut se voir refuser un traitement médical d'urgence.»

Constitution de l'Inde (1950):

L'article 47 de la partie IV énonce l'obligation de l'État d'augmenter le niveau de nutrition et le niveau de vie et d'améliorer la santé publique: «L'État doit considérer l'augmentation du niveau de nutrition et du niveau de vie de la population ainsi que l'amélioration des services de santé comme l'une de ses obligations principales...».

Constitution de l'Équateur (1998):

Chapitre IV: Droits économiques, sociaux et culturels, article 42: «L'État garantit le droit à la santé, sa promotion et sa protection, en instaurant la sécurité alimentaire, en assurant un approvisionnement en eau potable et des services d'assainissement, en favorisant la santé des familles, et la salubrité du lieu de travail et de l'environnement au sein des communautés ainsi que la possibilité d'accéder en permanence et sans interruption aux services de santé, conformément aux principes d'équité, d'universalité, de solidarité, de qualité et d'efficience.».

II. APPLICATION DU DROIT À LA SANTÉ À DES GROUPES PARTICULIERS DE LA POPULATION

Certains groupes ou individus, tels que les enfants, les femmes, les handicapés ou les personnes vivant avec le VIH/sida, sont confrontés à des difficultés particulières dans l'exercice de leur droit à la santé. Il peut s'agir de facteurs biologiques ou socioéconomiques, de discrimination ou de stigmatisation ou plus généralement d'une combinaison de ceux-ci. Pour envisager la santé comme un droit de l'homme, il est nécessaire d'accorder une attention particulière à différents individus et groupes d'individus au sein de la société, notamment à ceux qui sont en situation de vulnérabilité. De même, les États doivent adopter des mesures positives pour garantir la non-discrimination de certains individus et groupes d'individus. Par exemple, ils devraient différencier leurs lois et politiques sanitaires pour les adapter à ceux qui ont le plus besoin d'une assistance au lieu d'autoriser passivement des lois et politiques neutres en apparence mais qui profitent essentiellement aux groupes majoritaires.

Pour montrer comment les normes relatives au droit à la santé sont appliquées dans la pratique, la présente section examine essentiellement les groupes ci-après: femmes, enfants et adolescents, handicapés, migrants et personnes vivant avec le VIH/sida.

A. Femmes

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 12

1. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.
2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 10 2)

Une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants. Les mères salariées doivent bénéficier, pendant cette même période, d'un congé payé ou d'un congé accompagné des prestations appropriées de sécurité sociale.

Les femmes connaissent en général les mêmes problèmes de santé que les hommes, mais elles les vivent différemment. La prévalence de la pauvreté et leur dépendance économique, leur expérience de la violence, les préjugés à leur encontre dans le système sanitaire et la société dans son ensemble, la discrimination sur la base de la race ou d'autres facteurs, le pouvoir limité d'un grand nombre de femmes sur leur vie sexuelle et procréative ainsi que l'absence d'influence dans le processus de décision sont des réalités sociales qui ont un effet préjudiciable sur leur santé. Ainsi beaucoup de femmes doivent affronter des problèmes de santé et des formes de discrimination particuliers, et certains groupes, y compris les réfugiés ou les personnes déplacées, les femmes des bidonvilles et des milieux suburbains, les femmes autochtones et des campagnes, les handicapées ou les femmes vivant avec le VIH/sida (voir section ci-après sur le VIH/sida), doivent surmonter des formes multiples de discrimination, de marginalisation ainsi que de nombreux obstacles, outre la discrimination fondée sur le sexe.

Autant le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels que la Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes demandent l'élimination de la discrimination à leur égard pour ce qui est des soins de santé ainsi que des garanties pour un accès égal des femmes et des hommes aux services de soins de santé. Il est essentiel de combattre la discrimination sous toutes ses formes, y compris dans la prestation de soins de santé et de garantir l'égalité entre les hommes et les femmes pour faire de la santé un droit fondamental. À cet égard, en son article 14, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes invite expressément les États à veiller à ce que «dans les zones rurales, les femmes ... participent au développement rural et à ses avantages» et «puissent avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé ... ainsi qu'aux conseils et services en matière de planification de la famille.».

Le Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes demande en outre aux États parties de fournir aux femmes pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, des services appropriés, y compris des services de planning familial et des soins obstétriques d'urgence. L'obligation faite aux États de garantir une maternité sans risques et de réduire la mortalité maternelle et la morbidité y est implicite.

L'hygiène sexuelle et la santé procréative sont également des aspects clefs du droit des femmes à la santé. Les États devraient permettre aux femmes d'avoir le contrôle et de décider librement et de manière responsable des questions relatives à leur sexualité, y compris la santé sexuelle et procréative, d'être protégées contre toute coercition, absence d'informations, discrimination et violence. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement¹² et le Programme d'action de Beijing¹³ ont mis en avant le droit des hommes et des femmes d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale, l'accès à la méthode de leur choix, ainsi que le droit d'avoir accès à des services appropriés de soins de santé garantissant par exemple aux femmes le bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement et d'offrir aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Violence à l'égard des femmes: droits des femmes et droit à la santé

La violence à l'égard des femmes est à l'origine d'innombrables dommages physiques et psychologiques ou de souffrances parmi les femmes, ainsi que de violations de leur droit à la santé. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes demande notamment aux États de promulguer et d'appliquer des lois et politiques qui protègent les femmes et les filles de la violence et des abus et fournit des services appropriés de soins de santé physique et mentale. Les travailleurs sociaux devraient également être formés à identifier et à gérer les conséquences pour la santé de la

¹² *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.95.XIII.18).

¹³ *Déclaration et Programme d'action de Beijing, Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.96.IV.13), chap. I, résolution 1.

violence à l'égard des femmes, et les mutilations génitales féminines devraient être interdites¹⁴.

Les États doivent agir avec la diligence voulue pour prévenir ces violences, les détecter et engager des poursuites en justice, qu'elles soient le fait d'acteurs étatiques ou de particuliers. Les survivantes de ces violences doivent disposer de voies de recours et avoir accès à des soins de réadaptation appropriés tant dans le domaine de la santé physique que mentale.

B. Enfants et adolescents

Les enfants doivent surmonter des problèmes de santé particuliers à chaque étape de leur développement physique et mental, ce qui les rend notamment vulnérables à la malnutrition et aux maladies infectieuses et, à la période de l'adolescence, des problèmes de santé sexuelle, procréative et mentale.

La plupart des décès chez l'enfant sont dus à une poignée de maladies, infections respiratoires aiguës, diarrhée, rougeole, paludisme et malnutrition, ou à une combinaison de celles-ci. À cet égard, tant le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels que la Convention relative aux droits de l'enfant font obligation aux États de réduire la mortalité infanto-juvénile et de lutter contre les maladies et la malnutrition. De surcroît, un bébé qui a perdu sa mère à la suite de complications lors de la grossesse et à la naissance a un risque plus élevé de mourir pendant la prime enfance. La santé infantile et la santé sexuelle et procréative des femmes sont si étroitement liées que la Convention relative aux droits de l'enfant engage les États à garantir l'accès aux services de santé essentiels pour l'enfant et sa famille, y compris aux soins de santé pré et post-natale pour les mères.

Les enfants sont également de plus en plus exposés car les infections à VIH sont essentiellement le fait d'une transmission mère-enfant (un enfant né d'une mère séropositive a 25 à 35 % de chances d'être infecté lors de la grossesse, de la naissance ou de l'allaitement). En conséquence, les États devraient prendre des mesures pour prévenir une telle transmission par exemple par: des protocoles médicaux de dépistage du sida pendant la

¹⁴ Voir les recommandations générales n° 19 (1992) sur la violence à l'égard des femmes, et n° 24 sur les femmes et la santé du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.

grossesse; des campagnes d'information à l'intention des femmes sur ces formes de transmission; la fourniture de médicaments abordables; et la prestation de soins et la fourniture d'un traitement aux femmes infectées par le VIH, à leurs enfants et à leur famille, y compris un soutien psychologique et des choix en matière d'allaitement.

Les gouvernements et les professionnels de la santé devraient traiter tous les enfants et les adolescents de manière non discriminatoire. À cet effet, ils devraient s'attacher particulièrement aux besoins et aux droits de groupes spécifiques, tels que les enfants appartenant à des minorités ou à des communautés autochtones, les enfants intersexués¹⁵ et, en général, les jeunes filles et les adolescentes, qui dans de nombreux contextes ne peuvent accéder à une grande diversité de services, y compris aux soins médicaux. Les filles devraient notamment avoir un accès égal à une alimentation appropriée, à un environnement sûr et à des services de soins de santé physique et mentale. Des mesures adaptées devraient être prises pour abolir les pratiques traditionnelles dangereuses préjudiciables pour la santé de la plupart des filles telles que les mutilations génitales féminines, le mariage précoce et les préférences accordées aux garçons en matière d'alimentation et de soins.

Les enfants qui ont été victimes de négligence, d'exploitation, de sévices, de torture ou de toute autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant doivent également bénéficier d'une protection particulière des États. L'article 39 de la Convention relative aux droits de l'enfant met l'accent sur la responsabilité des États afin de promouvoir la réadaptation physique et psychologique ainsi que la réinsertion sociale de tout enfant.

