



**Conseil économique  
et social**

Distr.  
GÉNÉRALE

E/CN.4/2003/58  
13 février 2003

FRANÇAIS  
Original: ANGLAIS

---

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME  
Cinquante-neuvième session  
Point 10 de l'ordre du jour provisoire

**DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS**

**Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique  
et mentale susceptible d'être atteint**

**Rapport du Rapporteur spécial, Paul Hunt, soumis conformément  
à la résolution 3003/31 de la Commission<sup>\* \*\*</sup>**

---

\* Conformément au paragraphe 8 de la résolution 53/208B de l'Assemblée générale, le présent document a été présenté tardivement afin que puissent y figurer des informations aussi actuelles que possible.

\*\* Les annexes au présent document ne sont distribuées que dans la langue où elles ont été présentées.

## Résumé

Aux termes de sa résolution 2002/31, la Commission des droits de l'homme a décidé de nommer, pour une période de trois ans, un rapporteur spécial dont le mandat porterait essentiellement sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, M. Paul Hunt (Nouvelle-Zélande) a été désigné comme Rapporteur spécial en août 2002. Dans le présent rapport préliminaire, le Rapporteur spécial expose sa conception générale de son mandat. Après avoir souligné l'importance qu'il attache à l'instauration d'un dialogue permanent et à des échanges de vues sur les domaines de coopération possibles avec tous les acteurs concernés, il examine brièvement les sources et la portée du droit à la santé.

Le rapport définit les trois grands objectifs du mandat: promouvoir – et encourager les autres à promouvoir – le droit à la santé en tant que droit fondamental de la personne; préciser les contours et le contenu du droit à la santé; et identifier les bonnes pratiques pour la mise en œuvre du droit à la santé au niveau de la communauté et aux niveaux national et international.

Le Rapporteur spécial se propose d'examiner ces trois objectifs en traitant deux thèmes interdépendants: le droit à la santé et la pauvreté (dans ce contexte, le rapport examine brièvement les objectifs de la Déclaration du Millénaire dans le domaine de la santé); et le droit à la santé, la discrimination et la stigmatisation. Ces deux thèmes permettent au Rapporteur spécial d'étudier un certain nombre de questions importantes qui découlent de la résolution 2002/31, telles que l'équité entre les sexes, les besoins des enfants, la discrimination raciale et le VIH/sida.

Le rapport évoque six questions types que le Rapporteur spécial, si les ressources le permettent, souhaiterait examiner à travers le prisme du droit à la santé: a) les stratégies de réduction de la pauvreté; b) les «maladies négligées»; c) les évaluations de l'impact; d) les accords pertinents de l'OMC; e) la santé mentale; f) le rôle des professionnels de la santé.

## TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphes</u>	<u>Page</u>
Introduction .....	1 – 9	4
I. LE DROIT FONDAMENTAL À LA SANTÉ .....	10 – 36	6
A. Sources du droit à la santé .....	10 – 21	6
B. Les contours et le contenu du droit à la santé .....	22 – 36	8
II. PRINCIPAUX OBJECTIFS .....	37 – 40	11
III. THÈMES PRINCIPAUX .....	41 – 68	12
A. La pauvreté et le droit à la santé .....	44 – 58	12
B. La discrimination et la stigmatisation et le droit à la santé .....	59 – 68	16
IV. PROJETS, QUESTIONS ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES .....	69 – 98	18
A. Stratégies de réduction de la pauvreté .....	70 – 72	18
B. Maladies négligées .....	73 – 81	19
C. Évaluations de l'impact .....	82 – 85	21
D. L'organisation mondiale du commerce et le droit à la santé .....	86 – 89	22
E. Le droit à la santé mentale .....	90 – 94	23
F. Les professionnels de la santé .....	95 – 98	24
V. CONCLUSION .....	99	24
<u>Annexes</u>		
I. Some international instruments relevant to the right to health .....		29
II. Some recent commission on human rights resolutions relating to the right to health .....		33

## Introduction

1. Aux termes de la résolution 2002/31, la Commission des droits de l'homme a décidé de nommer, pour une période de trois ans, un rapporteur spécial dont le mandat porterait essentiellement sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, tel qu'il est énoncé au paragraphe 1 de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, à l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant et à l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ainsi que sur le droit de ne pas être soumis à la discrimination, énoncé à l'alinéa *e* iv), de l'article 5 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale.

2. Le Rapporteur spécial est prié de a) rassembler, solliciter, recevoir et échanger des renseignements émanant de toutes les sources pertinentes au sujet du droit à la santé; b) d'établir un dialogue et d'étudier les domaines de coopération possibles avec tous les acteurs pertinents, y compris les gouvernements, les organismes, institutions spécialisées et programmes des Nations Unies compétents, en particulier l'Organisation mondiale de la santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, ainsi que les organisations non gouvernementales et les institutions financières internationales; c) de rendre compte de la situation existant dans le monde entier, y compris de la législation, des politiques, des bonnes pratiques et des obstacles rencontrés, en ce qui concerne l'exercice du droit à la santé; et d) de recommander des mesures propres à promouvoir et protéger le droit à la santé. Le Rapporteur spécial est en outre invité à adopter une perspective sexospécifique et à accorder une attention spéciale aux besoins des enfants dans la réalisation du droit à la santé, à tenir compte des dispositions pertinentes, notamment, de la Déclaration et du Programme d'action de Durban et à garder à l'esprit, en particulier, l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et la recommandation générale n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Le présent rapport préliminaire est soumis conformément à la résolution 2002/3.

## Consultations et coopération

3. M. Paul Hunt (Nouvelle-Zélande) a été désigné comme rapporteur spécial en août 2002. Dans le laps de temps limité dont il disposait entre sa nomination et le délai imparti pour la présentation du rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a procédé à des consultations aussi larges que possibles. À titre préliminaire et officieux, il a consulté les autorités de quelques pays et des fonctionnaires de l'OMC exerçant des responsabilités très diverses. Il a eu aussi des entretiens préliminaires informels avec ONUSIDA, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population et, à Washington D. C., avec des fonctionnaires de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). Le Rapporteur spécial a également consulté des organisations de la société civile, y compris des associations de professionnels du secteur de la santé, telles que l'Association médicale mondiale.

4. Le Rapporteur spécial a aussi rencontré le Haut-Commissaire et le Haut-Commissaire adjoint aux droits de l'homme et a hautement apprécié l'appui et les encouragements qu'ils lui ont apportés.

5. En novembre 2002, le Service international pour les droits de l'homme – avec la coopération du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de la Harvard School of Public Health, du Haut-Commissariat aux droits de l'homme et de l'OMS – a organisé au Siège de l'ONU une réunion d'information pour permettre au Rapporteur spécial de discuter de son mandat avec des diplomates, des organismes du système des Nations Unies et des ONG. Le Rapporteur spécial tient à remercier les responsables qui ont organisé cette rencontre.

6. Le Rapporteur spécial exprime sa reconnaissance à tous ceux et à toutes celles qu'il a consultés et attend avec intérêt les consultations approfondies qui auront lieu au cours de l'année à venir. Il attache la plus haute importance au paragraphe 5 b) de son mandat, où il lui est demandé «d'établir un dialogue suivi et d'étudier les domaines de coopération possibles avec tous les acteurs pertinents», et attend beaucoup des consultations qu'il espère avoir avec ceux qu'il n'a pas encore eu l'occasion de rencontrer. Il accueillera avec intérêt les observations sur les objectifs (partie II), les thèmes (partie III) et les projets et questions pertinents (partie IV) évoqués dans le présent rapport préliminaire.

7. Conformément à son mandat, le Rapporteur spécial souhaite vivement, à mesure que des possibilités apparaîtront et pour autant que les ressources le permettent, passer des consultations à la coopération avec les acteurs nationaux et internationaux compétents: gouvernements, institutions nationales s'occupant des droits de l'homme, organes conventionnels dans le domaine des droits de l'homme, rapporteurs thématiques et par pays et autres experts indépendants, organismes et programmes des Nations Unies, institutions financières internationales, professionnels de la santé, organisations de la société civile, etc. Par exemple, le Rapporteur spécial souhaiterait travailler avec les ministères de la santé et d'autres ministères concernés pour les aider à mieux cerner les lois, politiques et programmes permettant de promouvoir et protéger le droit à la santé. Ainsi que le Rapporteur spécial s'efforcera de le démontrer au cours de son mandat, le respect du droit à la santé peut être un facteur positif pour les politiques de la santé et peut aussi renforcer la position des Ministères de la santé au niveau national. De plus, au niveau international, le respect du droit à la santé peut contribuer à la réalisation de l'idéal d'équité universelle et de responsabilité partagée proclamé par la Déclaration du Millénaire.