Même si dans l'ensemble les adolescents constituent une catégorie de population en bonne santé, ils sont sujets à des comportements à risque et sont exposés à la violence sexuelle et à l'exploitation sexuelle. Les adolescentes sont également vulnérables aux grossesses précoces et/ou non désirées. Le droit des adolescents à la santé dépend donc de soins de santé qui respectent la confidentialité et la vie privée et comprend des services de santé mentale, sexuelle et procréative ainsi que l'information. De plus, les adolescents sont particulièrement vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Dans de nombreuses régions du monde, les nouvelles infections par le VIH sont largement concentrées chez

¹⁵ Les enfants intersexués sont nés avec des organes sexuels internes et externes qui ne sont ni exclusivement masculins ni exclusivement féminins.

les jeunes (15 à 24 ans)¹⁶. Des programmes de prévention efficaces devraient aborder la santé sexuelle et garantir un accès égal aux informations sur le VIH et à des mesures de prévention telles que soutien psychologique et dépistage volontaire ainsi qu'à des méthodes et services de contraception abordables.

Convention relative aux droits de l'enfant, article 24

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour:

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

¹⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la santé, *AIDS epidemic update: December 2006*, p. 9.

-
3. Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.
 4. Les États parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

C. Handicapés

Même si plus de 650 millions de personnes dans le monde souffrent d'une forme quelconque de handicap (les deux tiers vivant dans les pays en développement), la plupart ont été longuement négligées et marginalisées par l'État et la société. Ce n'est qu'au cours de ces dernières années que les handicapés ont réussi à faire changer les attitudes à leur égard. Ils sont passés du statut d'«objets» d'actions caritatives et d'interventions médicales à celui de «sujets» de droit de l'homme, y compris mais non limité au droit à la santé.

La réalisation du droit à la santé des handicapés ne peut se faire isolément. Ce droit est étroitement lié à la non-discrimination et aux autres principes d'autonomie individuelle, de participation et d'intégration sociale, de respect de la différence, d'accessibilité, ainsi que d'égalité des chances et de respect du développement des capacités de l'enfant¹⁷.

Les handicapés doivent surmonter de nombreux obstacles pour exercer leur droit à la santé. Par exemple, il est souvent difficile pour les personnes souffrant de handicaps physiques d'accéder à des soins de santé, notamment dans les zones rurales, les bidonvilles et les milieux suburbains; parfois, les personnes atteintes de handicaps psychosociaux n'ont pas accès à des traitements abordables dans le cadre du système de santé publique; les femmes handicapées ne reçoivent pas toujours des soins adaptés à leurs besoins particuliers. Le personnel médical considère parfois le handicapé comme un objet de traitement plutôt que comme un sujet de droits et ne cherche pas toujours à obtenir son consentement libre et éclairé lorsqu'il s'agit de prescrire un traitement. Une telle situation est non seulement

¹⁷ Ces principes et d'autres sont énoncés à l'article 3 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies dans sa résolution 61/106 du 13 décembre 2006.

dégradante mais constitue également une violation des droits de l'homme au titre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et un manque d'éthique de la part du corps médical.

Les handicapés sont également beaucoup plus exposés à la violence et aux abus. Ils sont victimes d'abus physiques, sexuels, psychologiques et émotionnels, de délaissement et d'exploitation financière, alors que les femmes handicapées sont essentiellement exposées à la stérilisation forcée et à la violence. La violence à l'égard des handicapés survient souvent dans un contexte de discrimination systématique à leur rencontre associée à un déséquilibre de pouvoirs. Il est dorénavant établi que ce n'est pas en raison de leur handicap que les handicapés se retrouvent dans des situations à risques, mais du fait des conditions sociales et des obstacles qu'ils doivent surmonter, tels que la stigmatisation, la dépendance aux autres pour les soins, le sexe, la pauvreté ou la dépendance financière.

Le délaissement dont les personnes atteintes de handicaps psychosociaux ou intellectuels peuvent souffrir en est un exemple. Dans de nombreux cas, elles sont traitées sans leur consentement libre et en connaissance de cause, ce qui constitue une violation grave et flagrante de leur droit à la santé. En outre, elles sont souvent enfermées dans des institutions uniquement du fait de leur handicap, ce qui peut avoir de graves conséquences sur la jouissance de leur droit à la santé ou autres.

Dans d'autres cas, il est fréquent que ces handicaps ne soient pas diagnostiqués, traités ou pris en charge et leur gravité est souvent sous-estimée. Les politiques, programmes, lois et ressources existants sont insuffisants, en 2001, par exemple, la plupart des pays à revenu moyen et faible consacraient moins de 1 % de leurs dépenses de santé à la santé mentale¹⁸. Par conséquent, les soins de santé mentale, y compris les médicaments essentiels tels que les médicaments psychotropes, sont inaccessibles ou inabordables pour une grande majorité des handicapés. L'accès à tous les types de soins de santé pour les personnes atteintes de handicaps psychosociaux ou intellectuels est entravé par la stigmatisation et la discrimination dont ils sont victimes, contrevenant ainsi à l'obligation des États de fournir un même accès à tous aux soins de santé.

¹⁸ Organisation mondiale de la santé, *Atlas de la santé mentale: 2005* (Genève, 2005).

La Convention relative aux droits des personnes handicapées nouvellement adoptée demande aux États de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque (art. 1). L'article 25 reconnaît en outre que les handicapés ont le «droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination» et précise les mesures que les États devraient prendre pour garantir ce droit.

Ces mesures ont notamment pour but de garantir que les handicapés puissent accéder aux services médicaux et sociaux dont ils ont particulièrement besoin du fait de leur handicap et en bénéficier, y compris les dépistages et interventions précoces, les services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps ainsi qu'aux services orthopédiques et de réhabilitation, qui leur permettent de devenir autonomes, de prévenir de nouveaux handicaps et qui contribuent à leur intégration sociale¹⁹. De même, les États veillent à mettre à la disposition des personnes handicapées des services et des centres de santé le plus près possible de leur communauté, y compris dans les zones rurales. En outre, conformément au principe de non-discrimination, les handicapés doivent pouvoir bénéficier des «mêmes services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes», et les États devraient «empêcher tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap» (voir en général les articles 25 et 26 de la Convention).

Qui plus est, les États doivent garantir que les professionnels de la santé fournissent aux personnes handicapées des soins de même qualité qu'aux autres, y compris sur la base d'un consentement libre et éclairé. À cet effet, les États doivent former le personnel médical et définir des normes éthiques pour les soins de santé dans le secteur public et privé. La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît en son article 23 le droit aux enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et d'accéder à des services de soins de santé et de réadaptation.

¹⁹ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 5 (1994) sur les personnes souffrant d'un handicap, et les articles 25 b) 5 et 26 de la Convention relative aux personnes handicapées.

D. *Migrants*

La migration est devenue un phénomène politique, social et économique majeur, avec des conséquences importantes pour les droits de l'homme. L'Organisation internationale pour les migrations estime qu'aujourd'hui il existe près de 200 millions de migrants internationaux dans le monde. Selon l'Organisation internationale du Travail, 90 millions d'entre eux sont des travailleurs migrants. Même si la migration a des incidences sur le droit à la santé tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil, on s'attachera ici aux migrants dans les pays d'accueil. Leur exercice du droit à la santé est souvent limité du seul fait de leur condition de migrants, outre d'autres facteurs tels que la discrimination, la langue et autres barrières culturelles, ou en raison de leur statut juridique. Alors qu'ils sont tous confrontés à des problèmes particuliers inhérents à leur situation et statut particuliers (les migrants sans papiers ou en situation irrégulière et ceux qui sont en détention sont particulièrement à risques)²⁰, de nombreux migrants se heurteront à des obstacles similaires pour exercer leurs droits fondamentaux, y compris leur droit à la santé.

Les États ont expressément déclaré devant les organes internationaux chargés des droits de l'homme ou spécifié dans la législation nationale qu'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas accorder le même niveau de protection aux migrants qu'à leurs propres ressortissants. De même, la plupart des pays ont défini leurs obligations en matière de santé envers les non-ressortissants en termes de «soins essentiels» ou de «soins d'urgence uniquement». Étant donné que ces concepts ont des significations différentes en fonction des pays, leur interprétation est souvent laissée au personnel de santé à titre individuel. Les pratiques et les lois peuvent donc être discriminatoires.

²⁰ Les personnes ayant le statut de réfugié ou les déplacés n'entrent pas dans la catégorie des migrants. Voir «Groupes et individus particuliers: travailleurs migrants» (E/CN.4/2005/85).