### **Un principe fondamental**

8. Dans son travail, le Rapporteur spécial sera guidé par le principe fondamental selon lequel la législation internationale des droits de l'homme, y compris en ce qui concerne le droit à la santé, devrait être appliquée de manière systématique et cohérente, aux niveaux tant national qu'international, dans tous les processus décisionnels pertinents. En ce qui concerne les processus d'élaboration des politiques au niveau international, ce principe est inscrit dans la Déclaration et Programme d'action de Vienne et dans les rapports du Secrétaire général intitulés «Rénover l'Organisation des Nations Unies: un programme de réformes (1997)»<sup>1</sup>, «Renforcer l'ONU: un programme pour aller plus loin dans le changement (2002)»<sup>2</sup> et «Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire»<sup>3</sup>. Au demeurant, ce principe correspond également à la position adoptée par la Commission des droits de l'homme, notamment dans sa résolution invitant les États parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels à «veiller à ce que le Pacte soit pris en compte dans tous leurs processus pertinents d'élaboration des politiques nationales et internationales»<sup>4</sup>.

9. Cependant, pour que ce principe soit davantage qu'un slogan, deux questions doivent trouver une réponse. Premièrement, quel est le rôle des droits fondamentaux *en général* dans le processus d'élaboration des politiques? Deuxièmement, quel est le rôle des droits fondamentaux *spécifiques*, tels que le droit à la santé, dans le processus d'élaboration des politiques? Au cours de son travail, le Rapporteur spécial s'efforcera de répondre à ces deux questions cruciales, plus spécialement à la seconde, en mettant l'accent sur le droit à la santé.

## I. LE DROIT FONDAMENTAL À LA SANTÉ

### A. Sources du droit à la santé

#### 1. Sources internationales

10. Adoptée en 1946, la Constitution de l'OMS proclame: «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.». Deux ans plus tard, l'article 25, paragraphe 1, de la Déclaration universelle des droits de l'homme a jeté les bases du cadre juridique international du droit à la santé. Depuis lors, le droit à la santé a été inscrit dans de nombreux traités internationaux et régionaux juridiquement contraignants relatifs aux droits de l'homme. Les paragraphes qui suivent donnent un bref aperçu des sources juridiques du droit à la santé.

11. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est la pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale: le Pacte introduit des dispositions juridiquement contraignantes applicables à toutes les personnes dans les 146 États qui l'ont ratifié. Des garanties supplémentaires destinées à protéger le droit à la santé des groupes marginalisés sont énoncées dans les traités internationaux spécialement conçus pour des groupes déterminés. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, à l'alinéa *iv* du paragraphe e) de l'article 5, institue en faveur des groupes raciaux et ethniques des garanties concernant la protection «du droit à la santé (et) aux soins médicaux». La Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes comporte plusieurs dispositions, en particulier les articles 11 1) f, 12 et 14 2) b, garantissant le droit des femmes à la santé. La Convention relative aux droits de l'enfant contient des dispositions complètes et détaillées sur le droit de l'enfant à la santé, notamment l'article 24, qui est entièrement consacré au droit de l'enfant à la santé, et le paragraphe 3 de l'article 3, les articles 17, 23, 25, 32 et 28, qui énoncent des garanties en faveur des groupes d'enfants particulièrement vulnérables. Le Rapporteur spécial rappelle également les «principes directeurs» de la Convention relative aux droits de l'enfant, énoncés aux articles 2, 3, 6 et 12, qu'il convient d'observer dans la mise en œuvre de tous les droits consacrés par la Convention.

12. D'autres normes, qui concernent des groupes spécifiques, sont énoncées dans d'autres instruments, notamment les principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale et la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Une liste de normes internationales sur le droit à la santé, spécialement conçues pour des groupes déterminés, figure à la section B de l'annexe I. D'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme contiennent des garanties concernant le droit à la santé dans divers contextes, environnements et processus, y compris les conflits armés, le développement, les lieux de travail et la détention. Une liste de ces normes internationales

essentielles relatives au droit à la santé, conçues pour des contextes spécifiques, figure à la section C de l'annexe I.

13. Il est symptomatique que de récentes résolutions de la Commission, y compris sur l'accès aux médicaments (2002/32) et sur les droits des handicapés (2002/61), aient consacré le droit à la santé, en réaffirmant qu'il constituait un droit fondamental. La Commission a en outre adopté d'importantes résolutions comportant des dispositions qui touchent de près au droit à la santé (voir annexe II).

14. Des engagements d'une portée considérable relatifs aux droits à la santé ont été formulés dans les documents finaux de nombreuses conférences mondiales des Nations Unies. Ces conférences contribuent à placer les problèmes internationaux, y compris des problèmes de santé tels que le VIH/sida, en tête des priorités de l'action internationale. Leurs documents finaux influencent la prise de décisions aux niveaux international et national. Beaucoup font référence au droit à la santé et aux droits connexes, ainsi qu'aux problèmes de santé. Une liste de documents finaux d'une importance capitale figure à la section D de l'annexe I.

## 2. Sources régionales

15. Outre qu'il est inscrit dans les normes internationales, le droit à la santé est reconnu dans les traités régionaux relatifs aux droits de l'homme, y compris dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16); la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (art. 14); le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels («Protocole de San Salvador») (art. 10); et la Charte sociale européenne (art. 11).

16. D'autres instruments internationaux ne reconnaissent pas expressément le droit à la santé mais offrent des garanties indirectes par le biais d'autres droits liés à la santé; ce sont notamment la Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme, la Convention américaine relative aux droits de l'homme, la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme et la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales/Convention européenne des droits de l'homme et ses protocoles.

17. Les mécanismes régionaux de défense des droits de l'homme sont appelés à statuer dans des affaires portant sur le droit à la santé. Une décision remarquable a été la constatation de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples établissant que la République fédérale du Nigéria avait commis une violation du droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, en raison des violations perpétrées contre le peuple Ogoni du fait des activités des sociétés pétrolières dans le Delta du Niger<sup>5</sup>.

18. Dans d'autres affaires, les mécanismes régionaux ont constaté des violations d'autres droits liés à la santé. Par exemple, dans l'affaire *López Ostra c. Espagne*, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté que les dommages causés à la santé humaine par les dégradations environnementales pouvaient constituer une violation du droit à un foyer et à une vie familiale et privée<sup>6</sup>. Dans l'affaire *ICJ c. Portugal*, le Comité européen des droits sociaux a examiné des allégations concernant le travail des enfants au Portugal. Constatant qu'il y avait eu une violation de la Charte sociale européenne, le Comité a noté avec préoccupation qu'un nombre non

négligeable d'enfants travaillaient dans des secteurs où existait un risque de «répercussions négatives aussi bien sur la santé des enfants que sur leur développement<sup>7</sup>».

19. Statuant sur la recevabilité de la plainte dans l'affaire *Jorge Odir Miranda Cortez et consorts c. El Salvador*, la Commission interaméricaine des droits de l'homme a estimé que, bien que n'étant pas compétente pour déterminer s'il y avait eu violation de l'article 10 (droit à la santé) du Protocole de San Salvador, «elle tiendrait compte des dispositions relatives au droit à la santé dans son examen de fond, conformément aux dispositions des articles 26 et 29 de la Convention américaine<sup>8</sup>».

### 3. Sources internes

20. L'OMS a chargé la Commission internationale de juristes d'établir un inventaire des constitutions nationales qui comportent des dispositions sur le droit à la santé et les droits liés à la santé<sup>9</sup>. D'après les conclusions préliminaires de cette étude, qui en est encore à ses débuts, plus de 60 dispositions constitutionnelles mentionnent le droit à la santé ou le droit aux soins de santé, et plus de 40 dispositions constitutionnelles se réfèrent à des droits liés à la santé, tels que le droit à des soins de santé génésique, le droit des handicapés à une aide matérielle et le droit à un environnement sain. De plus, un grand nombre de constitutions énoncent les obligations de l'État dans le domaine de la santé, par exemple, l'obligation de l'État de mettre en place des services de santé, ce qui permet d'inférer l'existence d'un droit aux prestations de santé. Au demeurant, dans certaines juridictions, les dispositions constitutionnelles sur le droit à la santé ont fait l'objet d'une importante jurisprudence, telle que la récente décision de la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud dans l'affaire *Le Ministre de la santé c. Campagne d'action pour le traitement*. Dans cette affaire, la cour a estimé que la Constitution imposait au Gouvernement l'obligation «d'élaborer et de mettre en œuvre un programme global et coordonné afin de donner progressivement effet au droit des femmes enceintes et de leurs enfants nouveau-nés d'avoir accès à des services de santé pour combattre la transmission du VIH de la mère à l'enfant<sup>10</sup>». Cette affaire – et de nombreuses autres lois et décisions adoptées aux niveaux international, régional et national – confirme la justiciabilité du droit à la santé.

21. Au cours de son mandat, le Rapporteur spécial se propose d'examiner le droit et la pratique constitutionnels (entre autres) en ce qui concerne le droit à la santé afin de préciser les contours et le contenu de ce droit et d'identifier les bonnes pratiques dans sa mise en œuvre.

#### B. Les contours et le contenu du droit à la santé

22. Dans les paragraphes qui suivent, le Rapporteur spécial se limitera à quelques remarques initiales sur le contenu jurisprudentiel du droit à la santé.

23. *Le droit à la santé et les déterminants fondamentaux de la santé*. Le droit à la santé est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique<sup>11</sup>.



24. *Libertés et droits.* Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé, notamment le droit de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou à une expérience médicale. Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé (c'est-à-dire aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé) qui garantissent à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible<sup>12</sup>.

25. *Droits plus spécifiques*<sup>13</sup>. Le droit à la santé est un concept large qui peut être subdivisé en un certain nombre de droits plus spécifiques tels que:

- Le droit à la santé maternelle, infantile et génésique;
- Le droit à un environnement professionnel et naturel sain;
- Le droit à la prophylaxie, au traitement des maladies et à la lutte contre les maladies, y compris le droit d'accès aux médicaments essentiels;
- Le droit d'accès à l'eau potable.

26. *Non-discrimination et égalité de traitement.* La non-discrimination et l'égalité de traitement figurent parmi les éléments les plus importants du droit à la santé. C'est pourquoi la législation internationale des droits de l'homme proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé pour des motifs prohibés par la législation internationale, y compris l'état de santé, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice du droit à la santé dans des conditions d'égalité<sup>14</sup>.

27. *Obligations immédiates.* Bien qu'il fasse l'objet d'une réalisation progressive et qu'il soit soumis aux contraintes de ressources, le droit à la santé impose diverses obligations avec effet immédiat. Ces obligations immédiates comportent les garanties de non-discrimination et d'égalité de traitement, ainsi que l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour la réalisation intégrale du droit à la santé, notamment en élaborant une stratégie nationale et un plan d'action national dans le domaine de la santé publique. La réalisation progressive signifie que les États ont une obligation spécifique et permanente d'avancer aussi rapidement et efficacement que possible vers le plein exercice du droit à la santé<sup>15</sup>.

28. *Assistance et coopération internationales.* Les États ont l'obligation de prendre des mesures, individuellement et par le biais de l'assistance et de la coopération internationales, en vue d'assurer le plein exercice du droit à la santé. Par exemple, les États sont tenus de respecter l'exercice du droit à la santé dans d'autres juridictions, de veiller à ce qu'aucun accord international ou aucune politique internationale n'ait d'effets négatifs sur le droit à la santé, et de faire en sorte que leurs représentants dans les organisations internationales tiennent dûment compte, dans toutes les décisions, du droit à la santé et de l'obligation de fournir une assistance et une coopération internationales<sup>16</sup>.

29. *Assistance humanitaire.* Les États ont l'obligation, conjointement et individuellement, de coopérer pour la fourniture de secours en cas de catastrophes et la fourniture d'une assistance humanitaire en période d'urgence, y compris la fourniture d'une aide médicale et d'eau potable, notamment pour l'assistance aux réfugiés et aux personnes déplacées dans leur propre pays<sup>17</sup>.

30. *Responsabilités de tous les acteurs.* C'est aux États qu'incombe la responsabilité principale de la mise en œuvre des droits fondamentaux reconnus par la législation internationale, mais tous les membres de la société – particuliers, collectivités locales, organisations intergouvernementales et non gouvernementales, professionnels de la santé, entreprises privées, etc. – ont un rôle à jouer dans la réalisation du droit à la santé<sup>18</sup>.

31. *Interdépendance.* Le droit à la santé est étroitement lié à l'exercice d'un certain nombre d'autres droits de l'homme et d'autres libertés fondamentales énoncés dans les principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il s'agit notamment du droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit au respect de la vie privée, du droit de participer, du droit d'accès à l'information, et des droits à la liberté d'association, de réunion et de circulation<sup>19</sup>.

32. *Limitations.* Des considérations de santé publique sont parfois invoquées par les États pour limiter l'exercice d'autres droits fondamentaux. De telles restrictions doivent être conformes à la loi, y compris aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, strictement nécessaires pour favoriser le bien-être général dans une société démocratique, proportionnées à l'objet, provisoires et sujettes à examen<sup>20</sup>.

33. *Cadres d'analyse.* Ces dernières années, plusieurs protagonistes des droits de l'homme ont élaboré des cadres ou des instruments d'analyse afin de mieux cerner la portée des droits économiques, sociaux et culturels. Dans ses prochains rapports, le Rapporteur spécial espère être en mesure d'examiner quelques-uns ou l'ensemble de ces travaux.

34. Premièrement, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels fait observer qu'il faut qu'il existe des installations, des biens et des services de santé, y compris les déterminants fondamentaux de la santé, qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité<sup>21</sup>. Le Comité explique chaque terme – par exemple, «l'accessibilité» comporte quatre dimensions: non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique (c'est-à-dire abordabilité), et accessibilité de l'information relative à la santé.

35. Deuxièmement, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et la Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme font observer que les droits fondamentaux imposent aux États trois types d'obligations: les obligations de respecter, de protéger et de mettre en œuvre<sup>22</sup>. Une variante de cette analyse est inscrite dans la Constitution de l'Afrique du Sud.

36. Troisièmement, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels signale l'importance des indicateurs et des critères<sup>23</sup>. Le droit international à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive. Inévitablement, cela signifie que ce qui est attendu d'un État variera au cours du temps. Pour pouvoir suivre ses progrès, un État a besoin d'un instrument permettant de mesurer cette dimension évolutive du droit à la santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels suggère que l'instrument le plus approprié est l'application combinée d'indicateurs et de critères nationaux du droit à la santé. Dans cette optique, un État choisit des critères appropriés du droit à la santé qui l'aideront à suivre les différentes composantes de ce droit. Chaque indicateur nécessitera une désagrégation en fonction des motifs de discrimination prohibés. L'État définit ensuite, au niveau national, des cibles – ou des critères – appropriés pour chaque indicateur désagrégé. Il peut utiliser ces indicateurs et critères nationaux pour suivre ses

progrès dans le temps, ce qui lui permet de savoir quant il faut procéder à des ajustements de la politique suivie. Bien entendu, aussi fins que puissent être les indicateurs et les critères du respect du droit à la santé, ils ne donneront jamais une image complète de l'exercice de ce droit dans une juridiction donnée. Au mieux, ils peuvent fournir d'utiles enseignements sur le droit à la santé dans un contexte national donné.

## II. PRINCIPAUX OBJECTIFS

37. Le Rapporteur spécial se propose de mettre l'accent sur trois objectifs principaux interdépendants:

1. Promouvoir – et encourager les autres à promouvoir – le droit à la santé en tant que droit fondamental de la personne, tel qu'il est énoncé dans de nombreux traités internationaux juridiquement contraignants relatifs aux droits de l'homme, dans les résolutions de la Commission des droits de l'homme et dans la Constitution de l'OMS.

38. Tout en étant un droit fondamental de la personne, ayant la même valeur juridique que la liberté de religion ou le droit à un procès équitable, le droit à la santé n'est pas aussi largement reconnu que ces droits et d'autres droits civils et politiques. De nombreux acteurs différents, tels que les États, les organisations internationales et les groupes de la société civile, peuvent contribuer à rehausser le profil du droit à la santé en tant que droit fondamental de la personne. Il faudra sans doute quelques années avant que le droit à la santé soit placé sur le même rang que d'autres droits fondamentaux plus solidement établis, mais l'un des objectifs du Rapporteur spécial est de contribuer à faire plus largement reconnaître le droit à la santé en tant que droit fondamental de la personne.

2. Préciser les contours et le contenu du droit à la santé. En termes jurisprudentiels, que signifie le droit à la santé? À quelles obligations donne-t-il naissance?