Principales difficultés auxquelles se heurtent les migrants – notamment les sans papiers – pour ce qui est du droit à la santé²¹ :

- Dans l'ensemble, les migrants sont insuffisamment couverts par le système de santé publique et n'ont souvent pas les moyens de cotiser à une assurance médicale. Les professionnels du sexe migrants et sans papiers en particulier n'ont qu'un accès limité aux services sanitaires et sociaux;
- Les migrants ont du mal à accéder aux informations sur les questions de santé et les services disponibles. Souvent, l'État ne fournit pas suffisamment d'informations;
- Les migrants sans papiers n'osent pas se faire soigner car ils craignent que les prestataires de soins ne les dénoncent aux services d'immigration;
- Les travailleuses domestiques sont particulièrement vulnérables à la violence et aux sévices sexuels;
- Les travailleurs migrants travaillent souvent dans de mauvaises conditions de sécurité et d'hygiène;
- Les travailleurs migrants sont plus sujets à des comportements sexuels à risque compte tenu de leur situation vulnérable, du fait qu'ils sont éloignés de leur famille et exclus des grands programmes de prévention et de soins sur les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/sida. Par conséquent, leur situation favorise une propagation rapide de ces maladies;
- Les conditions dans les centres de rétention des migrants sans papiers peuvent également être propices à la propagation des maladies;
- Les victimes de la traite d'êtres humains sont l'objet de violences physiques et d'abus et doivent surmonter d'énormes obstacles pour ce qui

²¹ Voir Organisation mondiale de la santé, *Migrations internationales, santé et droits humains*, Série de publications santé et droits de l'homme, n° 4 (décembre 2003), disponible à <http://www.who.int>, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation internationale pour les migrations, *Le droit des migrants à la santé*, ONUSIDA Collection Meilleures Pratiques (Genève, 2001).

est de leur droit à la santé procréative (maladies sexuellement transmissibles, y compris infection par le VIH/sida, grossesses non désirées, avortements non médicalisés).

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille stipule en son article 28 que tous les travailleurs migrants et les membres de leur famille ont le droit de recevoir tous les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence pour préserver leur vie ou éviter un dommage irréparable à leur santé. De tels soins médicaux d'urgence ne peuvent leur être refusés en raison d'une quelconque irrégularité en matière de séjour ou d'emploi. La Convention protège en outre les travailleurs migrants sur le lieu de travail et stipule qu'ils doivent bénéficier d'un traitement non moins favorable que celui dont bénéficient les nationaux de l'État d'emploi en matière de conditions d'emploi, y compris de sécurité et de santé (art. 25).

Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, dans sa recommandation générale n° 30 (2004) concernant la discrimination contre les non-ressortissants et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans son Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, soulignent tous les deux que les États parties doivent respecter le droit des non-ressortissants à un état de santé physique et mental approprié, notamment en s'abstenant de leur refuser ou de leur restreindre l'accès aux services de soins préventifs, curatifs et palliatifs. Le Rapporteur spécial sur la santé a également fait valoir que les demandeurs d'asile ou les sans papiers malades, qui font partie des personnes les plus vulnérables au sein d'une population, ne devraient pas se voir refuser leur droit fondamental aux soins médicaux.

En conclusion, le droit des migrants à la santé est étroitement lié et subordonné à leurs conditions de travail et de vie ainsi qu'à leur statut juridique. Afin d'aborder en détail les questions relatives à la santé des migrants, les États devraient également prendre des mesures pour qu'ils puissent notamment exercer leur droit à un logement décent, à des conditions de travail sûres et saines, à un niveau de vie suffisant, à l'alimentation, à l'information, à la liberté et à la sécurité des personnes, à une procédure régulière, à ne pas être réduit en esclavage et au travail forcé.

E. Personnes vivant avec le VIH/sida

Plus de 25 millions de personnes sont mortes du sida au cours des vingt-cinq dernières années, ce qui en fait l'une des pandémies les plus destructrices de l'histoire récente. On recense dorénavant environ 33 millions de personnes vivant avec le VIH/sida. Depuis son apparition en tant qu'urgence sanitaire, l'épidémie a eu des effets graves, voire dévastateurs dans de nombreux endroits, sur les droits de l'homme et le développement.

Il est généralement reconnu que le VIH/sida pose de multiples problèmes pour les droits de l'homme. Inversement, la protection et la promotion des droits de l'homme sont essentiels pour prévenir la transmission du VIH et réduire l'incidence du sida sur les vies des personnes. De nombreux droits de l'homme sont concernés par le VIH/sida, tels que le droit à la non-discrimination, le droit à la vie, l'égalité devant la loi, le droit à la vie privée et le droit au meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre.

Les liens entre la pandémie de VIH/sida et la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination, y compris celles fondées sur le sexe et l'orientation sexuelle, sont communément admis. L'incidence et la propagation du VIH/sida sont anormalement élevées dans certaines populations, y compris les femmes²², les enfants, les personnes qui vivent dans la pauvreté, les populations autochtones, les migrants, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels du sexe, hommes et femmes, les réfugiés et les déplacés, et dans certaines régions, telles que l'Afrique subsaharienne. La discrimination à leur encontre les rend (plus) vulnérables à l'infection à VIH. Dans le même temps, le droit à la santé des personnes vivant avec le VIH/sida est fragilisé par la discrimination et la stigmatisation. Par exemple, des personnes souffrant de discrimination, telles que les professionnels du sexe ou les utilisateurs de drogues injectables, ne demanderont pas spontanément un soutien psychologique, un dépistage ou un traitement par crainte d'être identifiées en tant que porteur du VIH/sida.

Il est indispensable de lutter contre la discrimination et la stigmatisation pour stopper et faire régresser les épidémies dans le monde. Il importe que les États interdisent la discrimination fondée sur l'état de santé, y compris la

²² Les femmes sont aujourd'hui plus vulnérables à l'infection que les hommes. Voir Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève, 2006).

situation effective ou présumée par rapport au VIH/sida, et protègent les personnes vivant avec le VIH/sida de la discrimination. La législation, les politiques et les programmes devraient être assortis de mesures positives pour lutter contre les facteurs tels que leur situation économique qui entravent l'accès égal de ces populations vulnérables à la prévention, au traitement et aux soins.

L'accès universel aux soins et au traitement est également un aspect capital du droit à la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida. De même, il est important de garantir la disponibilité des médicaments et de renforcer la prévention du VIH, par exemple en fournissant des préservatifs ainsi que des informations et une éducation et en mettant l'accent sur la prévention de la transmission mère-enfant. Les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme* donnent d'autres orientations sur la manière de garantir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida²³.

Les femmes et le VIH/sida

L'inégalité entre les sexes et le non respect des droits des femmes et des filles sont des facteurs importants de la pandémie de VIH/sida dans de nombreuses régions du monde. Par exemple, la soumission des femmes aux hommes dans la vie privée et publique peut empêcher les femmes et les filles de négocier des rapports sexuels protégés. Les femmes, et surtout les jeunes, sont beaucoup plus vulnérables à l'infection. En outre, les femmes ont généralement moins accès aux traitements disponibles et à des informations appropriées. Elles sont également beaucoup plus concernées par le fardeau des soins à donner.

Les États devraient mettre en place des lois et des politiques pour combattre les inégalités et les normes sociales qui contribuent à la propagation du VIH/sida. Ils devraient aussi fournir un accès égal à l'information, à l'éducation, aux moyens de prévention et aux services de santé concernant le VIH. De même, ils devraient garantir les droits des

²³ Voir Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme: directives internationales: version consolidée 2006* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.06.XIV.4), résolution 60/1 de l'Assemblée générale en date du 16 septembre 2005 sur le Document final du Sommet mondial de 2005 et résolution 60/224 de l'Assemblée générale du 23 décembre 2006.

femmes en matière de sexualité et de procréation, essentiels à la prévention du VIH. À cet égard, il est crucial de prévenir la transmission du VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (voir également l'encadré ci-après sur Treatment Action Campaign (une campagne d'incitation aux traitements)). Les États devraient également protéger les femmes contre la violence sexuelle, qui les rend encore plus vulnérables à l'infection à VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles.

III. OBLIGATIONS DES ÉTATS ET RESPONSABILITÉS D'AUTRES ACTEURS ENVERS LE DROIT À LA SANTÉ

Les États ont pour obligation principale de protéger et de promouvoir les droits de l'homme. Les obligations en rapport avec les droits de l'homme sont définies et garanties par le droit international coutumier²⁴ et les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, créant des obligations contraignantes pour les États qui les ont ratifiés pour donner effet à ces droits.

A. Obligations générales

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 2

1. Chacun des États parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives.

2. Les États parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.

²⁴ On entend par droit coutumier toute pratique générale des États acceptée comme étant de droit et engendrée par un sentiment d'obligation juridique.

Réalisation progressive

Lorsqu'ils ratifient les traités relatifs aux droits de l'homme, les États parties ont pour obligation de donner effet à ces droits dans leur ordre juridique interne. Plus précisément, le paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels souligne que les États s'engagent à assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte. Il s'agit d'une reconnaissance implicite du fait que les États sont soumis à des contraintes en matière de ressources et qu'il faut du temps pour appliquer les dispositions du traité. Par conséquent, certains éléments des droits protégés au titre du Pacte, y compris le droit à la santé, sont réputés *soumis à réalisation progressive*.

Tous les aspects des droits visés par le Pacte ne peuvent être réalisés immédiatement, mais les États devraient au moins montrer qu'ils font tout leur possible, dans la mesure des ressources disponibles, pour mieux protéger et promouvoir les droits visés par le Pacte. Par ressources disponibles on entend celles de l'État ainsi que celles mises à disposition par la communauté internationale par le biais de la coopération et de l'assistance internationales, comme précisé au paragraphe 1 de l'article 2.