39. Bien que le droit à la santé fasse l'objet d'une jurisprudence nationale et internationale de plus en plus abondante, le contenu juridique de ce droit n'est pas encore bien établi. Ce n'est guère surprenant, vu le peu d'intérêt accordé dans le passé au droit à la santé, ainsi qu'à d'autres droits économiques, sociaux et culturels. Le Rapporteur spécial se propose donc de préciser et d'examiner les contours et le contenu du droit à la santé à partir i) de la jurisprudence nationale et internationale en formation et ii) des principes fondamentaux dont s'inspire la législation internationale des droits de l'homme, tels que l'égalité, la non-discrimination et la dignité de la personne.

3. Identifier les bonnes pratiques pour la mise en œuvre du droit à la santé au niveau des communautés et aux niveaux national et international.

40. S'il importe au plus haut point que les droits fondamentaux soient reconnus et que leur contenu juridique soit bien compris, il faut qu'ensuite ces dispositions juridiques trouvent une expression pratique. Autrement dit, il faut passer de normes nationales et internationales à des politiques, à des programmes et à des projets concrets. Cependant, la voie à suivre pour mettre en œuvre le droit à la santé est loin d'être évidente, de même qu'on ne voit pas toujours de prime abord comment mettre en pratique un certain nombre d'autres droits fondamentaux.

Heureusement, il existe dans différentes juridictions des exemples de lois, de politiques, de programmes et de projets bien conçus qui donnent du droit à la santé une expression concrète. Certes, ce qui fonctionne dans un contexte ne donnerait pas nécessairement de bons résultats dans un autre, mais il y a des leçons à tirer. C'est pourquoi le Rapporteur spécial envisage de recueillir, d'analyser et de promouvoir les bonnes pratiques en matière de droit à la santé. Ces bonnes pratiques seront tirées d'exemples pris au niveau des communautés et aux niveaux national et international et concerneront différents acteurs, y compris les gouvernements, les tribunaux, les institutions nationales s'occupant des droits de l'homme, les professionnels de la santé, les organisations de la société civile et les organisations internationales.

### III. THÈMES PRINCIPAUX

41. Le droit à la santé recouvre une large gamme de questions très diverses dont quelques-unes sont extrêmement complexes. Pour mieux s'acquitter de son mandat, le Rapporteur spécial se propose de se concentrer sur deux thèmes étroitement liés. Il n'entend pas s'y limiter exclusivement, mais il envisage, en gros, d'articuler son travail autour de deux thèmes parallèles:

- a) Le droit à la santé et la pauvreté;
- b) Le droit à la santé, la discrimination et la stigmatisation.

42. Comme l'affirme la Déclaration du Millénaire, l'élimination de la pauvreté est devenue l'un des objectifs majeurs de l'Organisation des Nations Unies ainsi que d'autres organisations internationales et de nombreux États. Quant à la discrimination et à la stigmatisation, toutes deux continuent d'entraver et de saper les progrès dans le domaine de la santé.

43. En vertu de son mandat, le Rapporteur spécial est invité «à adopter une perspective sexospécifique» et «à accorder une attention particulière aux besoins des enfants», ainsi qu'à la Déclaration et au Programme d'action de Durban. Les deux thèmes parallèles de la pauvreté et de la discrimination et de la stigmatisation touchent de près aux problèmes de l'équité entre les sexes, de la discrimination raciale et des droits de l'enfant. Les deux thèmes peuvent être également le point de départ d'un examen d'autres problèmes auxquels le Rapporteur spécial attache une importance particulière, tels que la santé mentale et le VIH/sida.

#### A. La pauvreté et le droit à la santé

44. Le droit à la santé – ainsi que d'autres droits fondamentaux – a un rôle important et constructif à jouer dans la réduction de la pauvreté et les stratégies analogues. Des politiques fondées sur les droits fondamentaux nationaux et internationaux ont plus de chance d'être efficaces, participatives, équitables et utiles pour ceux qui vivent dans la pauvreté<sup>24</sup>.

##### 1. Santé et pauvreté

45. La mauvaise santé génère la pauvreté en détruisant les moyens de subsistance, en diminuant la productivité des travailleurs, en abaissant les niveaux d'instruction et en limitant les possibilités. Parce que la pauvreté peut avoir pour conséquence de plus grandes difficultés d'accès aux soins médicaux, une exposition accrue aux risques environnementaux, les pires formes de travail des enfants ou la malnutrition, la mauvaise santé est souvent un concomitant de la pauvreté. En d'autres termes, la mauvaise santé est à la fois une cause et une conséquence de

la pauvreté; les personnes malades courent plus de risques de devenir pauvres et les pauvres sont plus vulnérables à la maladie et au handicap.

46. La bonne santé est une condition indispensable pour créer et maintenir les capacités dont les pauvres ont besoin pour échapper à la pauvreté. Atout d'une importance primordiale pour les pauvres, la bonne santé contribue à accroître leur sécurité économique. La bonne santé n'est pas seulement un résultat du développement: c'est un moyen de réaliser le développement. C'est pourquoi les questions relatives à la santé occupent une place de premier plan dans la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Organisation des Nations Unies et dans les objectifs de développement pour le Millénaire<sup>25</sup>.

## **2. Les objectifs de développement pour le Millénaire (ODM): l'importance primordiale de la santé**

47. Quatre des huit ODM ont trait à la santé:

- a) D'ici à 2015, réduire de trois quarts la mortalité maternelle par rapport au taux actuel;
- b) D'ici à 2015, réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport au taux actuel;
- c) D'ici à 2015, arrêter la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle, et maîtriser le fléau du paludisme et des autres grandes maladies qui affligent l'humanité;
- d) Assurer un environnement durable.

Des éléments d'un cinquième ODM – mettre en place un partenariat mondial pour le développement – ont aussi un étroit rapport avec le droit à la santé. De plus, 8 des 16 «cibles» et 17 des 48 «indicateurs» des ODM ont un rapport avec la santé.

48. Étant donné que la santé occupe une place centrale dans les ODM et leurs «cibles» et leurs «indicateurs», le Rapporteur spécial se propose, au cours de son travail, d'examiner à travers le prisme du droit à la santé les ODM ayant un rapport avec la santé, de manière à contribuer à leur réalisation.

## **3. Les ODM et le droit à la santé**

49. Il a été à juste titre souligné que les ODM n'étaient pas conçus en termes de droits de l'homme. Le Rapporteur spécial relève trois objections particulières qui peuvent être formulées à propos des ODM dans la perspective des droits fondamentaux.

50. Premièrement, les ODM qui touchent à la santé sont incomplets. Ils laissent de côté des problèmes de santé d'une importance cruciale, qui sont des aspects essentiels du droit à la santé. Par exemple, les ODM ne mentionnent pas la santé génésique. Cette omission est particulièrement frappante parce que les résultats des conférences du Caire et de Beijing, ainsi que les objectifs de développement internationaux (les précurseurs des ODM), prennent en compte la santé génésique. Le Rapporteur spécial répond à cette critique en soulignant que

les ODM n'avaient pas vocation d'être exhaustifs. Il y a dans le domaine de la santé des objectifs et des cibles d'une importance cruciale qui n'entrent pas dans le cadre des ODM. Il s'ensuit que les ODM devraient être complétés et étoffés. Assurément, la santé génésique est un élément indissociable du droit à la santé et devra trouver place dans toute stratégie qui tienne compte du droit à la santé.

51. Deuxièmement, les droits de l'homme placent au premier plan des préoccupations les individus et les groupes vulnérables. Dans l'optique des droits fondamentaux, la situation moyenne de la population prise dans son ensemble présente peu d'intérêt et peut même être trompeuse: des améliorations dans les valeurs moyennes des indicateurs de la santé peuvent en fait masquer un recul pour certains groupes marginaux. Par conséquent, dans l'optique des droits de l'homme toutes les données pertinentes doivent être désagrégées afin de mettre en lumière la situation de groupes particulièrement défavorisés – les femmes pauvres, les minorités, les peuples autochtones, etc. Des critiques sont parfois formulées au sujet des ODM relatifs à la santé parce qu'ils ne sont pas conformes à cette conception: ils ne sont pas désagrégés. Le Rapporteur spécial répond à cette critique en faisant observer que c'est justement cela que la prise en compte du droit à la santé peut apporter aux ODM relatifs à la santé. En soulignant la nécessité de la désagrégation, le droit à la santé peut faciliter l'élaboration de politiques qui permettront de faire de la promesse de la Déclaration du Millénaire une réalité pour tous et pour tous les groupes.