Le rôle de l'assistance et de la coopération internationales est également évoqué dans d'autres instruments tels que la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Convention relative aux droits de l'enfant²⁵. Elles ne remplacent pas les obligations nationales, mais elles interviennent notamment si un État est dans l'incapacité de donner effet à lui seul aux droits économiques, sociaux et culturels, et nécessite une assistance d'autres États pour ce faire. La coopération internationale incombe particulièrement aux États qui sont en mesure d'aider les autres à cet égard. Les États devraient donc avoir un programme actif d'assistance et de coopération internationales et fournir une assistance économique et technique pour permettre à d'autres États de satisfaire à leurs obligations pour ce qui est du droit à la santé²⁶.

²⁵ Charte des Nations Unies, art. 1 3), 55 et 56; Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 22 et 28; et Convention relative aux droits de l'enfant, art. 4 et 24.

²⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3 (1990) sur la nature des obligations des États parties et Observation générale n° 14, par. 38 à 42.

Alors que le concept de réalisation progressive s'applique à tous les droits reconnus par le Pacte, certaines obligations ont un *effet immédiat*, notamment l'engagement garantissant que tous les droits seront exercés sur la base de la *non-discrimination* et l'obligation d'agir en vue de la réalisation des droits, y compris du droit à la santé, par des mesures qui devraient être concrètes, délibérées et ciblées. À cet égard, des mesures régressives ne sont pas autorisées, sauf si un État peut démontrer qu'il a fait son possible pour utiliser toutes les ressources à sa disposition pour satisfaire à ses obligations.

Agir pour réaliser le droit à la santé

La réalisation du droit à la santé nécessite de prendre diverses mesures. Étant donné que les mesures les plus pratiques pour appliquer le droit à la santé varieront d'un État à un autre, les traités internationaux ne proposent pas de solutions prédéterminées. Le paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels stipule simplement que le plein exercice des droits énoncés dans le traité doit être assuré par «tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives».

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné que les États devraient, au moins, adopter une stratégie nationale pour garantir à tous la jouissance du droit à la santé, fondée sur les principes relatifs aux droits de l'homme qui définissent les objectifs de cette stratégie. Il sera indispensable de définir des indicateurs et de fixer des critères pour la formulation et la mise en œuvre d'une telle stratégie. En effet, le droit à la santé étant sujet à réalisation progressive, ce que l'on attend d'un État évoluera au fil du temps. Les États nécessitent donc un dispositif pour suivre et mesurer ces aspects évolutifs du droit à la santé. Les indicateurs, surtout lorsqu'ils sont ventilés, fournissent des informations utiles sur les moyens mis en œuvre pour réaliser le droit à la santé dans un pays donné. Le HCDH a élaboré un cadre conceptuel et méthodologique pour de tels indicateurs.

Projet de cadre pour l'élaboration d'indicateurs²⁷

S'agissant des droits de l'homme, les indicateurs identifiés aident à évaluer les mesures prises par un État pour satisfaire à ses obligations, de l'acceptation des normes internationales en matière de droits de l'homme (indicateurs *structurels*) aux efforts accomplis par l'État pour s'acquitter des obligations découlant de ces normes (indicateurs *de méthode*), puis aux résultats auxquels ces efforts ont abouti considérés sous l'angle de la population (indicateurs *de résultats*). Les indicateurs qui illustrent le droit au meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre sont, par exemple, le nombre de traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et concernant le droit à la santé ratifiés par l'État (indicateurs *structurels*), la proportion de naissances médicalisées (indicateurs *de méthode*) et le taux de mortalité maternelle (indicateurs *de résultats*). Il est également capital que les indicateurs soient ventilés par groupes pertinents de la population et motifs possibles de discrimination.

Obligation fondamentale minimum

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a également souligné que les États ont une *obligation fondamentale minimum* de garantir la satisfaction de niveaux essentiels minimums pour chacun des droits couverts par le Pacte. Alors que certains de ces niveaux essentiels sont, dans une certaine mesure, tributaires de ressources, l'État devrait leur accorder la priorité dans le cadre de ses efforts pour réaliser les droits énoncés dans le Pacte. Pour ce qui est du droit à la santé, le Comité a souligné que les États doivent garantir:

- Le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires *sans discrimination aucune*, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés;
- L'accès à une *alimentation essentielle minimale* qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel;

²⁷ Voir «Rapport sur l'utilisation d'indicateurs pour la surveillance de l'application des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme» (HRI/MC/2006/7), disponible à <http://www.ohchr.org>. Ce cadre a été validé par des consultations et ateliers d'experts en 2007-2008.

-
- L'accès à des *moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement* et à un approvisionnement suffisant en *eau salubre et potable*;
 - La fourniture de *médicaments essentiels*;
 - Une *répartition équitable* de tous les équipements, produits et services sanitaires.

B. Trois types d'obligations

Les obligations des États relèvent de trois catégories, à savoir les obligations *de respecter, de protéger et de mettre en œuvre*.

Obligation de respecter

L'obligation *de respecter* requiert des États parties qu'ils s'abstiennent d'entraver directement ou indirectement l'exercice du droit à la santé.

Par exemple, les États devraient s'abstenir de refuser ou de restreindre l'accès aux services de soins de santé; de commercialiser des médicaments qui ne sont pas approuvés; d'imposer des pratiques discriminatoires s'agissant de l'état de santé et des besoins des femmes; de limiter l'accès aux contraceptifs et autres moyens de préserver la santé en matière de sexualité et de procréation; de retenir, de censurer ou de déformer les informations sur la santé; et de porter atteinte au droit à la vie privée (par exemple, de personnes vivant avec le VIH/sida).

En outre, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné dans son Observation générale n° 14 que les États parties doivent respecter l'exercice du droit à la santé dans d'autres pays.

L'obligation de protéger

L'obligation de protéger requiert des États parties qu'ils prennent des mesures pour empêcher des tiers de s'immiscer dans l'exercice du droit à la santé.

Les États devraient adopter des lois ou d'autres mesures pour garantir que les acteurs privés se conforment aux normes en matière de droits de l'homme

lorsqu'ils fournissent des soins de santé ou d'autres services (par exemple, réglementer la composition des produits alimentaires); contrôler la commercialisation des équipements médicaux et des médicaments par les acteurs privés; garantir que la privatisation ne représente pas une menace pour la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, des biens et des services sanitaires; protéger les individus d'actes de tiers qui pourraient porter atteinte à leur droit à la santé, par exemple, empêcher les femmes de subir des pratiques traditionnelles dangereuses ou des tiers de les contraindre à le faire (par exemple en promulguant des lois interdisant expressément les mutilations génitales féminines); garantir que des tiers ne limitent pas l'accès des personnes aux informations et aux services concernant la santé, y compris la santé de l'environnement; et veiller à ce que les professionnels de la santé fournissent des soins aux handicapés avec leur consentement libre et éclairé.

Dans son Observation générale n° 14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a également souligné que les États parties devraient empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays. Il a en outre noté que lors de la conclusion d'autres accords internationaux ou multilatéraux, les États parties devraient s'assurer que ces instruments ne portent pas atteinte au droit à la santé.

Protéger le droit à la santé: brevets et accès aux médicaments

La Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a adopté une déclaration historique en 2001 à Doha, concernant l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique²⁸. La Déclaration de Doha affirme que l'ADPIC ne devrait pas empêcher les États membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique. Une décision de même ordre avait été adoptée en 2003 pour préciser le paragraphe 6 de la Déclaration de Doha: cette décision fonctionne comme une dérogation pour permettre, dans certaines circonstances, aux pays qui fabriquent des produits pharmaceutiques génériques vendus sous licences obligatoires d'exporter les produits vers des pays importateurs qui ne peuvent fabriquer eux-mêmes ces médicaments²⁹. Les

²⁸ Voir <http://www.wto.org>.

²⁹ La licence obligatoire est un processus par lequel un gouvernement autorise la fabrication d'un produit ou d'un processus breveté sans l'accord du détenteur du brevet. Une telle licence est autorisée en cas d'urgences nationales, d'autres

États peuvent avoir recours à ces clauses pour garantir que leurs populations puissent accéder aux médicaments et pour un coût abordable.

Obligation de mettre en œuvre

L'obligation de mettre en œuvre suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé.

Les États doivent, par exemple, adopter une politique nationale de santé ou un plan national de santé couvrant les secteurs public et privé; assurer la prestation de soins de santé, y compris des programmes de vaccination contre les maladies infectieuses et des services conçus pour réduire au minimum et prévenir de nouveaux handicaps; garantir l'égalité d'accès à tous les déterminants fondamentaux de la santé tels qu'une alimentation saine et nutritive, de l'eau potable et des systèmes d'assainissement; garantir que les infrastructures de santé publique assurent la prestation de services liés à la santé sexuelle et procréative et que les médecins et le personnel médical sont suffisamment et correctement formés; et fournir des informations et des conseils sur les questions liées à la santé, telles que le VIH/sida, la violence domestique ou les abus d'alcool, de drogues et autres substances nocives.

Des systèmes de santé efficaces et intégrés, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, sont aussi essentiels pour garantir le droit au meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre (voir encadré).