52. Troisièmement, on pourrait soutenir que, dans la perspective des droits fondamentaux, l'objectif consistant à réduire de trois quarts la mortalité maternelle d'ici à 2015 est inacceptable. L'objectif, du point de vue des droits fondamentaux, doit être d'éliminer toute mortalité maternelle susceptible d'être évitée. La réponse à cette objection est fournie par le concept de réalisation progressive qui fait partie intégrante de nombreux droits fondamentaux, y compris du droit à la santé. L'approche des droits fondamentaux ne signifie pas que tous les droits fondamentaux doivent être réalisés du jour au lendemain: ce serait une exigence déraisonnable. Tenant compte des réalités présentes, y compris des contraintes de ressources, elle permet la mise en œuvre progressive du droit à la santé au cours d'une période de temps.

53. L'approche des droits de l'homme, cependant, subordonne à certaines conditions la mise en œuvre du concept de réalisation progressive – sinon la réalisation progressive peut vider les droits de l'homme de toute substance et les réduire à une simple rhétorique. Pour citer un exemple de ces conditions – l'approche des droits de l'homme exige qu'un État prenne toutes les mesures en son pouvoir pour assurer aussi rapidement et efficacement que possible le plein exercice du droit à la santé. Encore un autre exemple: l'approche des droits de l'homme exige que les niveaux minimaux essentiels du droit à la santé – ou les obligations fondamentales découlant de ce droit – soient toujours respectés. Les conditions de ce type ont pour but d'assurer que le concept de réalisation progressive ne donne pas lieu à des abus. Elles expliquent aussi pourquoi des mécanismes efficaces, transparents et accessibles de suivi et de contrôle sont un aspect essentiel de l'approche des droits fondamentaux.

54. Par conséquent, un ODM consistant à réduire de trois quarts la mortalité maternelle d'ici à 2015 est certainement inacceptable dans la perspective des droits fondamentaux – s'il représente l'objectif final. Mais nul ne prétend que cet ODM est un objectif final: c'est un objectif intermédiaire. Étant donné le concept de réalisation progressive, le Rapporteur spécial n'a en principe aucune objection à formuler au sujet de l'ODM relatif à la mortalité maternelle

dans la perspective des droits fondamentaux. Cependant, le point de savoir si cet ODM – et les mesures prises pour l'atteindre – est compatible avec la législation internationale des droits fondamentaux est une question différente, et d'une importance cruciale, à laquelle il ne peut être répondu qu'après un examen minutieux des législations et des politiques pertinentes.

55. Pour conclure, il faut rappeler que le Secrétaire général, dans son plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire, encourage également le Rapporteur spécial à examiner les ODM relatifs à la santé à travers le prisme du droit à la santé. D'après le plan de campagne: «les droits économiques, sociaux et culturels sont au cœur de tous les objectifs de développement du millénaire»<sup>26</sup>. Le Rapporteur spécial a donc l'intention d'examiner dans la perspective du droit à la santé une sélection de rapports périodiques sur la mise en œuvre des ODM au niveau des pays, afin de proposer des méthodes permettant d'utiliser plus efficacement la composante santé dans l'intérêt des pauvres et pour la réduction de la pauvreté.

#### **4. Les droits de l'homme, le droit à la santé et la pauvreté**

56. Il y a une littérature de plus en plus abondante, sur la contribution des droits de l'homme en général à la réduction de la pauvreté<sup>27</sup>, et des exemples pratiques de plus en plus nombreux de cette contribution. En résumé, les droits de l'homme renforcent l'autonomie des pauvres, aident à combattre la discrimination et l'inégalité; nécessitent la participation des pauvres; soulignent l'importance de tous les droits dans la lutte contre la pauvreté; rendent certains choix de politique inadmissibles (par exemple ceux qui ont un effet nuisible disproportionné sur les pauvres); mettent l'accent sur le rôle crucial de l'assistance et de la coopération internationales; et introduisent la notion d'obligation et, par conséquent, l'exigence de mécanismes de contrôle efficaces, transparents et accessibles.

57. Il y a moins d'études et d'exemples pratiques de la contribution du droit à la santé à la réduction de la pauvreté – et c'est à cette question que le Rapporteur spécial souhaite accorder une attention particulière. Le Rapporteur spécial estime qu'une stratégie de réduction de la pauvreté axée sur le droit à la santé mettrait l'accent, par exemple, sur les aspects suivants: amélioration de l'accès des pauvres aux services de santé, notamment en recensant les maladies qui touchent plus particulièrement les pauvres et en introduisant des programmes, de vaccination par exemple, spécialement conçus pour atteindre les pauvres; efficacité accrue des interventions de santé publique en direction des pauvres, par exemple grâce à des mesures renforcées de protection de l'environnement, plus spécialement en ce qui concerne l'élimination des déchets dans les zones habitées par les pauvres; réduction des coûts financiers de la protection de la santé qui sont à la charge des pauvres, par exemple en faisant bénéficier les pauvres d'une baisse des tarifs, ou de la gratuité, des prestations payantes; promotion dans d'autres secteurs de politiques pouvant avoir des effets positifs sur les déterminants fondamentaux de la santé, par exemple en soutenant des politiques agricoles ayant une incidence favorable sur la santé des pauvres.

58. En conclusion, le Rapporteur spécial examinera la contribution spécifique du droit à la santé à la réduction de la pauvreté. Ce rôle spécifique doit être envisagé dans le contexte de la contribution générale des droits de l'homme – c'est-à-dire de la non-discrimination, de la participation, de la coopération internationale, de la responsabilisation – à la réduction de la pauvreté.

## **B. La discrimination et la stigmatisation et le droit à la santé**

59. Le Rapporteur spécial se propose de traiter comme deuxième thème principal les problèmes de la discrimination et de la stigmatisation dans le contexte du droit à la santé. La discrimination liée au sexe, à la race, à l'appartenance ethnique et à d'autres facteurs est un déterminant social fondamental de la santé. Les inégalités sociales, entretenues par la discrimination et la marginalisation de groupes particuliers, influent à la fois sur la distribution des maladies et sur l'évolution de l'état de santé des personnes touchées. En conséquence, la mauvaise santé frappe les groupes vulnérables et marginalisés de la société. Dans le même temps, la discrimination et la stigmatisation associées à des problèmes de santé tels que les incapacités mentales et des maladies comme le VIH/sida tendent à renforcer les divisions et les inégalités sociales existantes.

60. La non-discrimination est l'un des principes les plus fondamentaux de la législation internationale des droits de l'homme. D'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international «proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit 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, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'affection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé»<sup>28</sup>.

61. Tout en interdisant la discrimination pour toute une série de motifs spécifiés, tels que la race, la couleur, le sexe et la religion, les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme interdisent également la discrimination pour des motifs fondés sur «toute autre situation». La Commission des droits de l'homme a interprété cette expression comme englobant l'état de santé<sup>29</sup>. La Commission et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels sont donc d'accord pour estimer que les États ont une obligation de prendre des mesures contre la discrimination fondée sur l'état de santé, et pas seulement sur la discrimination liée à d'autres motifs. En ce qui concerne le droit à la santé, les États ont une obligation de faire en sorte que les installations, biens et services relatifs à la santé soient accessibles à tous sans discrimination, en particulier aux groupes de population les plus vulnérables ou marginalisés<sup>30</sup>.

62. Les liens entre la stigmatisation, la discrimination et la violation du droit de jouir du plus haut état de santé susceptible d'être atteint sont complexes et multiples. Prises ensemble, la discrimination et la stigmatisation portent atteinte au respect de la dignité et de l'égalité inhérentes à tout être humain en dévalorisant les personnes touchées, ce qui vient souvent s'ajouter aux inégalités dont souffrent déjà les groupes vulnérables et marginalisés. Cette situation aggrave la vulnérabilité à la mauvaise santé et compromet l'efficacité des interventions pour la protection de la santé. L'impact est encore plus considérable sur un individu qui souffre de discriminations doubles ou multiples pour des considérations telles que le sexe, la race, la pauvreté et l'état de santé.

63. Pour promouvoir efficacement le droit à la santé, il faudra recenser et analyser les modalités complexes de l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur l'exercice du droit à la santé par les personnes touchées, en accordant une attention particulière aux femmes, aux enfants et aux groupes marginalisés tels que les minorités raciales et ethniques, les peuples



autochtones, les handicapés, les personnes atteintes du VIH/sida, les réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, et les migrants. Un travail de collecte et d'analyse des données sera pour cela nécessaire afin de mieux comprendre le lien entre différentes formes de discrimination en tant que facteurs déterminants de la santé, en reconnaissant les effets aggravants des formes de discriminations multiples et en montrant, documents à l'appui, comment la discrimination et l'intolérance influent sur l'accès à la santé et aux services de soins de santé. Il faudra aussi assurer un équilibre approprié entre la nécessité de s'attaquer à la discrimination et à la stigmatisation dans le domaine de la santé en encourageant la publication de données désagrégées, et d'élaborer des politiques et des stratégies de lutte contre la discrimination, en veillant à ce que la publication de ces données ne contribue pas à perpétuer la stigmatisation.

64. Le Rapporteur spécial se propose, au cours de son mandat, de traiter de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur des groupes de population particuliers.

### **1. Les femmes**

65. La discrimination systématique fondée sur le sexe empêche les femmes d'avoir accès à la santé et diminue leur capacité de réagir aux conséquences de la mauvaise santé pour elles-mêmes et pour leur famille. Les facteurs qui aggravent la vulnérabilité des femmes à la mauvaise santé sont notamment le manque d'accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour assurer une bonne santé sexuelle et génésique; la violence, y compris la violence sexuelle; les pratiques traditionnelles nuisibles et le manque de capacité et d'égalité juridiques dans les affaires familiales<sup>31</sup>. Les États ont une obligation d'assurer l'égalité d'accès des hommes et des femmes à l'exercice de tous les droits, y compris en assurant l'égalité et la non-discrimination dans des domaines tels que les droits politiques, le mariage et la famille, l'emploi et la santé.

### **2. Minorités raciales et ethniques**

66. Le racisme, la discrimination raciale et l'intolérance qui y est associée contribuent aux inégalités dont les groupes ethniques et raciaux sont victimes en ce qui concerne la santé et l'accès aux soins de santé<sup>32</sup>. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale impose aux États l'obligation d'interdire et d'éliminer la discrimination raciale et de garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance du droit à la santé et aux soins médicaux. À la Conférence mondiale contre le racisme, les gouvernements ont souligné la nécessité de reconnaître que le racisme constitue un important facteur social déterminant de la santé et de l'accès aux soins de santé<sup>33</sup>. Ils se sont engagés à renforcer les mesures visant à permettre à chacun d'exercer son droit au plus haut niveau de santé susceptible d'être atteint, afin d'éliminer les disparités que la discrimination raciale risque d'induire entre les niveaux de santé. Ils sont aussi convenus d'une série de mesures qui vont de l'interdiction de la recherche génétique en vue de son utilisation dans un but discriminatoire à la lutte contre la discrimination dans les systèmes de santé<sup>34</sup>.

### **3. Les handicapés**

67. Les personnes atteintes de handicaps sont exposées à diverses formes de discrimination et d'exclusion sociale qui les empêchent d'exercer leurs droits et leurs libertés et de participer

pleinement à leurs sociétés<sup>35</sup>. La discrimination qu'elles subissent peut aller du refus d'accès aux services de santé, à l'emploi et à l'éducation jusqu'à l'exclusion et l'isolement résultant d'obstacles physiques et sociaux. Les femmes handicapées peuvent être particulièrement exposées en raison de la stigmatisation associée à la fois au handicap et au sexe et risquent d'avoir davantage à souffrir de la discrimination que les femmes valides ou les handicapés de sexe masculin.

#### **4. Personnes atteintes du VIH/sida**

68. La stigmatisation associée au VIH/sida trouve son origine dans les préjudices liés au sexe, à la pauvreté, à la sexualité, à la race et à d'autres facteurs et renforcent ces préjudices. Les peurs liées à la maladie et à la mort; l'association du VIH/sida avec le commerce du sexe, avec les relations sexuelles entre hommes et avec l'usage de stupéfiants par injection; et les croyances dans l'immoralité des personnes atteintes du VIH/sida, tout cela contribue à l'impact de la stigmatisation et favorise souvent l'intolérance et la discrimination<sup>36</sup>. La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes atteintes du VIH/sida influent de plusieurs manières cruciales sur la propagation et l'impact de la maladie. Par exemple, la peur d'être identifiés comme séropositifs ou atteints du sida empêche les gens de chercher à consulter et de se soumettre spontanément aux examens de laboratoire, ce qui est indispensable pour la prévention, les soins et le traitement. La déclaration d'engagement sur le VIH/sida appelle les États à prendre des mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables et à élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liées à l'épidémie<sup>37</sup>.

### **IV. PROJETS, QUESTIONS ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES**

69. Étant donné l'interprétation que le Rapporteur spécial donne du droit à la santé (première partie), ses objectifs (partie II) et les deux thèmes parallèles (partie III), quels sont les projets, les questions et les interventions spécifiques auxquels il envisage de s'intéresser? Le Rapporteur spécial accueillera volontiers les observations qui pourraient être formulées sur les projets et les questions types, mentionnées ci-après. Il n'affirme pas qu'il sera en mesure d'examiner tous les projets et toutes les questions évoquées: cela dépendra de ses ressources et de ses possibilités. Il n'affirme pas non plus qu'il se limitera exclusivement à ces projets et à ces questions: d'autres interventions seront éventuellement possibles. Néanmoins, les exemples suivants indiquent le type de projets et de questions spécifiques auxquels il compte s'intéresser.

#### **A. Stratégies de réduction de la pauvreté**

70. La pauvreté est un phénomène mondial que connaissent à des degrés divers tous les États. Un nombre croissant d'États – développés, en développement et sociétés en transition – élaborent actuellement des stratégies de réduction de la pauvreté. Le Rapporteur spécial se propose d'examiner, à travers le prisme du droit à la santé, un certain nombre de stratégies de réduction de la pauvreté, afin de suggérer des moyens de faire en sorte que la composante santé soit utilisée plus efficacement dans l'intérêt des pauvres et pour la réduction de la pauvreté.

71. Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), qui font suite à l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés, sont une variante des stratégies de lutte contre la pauvreté. L'OMS a récemment procédé à un examen sur dossier de 10 DSRP complets

et de trois DSRP intérimaires. Cette étude préliminaire a révélé peu de signes de tentatives visant à adapter les stratégies nationales de santé pour répondre aux besoins des plus pauvres<sup>38</sup>.

Très rares étaient les DSRP comportant des indicateurs de santé qui auraient permis de suivre l'impact sur les pauvres ou sur les régions pauvres<sup>39</sup>. Aucun DSRP n'était accompagné de plans visant à associer les pauvres à un processus de suivi participatif<sup>40</sup>. Toutes ces lacunes auraient été au moins atténuées si le droit à la santé avait été pleinement pris en compte dans la formulation du DSRP. Il ne faut pas s'étonner que l'étude ait également montré qu'aucun DSRP ne mentionnait la santé en tant que droit fondamental<sup>41</sup>.

72. Le Rapporteur ne limitera pas son examen aux stratégies de lutte contre la pauvreté mises en place dans le cadre de la PTPE et dans les pays en développement. Il se propose d'examiner, à travers le prisme du droit à la santé, diverses stratégies de lutte contre la pauvreté adoptées par des pays développés. Au demeurant, dans un pays développé la stratégie de réduction de la pauvreté devrait viser deux cibles différentes. Elle devrait s'attaquer à la pauvreté i) dans la juridiction du pays développé lui-même et ii) dans les pays en développement. Un pays développé doit se poser la question suivante: étant donné l'obligation d'assistance internationale, quelle est ma contribution à la réduction de la pauvreté dans le Sud? La Norvège, par exemple, a récemment publié un document intitulé *Combattre la pauvreté: Plan d'action du Gouvernement norvégien pour la lutte contre la pauvreté dans le Sud jusqu'en 2015*<sup>42</sup>. En conséquence, le Rapporteur spécial souhaiterait examiner, à travers le prisme du droit à la santé, les stratégies adoptées par les pays développés pour la réduction de la pauvreté aussi bien dans leurs propres juridictions que dans le Sud.

## **B. Maladies négligées**

73. En gros, il y a trois types de maladie. Les maladies de type I s'observent à la fois dans les pays riches et les pays pauvres, et touchent un grand nombre de populations vulnérables dans chaque groupe de pays; l'exemple en est l'hépatite B. Les maladies de type II – souvent appelées maladies négligées – s'observent à la fois dans les pays riches et les pays pauvres, mais avec une forte proportion de cas dans les pays pauvres, comme cela se passe, par exemple, pour le VIH/sida et la tuberculose.