Systèmes nationaux de santé

Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé possible³⁰ a souligné notamment que du point de vue du droit à la santé, le système de santé devrait être constitué de plusieurs éléments: il devrait être doté d'un système adéquat de collecte de données sanitaires pour suivre la réalisation de ce droit; les données devraient être ventilées selon certains critères tels que le sexe, l'âge et les zones urbaines et rurales; au

circonstances d'extrême urgence, ou d'utilisation publique. Par exemple, la pandémie de VIH/sida pourrait justifier une licence obligatoire.

³⁰ A/HRC/4/28, par. 90 à 92. Voir chapitre IV ci-après pour des informations complémentaires sur le Rapporteur spécial.

niveau national, il devrait être capable de produire un nombre suffisant de personnels de santé possédant une solide formation et bénéficiant de bonnes conditions de travail; être doté d'un mécanisme chargé d'effectuer des études d'impact sur le droit à la santé préalablement à la mise au point des principales politiques en rapport avec la santé; être assorti de dispositifs permettant une participation à la formulation des politiques de santé; disposer de mécanismes efficaces, transparents et accessibles de contrôle des obligations liées aux responsabilités.

En outre, la Déclaration d'Alma-Ata a mis en lumière le rôle central joué par les soins de santé primaires dans tout système de santé national (art. VI). Par conséquent, les États se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet (art. VIII).

C. D'autres acteurs ont-ils également des obligations?

L'obligation qui incombe aux États de protéger les droits de l'homme comprend la garantie que les États non parties ne portent pas atteinte à ces droits. Pour ce qui est de la santé, les États devraient, par exemple, adopter une législation ou d'autres mesures assurant un accès égal aux soins de santé fournis par des tiers. En outre, la question de savoir dans quelle mesure d'autres acteurs de la société notamment, particuliers, organisations intergouvernementales et non gouvernementales (ONG), professionnels de la santé et entreprises, ont des obligations en matière de promotion et de protection des droits de l'homme, suscite de plus en plus de débats.

La présente section aborde le rôle des organismes des Nations Unies et du secteur privé. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il n'existe pas d'autres acteurs ayant des responsabilités en la matière et le Rapporteur spécial a notamment souligné le rôle indispensable des professionnels de la santé dans la promotion et la protection du droit à la santé³¹.

Organismes des Nations Unies et institutions spécialisées

La Charte des Nations Unies précise que l'Organisation des Nations Unies a notamment pour but de promouvoir le respect des droits de l'homme et les

³¹ E/CN.4/2003/58, chap. IV, sect. F.

traités internationaux relatifs aux droits de l'homme envisagent un rôle particulier pour les organismes des Nations Unies et institutions spécialisées dans le cadre de leur mise en œuvre. Par exemple, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et les institutions spécialisées de l'ONU, telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), doivent coopérer efficacement avec les États parties en vue de l'application nationale de tous les droits.

Au cours de ces dernières années, les réformes de l'Organisation des Nations Unies entreprises par le Secrétaire général (en 1997, 2002 et 2005), ainsi que les observations du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, ont mis en avant le rôle et les responsabilités des organismes des Nations Unies et des institutions financières internationales, eu égard aux droits de l'homme. Le Comité a noté, par exemple, que l'adoption par les institutions spécialisées, les programmes et les organes des Nations Unies d'une approche s'inspirant de la défense des droits de l'homme facilitera considérablement la mise en œuvre du droit à la santé³². En 2003, les organismes des Nations Unies ont adopté une *déclaration d'interprétation commune*, affirmant que tous les programmes de développement et l'assistance devraient promouvoir la réalisation des droits de l'homme et suivre les normes et principes relatifs aux droits de l'homme³³.

Les organismes des Nations Unies, en particulier l'UNICEF, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'OMS ont intensifié leurs travaux sur la santé et les droits de l'homme.

OMS

La Constitution de l'OMS stipule que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (préambule). Elle fait de l'OMS l'autorité directrice pour toutes les questions de santé à l'échelon mondial, chargée de guider la recherche dans le domaine de la santé, de définir des normes et principes, de formuler des politiques reposant sur des bases factuelles, de fournir un appui

³² Observation générale n° 14.

³³ Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme (publication des Nations Unies, numéro de vente F.06.XIV.10), annexe II.

technique aux pays et de suivre et évaluer les tendances en matière de santé (art. 2). Elle accorde à l'OMS des pouvoirs étendus pour établir des normes de santé, telles que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel adopté en 1981³⁴, et adopte des traités et des conventions juridiquement contraignants, tels que la Convention-cadre pour la lutte antitabac³⁵.

En outre, le *Onzième programme général de travail pour la période 2006-2015: un programme mondial d'action sanitaire* détermine sept domaines prioritaires, y compris la promotion d'une couverture universelle, l'égalité entre les sexes et les droits fondamentaux liés à la santé. Au sein de l'OMS, l'équipe santé et droits de l'homme du Département éthique, commerce, droits de l'homme et droit de la santé s'emploie à: renforcer les capacités de l'OMS et de ses États membres pour intégrer une approche fondée sur les droits de l'homme à la santé; faire progresser le droit à la santé dans le droit international et les processus de développement internationaux; et défendre les droits fondamentaux liés à la santé³⁶.

Le secteur privé

Les sociétés commerciales peuvent influencer de plusieurs manières le droit à la santé. Les entreprises qui commercialisent des produits pharmaceutiques ou des équipements médicaux peuvent contribuer positivement à l'exercice du droit à la santé mais peuvent également rendre les soins de santé moins accessibles et abordables, par exemple en maintenant le prix des médicaments, comme dans le cas du traitement du VIH/sida, à un niveau élevé. Les industries d'extraction et de fabrication peuvent également porter indirectement atteinte au droit à la santé en polluant l'eau, l'air et le sol. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a insisté sur le fait que les États doivent protéger contre la pollution ou la contamination imputables aux sociétés privées et évaluer leur impact sur l'environnement³⁷.

³⁴ Organisation mondiale de la santé, Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Genève, 1981).

³⁵ Premier traité négocié sous les auspices de l'OMS, il s'agit d'un traité reposant sur des bases factuelles qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé.

³⁶ Voir «Santé et droits de l'homme», à <http://www.who.int/hhr/en/>.

³⁷ «Rapport du Représentant spécial du Secrétaire général chargé de la question des droits de l'homme et des sociétés transnationales et autres entreprises. Additif:

Les sociétés sont considérées comme ayant des obligations en matière de droits de l'homme, même si leur nature et portée exactes sont mal définies. Néanmoins, les États sont, en dernier ressort, responsables de toute violation des droits de l'homme³⁸.

Les sociétés commerciales ont fait l'objet d'une attention accrue ces derniers temps. Certaines initiatives ont tenté de définir des normes spécifiques en matière de droits de l'homme qui pourraient leur être applicables. La Commission des droits de l'homme a examiné le rôle du secteur privé pour ce qui est de l'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies telles que le VIH/sida, alors que sa Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme a approuvé les «Normes sur la responsabilité en matière de droits de l'homme des sociétés transnationales et autres entreprises»³⁹. En 2005, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a nommé un Représentant spécial pour inventorier et préciser les normes relatives à la responsabilité sociale et à la transparence des entreprises en matière de droits de l'homme. Les travaux sont en cours⁴⁰.

Plusieurs initiatives volontaires ont également été lancées. Par exemple, le Pacte mondial institué par l'Organisation des Nations Unies (<http://www.unglobalcompact.org>) définit 10 principes liés aux droits de l'homme, aux normes du travail, à l'environnement et à la lutte contre la corruption que les entreprises signataires s'engagent à appliquer. Certaines entreprises ont élaboré leurs propres politiques, programmes et instruments relatifs aux droits de l'homme pour incorporer les droits de l'homme à leurs activités commerciales, dont certaines concernent le droit à la santé.

IV. SUIVI DU DROIT À LA SANTÉ ET MISE EN CAUSE DE LA RESPONSABILITÉ DES ÉTATS

Des mécanismes de contrôle sont indispensables pour garantir le respect par les États des obligations qui leur incombent en matière de droit à la santé.

Obligations pour les États de réglementer et de contrôler les activités des sociétés, en application des principaux instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme: synthèse des commentaires émanant d'organes conventionnels» (A/HRC/4/35/Add.1).

³⁸ Ibid.

³⁹ E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2.

⁴⁰ Voir, par exemple, A/HRC/4/35.

Comment les obligations juridiques des États parties sont-elles contrôlées et par qui? Comment mettre en cause la responsabilité d'un État qui a violé le droit à la santé? C'est aux niveaux national, régional et international qu'il faut agir pour contrôler et responsabiliser les États, processus qui fait appel à divers acteurs, tels que l'État lui-même, les ONG, les institutions nationales de défense des droits de l'homme ou les organes internationaux de suivi des traités.

A. Responsabilité et suivi au niveau national

La responsabilité oblige les États à justifier leurs actes et à expliquer pourquoi et comment ils tendent – aussi rapidement et efficacement que possible – vers la réalisation du droit à la santé pour tous⁴¹. Le droit international relatif aux droits de l'homme ne prévoit aucune formule particulière pour un dispositif national de mise en cause de la responsabilité et de réparation, et par conséquent des mécanismes divers peuvent être utilisés pour assurer la réalisation et le suivi du droit à la santé. Tous les mécanismes de mise en cause de la responsabilité doivent au minimum être accessibles, transparents et efficaces.

Les États ont pour obligation principale de respecter, de protéger et de promouvoir les droits de l'homme des personnes vivant sur leur territoire. C'est pourquoi il est particulièrement important de s'employer à réaliser le droit à la santé au niveau national. Lorsque des mécanismes nationaux existent et sont opérationnels, ils sont souvent d'accès plus rapide et plus facile que les mécanismes régionaux ou internationaux (voir ci-après).

Mécanismes administratifs, décisionnels et politiques

Les mécanismes administratifs, décisionnels et politiques sont des moyens complémentaires des mécanismes de mise en cause de la responsabilité ou parallèles à ceux-ci. Par exemple, l'élaboration d'une politique ou stratégie nationale de santé, assortie de plans de travail et de budgets participatifs, joue un rôle important pour garantir la responsabilité du gouvernement. Les indicateurs des droits de l'homme contribuent au suivi concret des résultats clefs en matière de santé et de certains des processus nécessaires à leur obtention.

⁴¹ A/HRC/4/28, par. 46 et 87.

Les processus d'examen des dépenses politiques, budgétaires ou publiques et des mécanismes de suivi gouvernementaux (par exemple, inspecteurs de la santé et du travail chargés d'inspecter les réglementations en matière de santé et de sécurité dans les entreprises et dans le système de santé publique) sont des mécanismes administratifs importants de mise en cause des gouvernements s'agissant du respect de leurs obligations envers le droit à la santé. Certains services sanitaires ont mis en place des systèmes, internes ou indépendants, pour recevoir les plaintes ou suggestions et obtenir réparation. En outre, des évaluations diverses, telles que les évaluations d'impact, offrent aux décideurs politiques un moyen d'anticiper l'incidence probable d'une politique et d'analyser ultérieurement l'effet réel des politiques sur l'exercice du droit à la santé.

Des mécanismes politiques, tels que les processus démocratiques ainsi que les activités de suivi et de sensibilisation menées à bien par les ONG contribuent également à la responsabilité. Les organisations de la société civile utilisent de plus en plus des méthodes de suivi basées sur des indicateurs, des critères, des évaluations d'impact et des analyses budgétaires pour que les gouvernements s'acquittent de leurs responsabilités en ce qui concerne le droit à la santé.

Mécanismes judiciaires

Certaines des mesures les plus décisives en matière d'application interne concernent la mise en place de mécanismes judiciaires pour des droits considérés comme justiciables conformément au système judiciaire national. De tels mécanismes devraient prévoir des recours pour les particuliers en cas de violations de leur droit à la santé.

L'incorporation dans le droit interne d'instruments internationaux reconnaissant le droit à la santé peut considérablement renforcer la portée et l'efficacité des mesures correctives. Elle permet aux tribunaux de statuer sur les violations du droit à la santé en invoquant directement le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Les tribunaux nationaux, y compris la cour suprême, jugent de plus en plus d'affaires relatives au droit à la santé. Par exemple, en Argentine, les tribunaux ont ordonné à l'État de garantir un approvisionnement ininterrompu

en médicaments antirétroviraux aux personnes infectées par le VIH/sida⁴² ainsi que la fabrication d'un vaccin contre une maladie endémique⁴³ et de veiller à l'approvisionnement continu et gratuit d'un médicament pour le traitement d'une maladie osseuse⁴⁴. L'exclusion et l'annulation de la couverture médicale, notamment par des assurances privées est une autre question qui a été examinée par les tribunaux⁴⁵. Dans certains cas, les tribunaux ont invoqué la ratification par l'Argentine du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et autres traités pour réaffirmer le rang de disposition constitutionnelle du droit à la santé.

L'ONG Treatment Action Campaign en Afrique du Sud a démontré comment une telle organisation pouvait utiliser efficacement et conjointement la mobilisation sociale pour garantir un accès égal au traitement du VIH/sida, en s'appuyant sur l'information et le recours à la justice.

Treatment Action Campaign en Afrique du Sud: garantir un accès équitable au traitement pour les personnes vivant avec le VIH/sida

Assurer la disponibilité des médicaments là où ils sont les plus nécessaires et utiliser judicieusement les ressources sont deux exemples concrets qui montrent comment les gouvernements peuvent s'acquitter des obligations qui leur incombent en matière de droit à la santé et être tenus pour comptables de leurs actes.

⁴² Voir, par exemple, Cour suprême de justice, *Asociación Benghalensis y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social*, affaire 323:1339, 1^{er} juin 2000.

⁴³ Voir, par exemple, Tribunal administratif fédéral, Chambre IV, *Viceconte, Mariela c. Estado nacional – Ministerio de Salud y Acción Social s/amparo ley 16.986*, 2 juin 1998.

⁴⁴ Voir par exemple, Cour suprême de justice, *Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c. Ministerio de Salud y Acción Social – Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas*, 24 octobre 2000.

⁴⁵ Voir, par exemple, Cour suprême de justice, *Etcheverry, Roberto E. c. Omint Sociedad Anónima y Servicios*, Mémoire du Procureur général en date du 17 décembre 1999, décision de justice du 14 mars 2001.

Ministère de la santé c. Treatment Action Campaign:⁴⁶ Le Gouvernement sud-africain a choisi de ne pas mettre en œuvre un programme national visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH. Au lieu de cela, il a identifié deux sites de recherche par province qui étaient les seuls à pouvoir délivrer de la névirapine, limitant ainsi l'accessibilité du médicament, alors que son efficacité avait déjà été bien établie. Ainsi, les mères séropositives dépourvues des moyens nécessaires pour consulter dans des cliniques de santé privées et qui n'avaient pas accès aux sites de recherche ne pouvaient pas recevoir de la névirapine. En août 2001, Treatment Action Campaign, un réseau d'organisations et de particuliers qui militent en faveur d'un accès équitable et pour un coût abordable au traitement du VIH/sida, a déposé une plainte contre le Gouvernement devant la Haute Cour de Pretoria, demandant que le Gouvernement autorise la délivrance du médicament aux femmes enceintes dans tous les hôpitaux publics, au motif que la politique gouvernementale était inconstitutionnelle et constituait un manquement au respect de ses obligations. La Constitution sud-africaine reconnaît le droit de tous à accéder aux services de santé publique et le droit des enfants à une protection spéciale.

Décisions: En décembre 2001, la Haute Cour a décidé en faveur de Treatment Action Campaign au motif que limiter la délivrance du médicament n'était pas raisonnable de la part du Gouvernement. Dans sa décision en appel, en juillet 2002, la Cour constitutionnelle a maintenu la décision de Pretoria et décidé que par cette politique, le Gouvernement avait «manqué à ses obligations constitutionnelles de fournir un accès raisonnable aux services de soins de santé et tenant compte des besoins urgents des populations». La Cour a confirmé que la politique était discriminatoire envers les pauvres dépourvus des moyens d'accéder à ces services.

Le Gouvernement a été prié de lever les restrictions sur la délivrance de la névirapine dans les hôpitaux publics et les cliniques qui ne sont pas des sites de recherche, et d'élaborer et de mettre en place dans la mesure de ses ressources disponibles un programme global et coordonné pour réaliser progressivement le droit des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés à

⁴⁶ Voir *Ministère de la santé c. Treatment Action Campaign* (2002) 5 SA 721 (CC) (Afrique du Sud); et Mark Heywood, "Current developments: Preventing mother-to-child HIV transmission in South Africa: Background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign's case against the Minister of Health", *South African Journal of Human Rights*, vol. 19, part 2 (2003).

accéder aux services de santé pour lutter contre la transmission mère-enfant du VIH. Ces décisions ont été à l'origine de la mise en œuvre de l'un des programmes les plus importants en Afrique pour réduire la transmission mère-enfant.

Institutions nationales de défense des droits de l'homme

Les institutions nationales de défense des droits de l'homme (INDH) sont des mécanismes nationaux importants pour la promotion et la défense des droits de l'homme. À cet égard, elles ont pour fonctions de fournir des conseils au Gouvernement et de recommander des modifications des dispositions administratives ou législatives, d'examiner des plaintes, de mener des enquêtes, de veiller à la ratification et à la mise en œuvre des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et de dispenser une formation et une éducation au public⁴⁷. Ces institutions nationales ont souvent des fonctions quasi juridictionnelles et un mandat leur permettant de contribuer à l'élaboration de la législation. La plupart des institutions peuvent être classées en tant que commissions ou organes de médiation. Certains pays ont des médiateurs en santé.

Alors que la plupart des institutions nationales de défense des droits de l'homme ont traditionnellement axé leurs travaux sur les droits civils et politiques, elles s'intéressent dorénavant de plus en plus aux droits économiques, sociaux et culturels. Ainsi elles peuvent constituer un autre outil de protection du droit à la santé.