74. Les maladies de type III – souvent appelées maladies très négligées – sont celles qui s'observent essentiellement et exclusivement dans les pays en développement, comme c'est le cas pour l'onchocercose et la maladie du sommeil. D'après un récent rapport de l'OMS, *Global Defence against the Infectious Disease Threat*, l'«impact de ces maladies négligées sur la santé se mesure au nombre de personnes – près d'un milliard – atteintes d'incapacités et de difformités graves et permanentes. La faible mortalité imputable à ces maladies, en dépit d'une forte morbidité, les place presque au dernier rang dans les tables de mortalité et elles n'ont reçu dans le passé qu'une faible priorité»<sup>43</sup>. Le rapport poursuit:

«Les maladies dites “négligées” constituent un groupe parce qu'elles touchent presque exclusivement des personnes pauvres et démunies vivant dans les zones rurales de pays à faible revenu. Si elles causent d'immenses souffrances et souvent des incapacités à vie, ces maladies sont rarement mortelles et ne reçoivent donc pas la même attention et les mêmes ressources financières que des maladies à taux de mortalité élevé comme le sida, la tuberculose et le paludisme. Elles sont également négligées à un autre point de vue. L'incidence de toutes ces maladies étant limitée à des populations pauvres, la recherche

les concernant a traditionnellement pâti du manque d'intérêt pour la mise au point de médicaments et de vaccins destinés à des marchés qui n'étaient pas rentables. Lorsqu'il existe des médicaments bon marché et efficaces, la demande n'est pas au rendez-vous, faute de moyens financiers. Les maladies négligées imposent un énorme fardeau économique du fait des baisses de productivité, et du coût élevé des traitements de longue durée... Les maladies négligées peuvent contribuer à maintenir la prochaine génération dans une pauvreté sans issue... Les incapacités causées par la plupart de ces maladies sont associées à une grave stigmatisation<sup>44</sup>.».

75. Ces trois catégories ne sont pas rigides. Certaines maladies chevauchent deux catégories; le paludisme, par exemple, relève des catégories II et III.

76. En ce qui concerne les maladies de type I, la recherche-développement trouve des incitations dans les pays riches; ce sont les mécanismes de marché, les financements publics de la recherche fondamentale et la protection sous forme de brevets. Des produits sont mis au point et le grand problème, pour les pays pauvres, c'est l'accès à ces technologies, qui coûtent généralement très cher et qui sont protégées par des brevets. De nombreux vaccins pour les maladies de type I ont été mis au point au cours des 20 dernières années mais n'ont pas encore été introduits sur une grande échelle dans les pays pauvres en raison de leur coût.

77. En ce qui concerne les maladies de type II, il existe des incitations à la recherche-développement sur les marchés des pays riches, mais le niveau des dépenses de recherche-développement à l'échelle mondiale n'est pas à la mesure du fardeau qu'imposent ces maladies. Quant aux vaccins contre le VIH/sida, par exemple, un important effort de recherche-développement est en cours, stimulé par la demande sur le marché des pays riches, mais il est sans commune mesure avec les besoins à l'échelle mondiale et n'est pas non plus adapté au profil spécifique de la maladie dans les pays pauvres.

78. Pour les maladies de type III – les maladies très négligées – la recherche-développement est extrêmement limitée, et il n'y a pratiquement aucun effort de recherche-développement à base commerciale dans les pays riches. À cause de la pauvreté, le mécanisme de marché ne fonctionne pas. Au demeurant, les gouvernements des pays pauvres n'ont pas les moyens de subventionner la recherche-développement nécessaire. Le financement de la recherche-développement sur les maladies spécifiques aux pays pauvres est donc terriblement insuffisant. Comme il est dit dans le rapport de la Commission Macroéconomie et santé: «Les pauvres bénéficient de la recherche-développement quand les riches souffrent aussi des mêmes maladies.»<sup>45</sup>.

79. L'asymétrie de la recherche sur les maladies des pauvres (maladies de type II et plus spécialement de type III) et des riches a été signalée il y a plus d'une décennie. En 1990, la Commission sur la recherche médicale et le développement a constaté le phénomène qui a été ensuite connu sous le nom de déséquilibre 10/90: 10 % seulement des dépenses de recherche-développement sont consacrés aux problèmes de santé de 90 % de la population mondiale. Des initiatives ont été lancées pour s'attaquer à ce déséquilibre – et quelques progrès ont été faits, mais le financement reste tout à fait insuffisant.

80. Récemment, le problème des maladies négligées – négligence imputable aux défaillances du marché et de la politique publique – a bénéficié d'une nouvelle attention à la suite

d'initiatives dont il faut se féliciter – notamment la Déclaration sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Rapporteur spécial souligne l'urgente nécessité pour le Fonds mondial de mobiliser et de décaisser des ressources supplémentaires destinées à la lutte contre ces trois maladies.

81. Dans son travail, le Rapporteur spécial souhaite accorder une attention particulière aux nombreuses répercussions que les maladies négligées (y compris les maladies très négligées) et le déséquilibre 10/90 peuvent avoir sur le droit à la santé, du point de vue de la non-discrimination, de l'égalité, de la disponibilité et de l'accessibilité des installations, des biens et des services de santé (y compris des médicaments, de l'assistance et de la coopération internationales, etc.). L'idée fondamentale est la suivante: les maladies négligées, les maladies très négligées et le déséquilibre 10/90 sont des problèmes de droits de l'homme.

### C. Évaluations de l'impact

82. Un État qui envisage d'adopter une nouvelle loi ou une nouvelle politique doit d'abord s'assurer que cette nouvelle initiative est compatible avec ses obligations juridiques nationales et internationales, y compris avec celles qui concernent les droits fondamentaux<sup>46</sup>. Si un État a fait de la réduction de la pauvreté un objectif politique majeur, il doit s'assurer que toute nouvelle loi ou toute nouvelle politique est compatible avec cet objectif. Une détermination rigoureuse des orientations de politique générale implique une analyse de l'impact des réformes sur la distribution et, par voie de conséquence, sur le bien-être de différents groupes de la société, plus spécialement des groupes pauvres et vulnérables. Cette analyse aura pour but d'examiner – avant, pendant et après l'intervention – les effets souhaités et non souhaités de l'initiative, afin de définir les mesures à prendre, en particulier, pour en atténuer les effets. Cette exigence d'une analyse d'impact conduite dans un esprit de responsabilité sociale s'applique aux États et aux autres acteurs dans le contexte des politiques nationales et internationales.

83. Il y a, bien entendu, des obstacles qui rendent difficile la conduite d'analyses d'impact rigoureuses. Les auteurs d'une récente publication du FMI font observer que ces obstacles comprennent «les limitations des données, la faiblesse des capacités nationales et un manque de coordination entre donateurs»<sup>47</sup>. Ils recommandent de renforcer les analyses de l'impact social et sur la réduction de la pauvreté<sup>48</sup>, et estiment que la communauté internationale devrait faire davantage pour développer les capacités institutionnelles nationales afin de permettre «la mise au point de politiques de rechange» et «la conduite d'analyses de l'impact social et sur la réduction de la pauvreté»<sup>49</sup>.

84. Malgré ces difficultés et d'autres problèmes, différentes formes d'analyses d'impact sont une pratique de plus en plus fréquente aux niveaux national et international. En Irlande du Nord, une nouvelle législation exige que les pouvoirs publics procèdent à des analyses de l'impact sur l'égalité<sup>50</sup>. Dans l'Union européenne, certaines propositions doivent obligatoirement donner lieu à des vérifications pour s'assurer qu'elles n'auront pas d'effets défavorables sur la santé – qui a donné naissance à une littérature de plus en plus abondante consacrée aux évaluations de l'impact sur la santé<sup>51</sup>. La Banque mondiale a récemment rédigé un volumineux projet de guide destiné aux usagers des analyses de l'impact social et sur la réduction de la pauvreté. Certaines organisations de la société civile ont préconisé l'introduction d'«évaluations de l'impact sur la pauvreté» dans le processus des DSRP<sup>52</sup>. Des recommandations concernant les évaluations de

l'impact sur les droits de l'homme ont été formulées il y a plusieurs années, plus particulièrement dans la Déclaration et Programme d'action de Vienne<sup>53</sup>, et un certain nombre d'acteurs se sont efforcés d'y donner suite<sup>54</sup>.

85. De bonnes analyses d'impact sont un moyen d'assurer la prise en compte du droit à la santé – plus spécialement des groupes marginalisés, y compris des pauvres – dans tous les processus nationaux et internationaux d'élaboration des politiques. C'est pourquoi le Rapporteur spécial souhaite examiner, dans le contexte du droit à la santé, les différents types d'analyses d'impact afin d'identifier les bonnes pratiques à l'intention des États et d'autres acteurs.