Exemples de commissions nationales de défense des droits de l'homme et le droit à la santé

La *Commission nationale chargée de la défense des droits de l'homme en Inde* (<http://nhrc.nic.in>) a pour mandat de protéger et de promouvoir les droits garantis par la Constitution de l'Inde et les traités internationaux. La Commission a été très active sur le plan du droit à la santé. Elle a, par exemple, soutenu la modernisation des infrastructures sanitaires dans le pays et l'affectation de personnel médical pour les populations rurales. Elle a également formulé plusieurs recommandations au Gouvernement pour

⁴⁷ Voir Principes concernant le statut des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme («Principes de Paris»), résolution 48/134 de l'Assemblée générale en date du 20 décembre 1993.

garantir l'adoption de politiques en faveur du droit à la santé. Par exemple, elle a recommandé la construction d'infrastructures sanitaires dans les villages; la mise en place d'un mécanisme efficace pour garantir la disponibilité des médicaments essentiels dans les centres de santé primaires; la création de partenariats public-privé pour porter au maximum les bénéfices des centres de soins de santé; et l'organisation régulière de programmes de vaccination par le Ministère de la santé en vue d'enrayer au plus vite la propagation des maladies infantiles. Dans un rapport publié en février 2007, la Commission a également dénoncé la pénurie d'eau potable dans de nombreuses régions du pays.

La Commission s'est également employée à faire interdire le ramassage manuel des ordures, qui a un effet très nocif sur la santé. Elle a recommandé que le Gouvernement prenne des mesures pour réadapter et réintégrer les personnes vivant de la récupération manuelle des déchets, que les banques leur accordent des prêts à un taux préférentiel et que leurs enfants soient scolarisés.

Le *Médiateur parlementaire en Finlande* (<http://www.oikeusasiamies.fi>) doit traiter un nombre croissant de plaintes portant sur le droit à la santé, notamment les droits des patients et le droit aux soins de santé (garantis par la Constitution). En 2005, le Médiateur a examiné plusieurs plaintes concernant l'absence de services de santé appropriés, l'accès à un traitement de qualité et la manière dont les patients ont été traités. Le Médiateur a consulté le Conseil national des affaires médico-légales pour prendre une décision sur ces affaires.

La *Commission nationale des droits de l'homme au Mexique* (www.cndh.org.mx) examine de plus en plus de plaintes liées au droit à la santé, notamment le refus de fournir des services de santé publique et la fourniture de services insuffisants ainsi que la négligence médicale. En 2004, la Commission a émis une recommandation générale adressée aux autorités ministérielles compétentes à l'échelon national et de district sur les droits fondamentaux des personnes atteintes de handicaps psychosociaux et qui avaient été internées dans des centres de détention. La recommandation était fondée sur une enquête et des visites effectuées dans ces centres dans tout le pays pour examiner leur conformité aux normes des droits de l'homme.

B. Responsabilité au niveau régional

Comme indiqué plus haut, les conventions et traités régionaux relatifs aux droits de l'homme, tels que le Protocole de San Salvador, reconnaissent le droit à la santé et les autres droits y relatifs.

Leurs organismes et tribunaux, notamment la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, la Commission interaméricaine des droits de l'homme, la Cour interaméricaine des droits de l'homme et le Comité européen des droits sociaux, jouent un rôle important dans la protection du droit à la santé.

La **Commission interaméricaine des droits de l'homme** a fourni des secours immédiats et efficaces à des personnes vivant avec le VIH/sida⁴⁸. En 2001, la Commission a examiné la requête déposée par 27 personnes souffrant du VIH/sida au motif que El Salvador aurait manqué à ses obligations en vertu du droit à la vie, à la santé et autres droits, en ne leur fournissant pas une thérapie antirétrovirale. La Commission a recommandé à l'État, à titre de mesures conservatoires, de fournir à ces personnes une triple thérapie et tous les soins hospitaliers, pharmaceutiques et nutritionnels nécessaires. La Cour suprême d'El Salvador, se fondant sur la critique de la Commission, a enjoint l'État de fournir une triple thérapie aux requérants. La loi sur la prévention de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine et la lutte contre la propagation de cette maladie qui a été promulguée ultérieurement au cours de l'année a permis de répondre à un grand nombre de préoccupations de la Commission.

C. Suivi au niveau international

Organes des Nations Unies créés en vertu d'instruments internationaux

L'application des principaux traités des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme est surveillée par des comités composés d'experts indépendants,

⁴⁸ Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Jorge Odir Miranda Cortez et al. c. El Salvador*, compte-rendu n° 29/11, affaire 12.249, décision sur la recevabilité rendue le 7 mars 2001.

souvent appelés *organes conventionnels*⁴⁹, comme le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ou le Comité des droits de l'enfant.

Le suivi du respect des dispositions du traité par les États parties s'effectue essentiellement par l'examen de leurs rapports périodiques sur les mesures qu'ils prennent pour appliquer les dispositions de ces traités au niveau national. Les comités examinent ces rapports conjointement avec d'autres informations pertinentes soumises par les organismes des Nations Unies et les organisations de la société civile (également appelés contre-rapports ou rapports parallèles). L'examen des rapports des États parties prend la forme d'un dialogue constructif avec les représentants des États parties.

Les comités adoptent ensuite des *observations finales*, qui précisent les aspects positifs, les préoccupations et les recommandations pour suite à donner. La réalisation du droit à la santé a essentiellement été examinée par le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits de l'enfant. Le Comité contre la torture a axé ses travaux sur l'accès à la santé des personnes placées en détention, y compris dans des instituts psychiatriques et la réadaptation des victimes de torture et de violences sexuelles.

En outre, le Comité des droits de l'homme, le Comité contre la torture, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, le Comité des droits des personnes handicapées et le Comité des disparitions forcées sont dotés de *mécanismes de recours individuel*⁵⁰. Les personnes victimes de violations de leurs droits fondamentaux peuvent déposer une requête auprès de l'organe conventionnel compétent, qui communiquera ensuite ses conclusions et recommandations à l'État partie concerné (sous réserve que tous les recours internes aient été épuisés). Le Comité des droits de l'enfant et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ne disposent pas de procédures de recours

⁴⁹ Pour plus d'informations sur les organes de surveillance de l'application des traités, voir les Fiches d'information 10/Rev.1, 12, 15/Rev.1, 16/Rev.1, 22, 24/Rev.1 et 30.

⁵⁰ Le Comité des droits des personnes handicapées et le Comité des disparitions forcées seront créés dès l'entrée en vigueur de leurs conventions. Voir également la Fiche d'information 7/Rev.1

individuels. En 2007, la communauté internationale a commencé à négocier un projet de Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. L'adoption d'un tel Protocole permettrait aux particuliers de disposer d'une voie de recours supplémentaire en matière de droit à la santé. Elle permettrait également de déposer des requêtes pour *tous* les aspects du droit à la santé, et de ne plus être limité, comme c'est le cas actuellement, à certains groupes de personnes, tels que les travailleurs migrants, les femmes ou les handicapés⁵¹, dans le cadre des mécanismes existants et relatifs aux traités.

Rapporteur spécial sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint

«Procédures spéciales» est le terme générique employé pour désigner les mécanismes créés et mandatés par la Commission des droits de l'homme et, depuis mars 2006, par le Conseil des droits de l'homme, pour examiner les questions préoccupantes dans toutes les régions du monde. Même si les fonctions attribuées aux mécanismes de procédure spéciale peuvent varier, ils sont en général chargés de surveiller et d'examiner la situation des droits de l'homme dans certains pays ou les principaux thèmes concernant les droits de l'homme dans le monde et de faire rapport publiquement à ce sujet⁵².

Dans sa résolution 2002/31, la Commission des droits de l'homme a créé le mandat de Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Paul Hunt a été le premier Rapporteur spécial nommé en 2002.

Mandat du Rapporteur spécial sur le droit à la santé

- Rassembler, solliciter, recevoir et échanger des renseignements sur le droit à la santé émanant de toutes les sources pertinentes.
- Établir un dialogue et étudier les domaines de collaboration possibles avec tous les acteurs pertinents, y compris les gouvernements, organismes, institutions spécialisées et programmes des Nations Unies

⁵¹ Après l'entrée en vigueur du Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

⁵² Pour plus de précisions, voir la Fiche d'information n° 27.

compétents, en particulier l'OMS et l'ONUSIDA ainsi que les ONG et les institutions financières internationales.

- Rendre compte de la réalisation, dans le monde entier, du droit à la santé, y compris des lois, politiques et pratiques les plus propices à la jouissance de ce droit, ainsi que des obstacles rencontrés.
- Formuler des recommandations sur les mesures propres à promouvoir et à protéger l'exercice du droit à la santé.

Pour s'acquitter de son mandat, le Rapporteur spécial a décidé d'axer ses travaux sur trois objectifs principaux:

- Inciter et encourager les autres à promouvoir le droit à la santé en tant que droit fondamental de la personne;
- Préciser le contenu du droit à la santé;
- Identifier les bonnes pratiques pour la mise en œuvre du droit à la santé au niveau de la communauté et aux niveaux national et international.

Les *méthodes de travail* du Rapporteur spécial consistent notamment à organiser des missions dans les pays; analyser des domaines de préoccupation; examiner des communications émanant de particuliers ou de groupes faisant état de violations présumées du droit à la santé et intervenir, le cas échéant, auprès des gouvernements eu égard à ces violations; ainsi qu'à faire rapport annuellement à l'Assemblée générale et au Conseil des droits de l'homme⁵³.

Dans ses rapports annuels, le Rapporteur spécial s'est jusqu'à présent attaché à: préciser les sources et la portée du droit à la santé, examiner la discrimination et la stigmatisation associées à ce droit⁵⁴; analyser le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation, le rapport entre pauvreté et droit à la santé, les maladies négligées ainsi que le droit à la santé et la prévention de la violence⁵⁵; la déficience mentale et le droit à la santé⁵⁶; un

⁵³ Antérieurement Commission des droits de l'homme. Ibid.

⁵⁴ E/CN.4/2003/58.

⁵⁵ E/CN.4/2004/49.

⁵⁶ E/CN.4/2005/51.

système de santé accessible à tous et les indicateurs du droit à la santé⁵⁷; ainsi qu'au mouvement pour la reconnaissance de la santé en tant que droit de l'homme⁵⁸.

Le Rapporteur spécial peut également recevoir des *plaintes émanant de particuliers* ou d'ONG qu'il peut porter à l'attention des gouvernements, si elles sont jugées crédibles et sérieuses. Plusieurs violations présumées du droit à la santé ont porté sur l'absence d'accès aux soins, aux biens et aux services de santé, ou sur l'alimentation forcée de détenus ou de prisonniers; la persécution des personnels médicaux au motif de leurs activités professionnelles; la discrimination à l'encontre de certaines personnes ou de certains groupes fondée sur leur état de santé, y compris le VIH/sida; les traitements médicaux sans le consentement de l'intéressé et les stérilisations forcées; le traitement abusif des malades mentaux; les mauvaises conditions d'internement dans les hôpitaux psychiatriques, telles que le manque de nourriture et d'installations d'assainissement appropriées; ainsi que le refus de fournir des services de santé aux travailleurs migrants⁵⁹.

Les particuliers ou les groupes qui souhaitent communiquer des informations au Rapporteur spécial ou attirer son attention sur des violations du droit à la santé peuvent lui adresser un courrier par la poste au HCDH à l'adresse ci-après: Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé, HCDH-ONUG, 8-14 avenue de la Paix, CH-1211 Genève 10, Suisse, ou par courrier électronique: urgent-action@ohchr.org⁶⁰.

En outre, le droit à la santé concerne plusieurs autres mandats, tels que ceux des rapporteurs spéciaux sur l'éducation, l'alimentation, le logement décent et la violence à l'égard des femmes ainsi que les experts indépendants sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, les politiques d'ajustement structurel, la dette étrangère et les conséquences néfastes des mouvements et déversements illicites de produits et déchets toxiques et nocifs pour la jouissance des droits de l'homme.

⁵⁷ E/CN.4/2006/48.

⁵⁸ A/HRC/4/28.

⁵⁹ E/CN.4/2005/51/Add.1.

⁶⁰ Voir <http://www.ohchr.org>.

ANNEXE

Principaux instruments internationaux et autres documents se rapportant au droit à la santé (par ordre chronologique)

Traités internationaux

Charte des Nations Unies (1945)

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946)

Charte sociale européenne (1961)

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)

Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1962) et ses deux Protocoles facultatifs (1966 et 1989)

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et ses deux Protocoles facultatifs (1999)

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984) et son Protocole facultatif (2002)

Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador) (1988)

Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et ses deux Protocoles facultatifs (2000)

Convention de l'OIT n° 169 concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants (1989)

Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990)

Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006) et son Protocole facultatif (2006)

Déclarations internationales, normes et autres règles internationales

Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)

Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978)

Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993)

Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (1991)

Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés (1993)

Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme (1997)

Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme: version consolidée de 2006

Observations et recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 15 (1990) sur la non-discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales de prévention du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et de lutte contre cette pandémie

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 19 (1992) sur la violence à l'égard des femmes

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 6 (1995) sur les droits économiques, sociaux et culturels des personnes âgées

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé

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

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 15 (2002) sur le droit à l'eau

Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 3 (2003) sur le VIH/sida et les droits de l'enfant

Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant

Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, Recommandation générale n° 30 (2004) concernant la discrimination contre les non-ressortissants

Résolutions de la Commission des droits de l'homme

Résolutions 2000/82 et 2001/27 sur les effets des politiques d'ajustement structurel et de la dette extérieure sur la jouissance effective de tous les droits de l'homme, en particulier des droits économiques, sociaux et culturels

Résolution 2001/35 sur les conséquences néfastes des mouvements et déversements illicites de produits et déchets toxiques et nocifs pour la jouissance des droits de l'homme

Résolutions 2002/31 et 2003/28 sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint

Résolutions 2001/33, 2002/32 et 2003/29 sur l'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme

Documents finals de conférences internationales

Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants (1990)

Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement et Action 21 de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (1992)

Déclaration et Programme d'action de Vienne adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993)

Déclaration et Programme d'action du Caire, Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire (1994) – <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>

Déclaration du Millénaire, adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies «Assemblée du Millénaire» (2000)

Déclaration de Beijing et Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995) et de sa Conférence de suivi Beijing +5 (2000)

Déclaration d'Istanbul et Programme pour l'habitat de la Deuxième Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat II) (1996), et Déclaration sur les villes et autres établissements humains en ce nouveau millénaire adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation d'ensemble des décisions de la Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat II) (2001)

Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, «À crise mondiale, action mondiale», adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies à sa session extraordinaire sur le VIH/sida (2001)

Déclaration de Durban et Programme d'action de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée (2001)

Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement adoptés lors de la deuxième Conférence mondiale sur le vieillissement (2002)

Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale et Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation (1996) et son suivi, Déclaration du Sommet mondial de l'alimentation: cinq ans après – Alliance internationale contre la faim (2002)

Sites Internet

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, www.ohchr.org

Organes des Nations Unies créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, <http://www.ohchr.org>

Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris rapports annuels et visites de pays, www.ohchr.org

Groupe de travail à composition non limitée sur un protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, <http://www.ohchr.org>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), www.unicef.org

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), www.unfpa.org

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), www.unaids.org

Organisation mondiale de la santé (OMS), www.who.int

Fiches d'information sur les droits de l'homme* :

- N° 2 La Charte internationale des droits de l'homme (Rev.1)
- N° 3 Services consultatifs et de la coopération technique dans le domaine des droits de l'homme (Rev.1)
- N° 4 Combattre la torture (Rev.1)
- N° 6 Disparitions forcées ou involontaires (Rev.2)
- N° 7 Procédures d'examen des requêtes (Rev.1)
- N° 9 Les droits des peuples autochtones (Rev.2)
- N° 10 Les droits de l'enfant (Rev.1)
- N° 11 Exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires (Rev.1)
- N° 12 Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale
- N° 13 Le droit international humanitaire et les droits de l'homme
- N° 14 Formes contemporaines d'esclavage
- N° 15 Droits civils et politiques: le Comité des droits de l'homme (Rev.1)
- N° 16 Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Rev.1)
- N° 17 Le Comité contre la torture
- N° 18 Droits des minorités (Rev.1)
- N° 19 Institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme
- N° 20 Droits de l'homme et réfugiés
- N° 21 Le droit à un logement convenable
- N° 22 Discrimination à l'égard des femmes: la Convention et le Comité
- N° 23 Pratiques traditionnelles dangereuses affectant la santé des femmes et des enfants
- N° 24 La Convention internationale sur les travailleurs migrants et son Comité (Rev.1)
- N° 25 L'éviction forcée et les droits de l'homme
- N° 26 Le Groupe de travail sur la détention arbitraire
- N° 27 Dix-sept questions souvent posées au sujet des Rapporteurs spéciaux de l'Organisation des Nations Unies

* Les Fiches d'information n^{os} 1, 5 et 8 ne sont plus publiées. Toutes les fiches d'information sont disponibles en ligne à <http://www.ohchr.org>.

-
- N° 28 L'impact du mercenariat sur le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes
- N° 29 Les défenseurs des droits de l'homme: protéger le droit de défendre les droits de l'homme
- N° 30 Régime conventionnel mis en place par les Nations Unies dans le domaine des droits de l'homme – Une introduction aux principaux traités relatifs aux droits de l'homme et aux organes de suivi des traités
- N° 31 Le droit à la santé

Les *Fiches d'information sur les droits de l'homme* sont publiées par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Office des Nations Unies à Genève. Elles portent sur des questions de droits de l'homme dont l'examen est en cours ou qui présentent un intérêt particulier.

Les *Fiches d'information sur les droits de l'homme* ont pour objet de faire mieux connaître à un public de plus en plus large les droits fondamentaux de l'homme, ce que l'ONU fait pour les promouvoir et les protéger, et le mécanisme international qui existe pour en assurer le respect effectif. Les *Fiches d'information sur les droits de l'homme* sont gratuites et diffusées dans le monde entier. Elles peuvent être reproduites dans des langues autres que les langues officielles des Nations Unies à condition que le contenu n'en soit pas modifié, que le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, à Genève, soit informé par l'organisation qui les reproduit et qu'il soit cité comme en étant la source.

Pour tout renseignement, veuillez vous adresser à l'un des services ci-après:

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
Office des Nations Unies à Genève
8-14, avenue de la Paix
1211 Genève 10
Suisse

Bureau de New York:
Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
Organisation des Nations Unies
New York, NY 10017
États-Unis d'Amérique