#### **D. L'Organisation mondiale du commerce et le droit à la santé**

86. Il n'est pas possible, dans un rapport préliminaire de cette nature, d'examiner à fond l'Accord sur les ADPIC et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) à travers le prisme du droit à la santé, travail commencé par l'ancienne Haut-Commissaire aux droits de l'homme dans ses rapports de juin 2001 et 2002<sup>55</sup>. Ce qui est clair, cependant, c'est que les deux accords portent sur des éléments cruciaux du droit à la santé. L'Accord sur les ADPIC, par exemple, a des répercussions sur l'accès aux médicaments essentiels, ainsi que sur la coopération internationale. Comme la Commission des droits de l'homme l'a fait observer, «l'accès aux médicaments, dans le contexte de pandémies telles que celle du VIH/sida, est un des éléments essentiels pour la réalisation progressive du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre»<sup>56</sup>.

87. Le Rapporteur spécial note l'importance de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique qui a été adoptée à la quatrième Conférence ministérielle tenue à Doha en novembre 2001<sup>57</sup>. La Déclaration de Doha reconnaît «la gravité des problèmes de santé publique qui touchent de nombreux pays en développement et pays les moins avancés, en particulier ceux qui résultent du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies»<sup>58</sup>. La Déclaration souligne que l'Accord sur les ADPIC «peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie les droits des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments»<sup>59</sup>. La Déclaration prend donc en compte les perspectives des droits de l'homme, plus spécialement en ce qui concerne le droit à la santé et le droit, inscrit à l'article 27 de la Déclaration universelle, de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.

88. L'AGCS est le premier accord multilatéral régissant toutes les formes du commerce international des services, y compris des services de santé. Des négociations en vue d'une nouvelle libéralisation du commerce des services sont en cours et devraient s'achever d'ici à janvier 2005. La libéralisation du commerce des services de santé peut influencer de diverses manières sur le droit à la santé, selon la réponse qui sera apportée à toute une série de questions dont la moins importante n'est pas le cadre réglementaire. Un problème particulièrement crucial concerne l'incidence de l'accroissement de l'investissement étranger direct (IED) sur l'exercice du droit à la santé. Si l'IED peut permettre de moderniser l'infrastructure nationale et d'introduire de nouvelles technologies, il peut aussi avoir des effets non désirés si la réglementation ne protège pas suffisamment l'exercice de ce droit. Par exemple, l'augmentation de l'investissement étranger privé peut se traduire par une importance excessive accordée aux objectifs commerciaux au détriment d'objectifs sociaux tels que la fourniture de services de santé de qualité à ceux qui ne peuvent y avoir accès au tarif commercial. Comme il est dit dans une

récente étude réalisée conjointement par le secrétariat de l'OMC et l'OMS: «Le commerce des services de santé, dans certains cas, a exacerbé les problèmes d'accès et d'équité et les problèmes de financement, plus spécialement pour les pauvres dans les pays en développement»<sup>60</sup>.

89. Le Rapporteur spécial note que la Commission des droits de l'homme, dans sa résolution 2002/32, a invité tous les États «[à] faire en sorte que les initiatives qu'ils prennent en qualité de membres d'organisations internationales tiennent dûment compte du droit de chacun de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale, et que l'application des accords internationaux favorise des politiques de santé publique de nature à assurer un large accès à des produits pharmaceutiques et [à des] techniques médicales utilisés à titre préventif, curatif ou palliatif, qui soient sûrs, efficaces et d'un prix abordable» [par. 6 b)]. Dans ces conditions, pour autant que les ressources le permettent, le Rapporteur spécial souhaite examiner les règles et les politiques commerciales dans le contexte du droit à la santé et en suivre l'application, y compris la mise en œuvre de la Déclaration de Doha, dans la période restant jusqu'à la cinquième Conférence ministérielle de l'OMC qui se tiendra en septembre 2003<sup>61</sup>.

### **E. Le droit à la santé mentale**

90. En 2001, l'OMS a estimé que 450 millions de personnes souffraient d'un trouble mental ou comportemental et que ces troubles comptaient pour 12 % dans le coût total de la maladie<sup>62</sup>. Les troubles mentaux comprennent la schizophrénie, les troubles maniaco-dépressifs, la dépression, l'arriération mentale, la maladie d'Alzheimer et autres démences. Ils sont communs à tous les pays. Aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, ils touchent un nombre disproportionné de pauvres et de groupes marginalisés.

91. La plupart des troubles mentaux peuvent être soignés et traités et se prêtent dans bien des cas à la prévention. Malgré cela et malgré la prévalence et l'impact des troubles mentaux, beaucoup de gouvernements n'ont accordé à la santé mentale qu'un faible rang de priorité. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* note que plus de 40 % de pays n'ont pas de politique de santé mentale et que la plupart des pays consacrent à la santé mentale moins de 1 % du total de leurs dépenses de santé<sup>63</sup>.

92. Pour la majorité de la population du globe, les soins de santé mentale sont géographiquement et économiquement inaccessibles. Là où ils sont accessibles, la qualité des soins présente des disparités considérables entre les pays et à l'intérieur des pays. Le Rapporteur spécial note avec inquiétude que dans beaucoup de pays les soins de santé mentale sont souvent et principalement dispensés dans de vastes établissements psychiatriques, l'offre de soins à base communautaire restant limitée<sup>64</sup>.

93. Le Rapporteur spécial est alarmé par les violations des droits de l'homme de types très divers qui se produiraient dans certains établissements ayant vocation de soigner et de traiter des personnes atteintes de troubles mentaux. Il s'agit notamment d'actes de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, tels que l'exploitation sexuelle<sup>65</sup>. Le Rapporteur spécial note également la stigmatisation et la discrimination auxquelles donnent lieu les troubles mentaux, ainsi que l'incapacité réelle ou supposée des personnes atteintes de troubles mentaux de prendre des décisions au sujet de leur maladie – c'est la combinaison de ces problèmes indissociables qui rend les personnes atteintes de déficiences mentales particulièrement vulnérables à des violations de leurs droits fondamentaux.

94. Le Rapporteur spécial se propose d'accorder une attention particulière au droit à la santé mentale, en évitant tout chevauchement ou double emploi avec les travaux d'autres organismes internationaux concernés.

### **F. Les professionnels de la santé**

95. En tant que fournisseurs de services de santé, les professionnels de la santé jouent un rôle indispensable dans la promotion et la protection du droit à la santé. Le Rapporteur spécial se propose d'examiner le rôle crucial des professionnels de la santé en ce qui concerne le droit à la santé, ainsi que les difficultés auxquelles ils se heurtent dans l'exercice de leur profession.

96. Dans de nombreux pays, les professionnels de la santé sont mal rémunérés et travaillent de longues heures avec un matériel insuffisant dans des installations obsolètes. Les conditions d'emploi médiocres sont la cause principale de l'«exode des cerveaux»: la migration des professionnels de la santé essentiellement vers le Nord à partir du Sud, mais aussi vers les centres urbains à partir des zones rurales dans différents pays<sup>66</sup>. Même si les pays d'origine peuvent en tirer certains avantages (par exemple les envois de fonds des expatriés), les effets négatifs potentiels l'emportent probablement – pénuries de professionnels de la santé, absence de contrepartie et baisse de qualité des soins de santé<sup>67</sup>. Les conditions d'emploi médiocres causent aussi d'autres problèmes; par exemple, les professionnels de la santé les mieux formés vont travailler dans le secteur privé où ils trouvent des conditions plus attrayantes, ce qui réduit les effectifs des systèmes de santé publique.

97. Dans certains pays, en raison de leurs activités professionnelles, des professionnels de la santé ont été victimes de discriminations, de détentions arbitraires, de meurtres arbitraires et de tortures, et d'atteintes à leur liberté d'opinion, de parole et de circulation. Les professionnels de la santé travaillant avec des malades victimes d'actes de torture sont particulièrement exposés. Des professionnels de la santé ont participé, souvent sous la contrainte, à des violations des droits de l'homme, y compris à des actes de torture et à l'établissement de faux certificats médicaux pour couvrir des violations des droits fondamentaux<sup>68</sup>.

98. Le Rapporteur spécial note le problème de la corruption dans la fourniture des services de santé. Si, dans quelques cas, ce problème est dû aux conditions d'emploi médiocres que connaissent les professionnels de la santé, la corruption dans les services de santé ne se limite pas aux professionnels de la santé. Elle ne se limite pas non plus à telle ou telle région du monde. Ce qui est clair, c'est que la corruption s'exerce au détriment des pauvres et qu'elle érode le droit à la santé. Dans beaucoup de pays, les pauvres signalent qu'on leur demande de payer pour des médicaments qui devraient être disponibles gratuitement<sup>69</sup>. La conclusion d'une récente étude du FMI sur la corruption mérite de retenir l'intérêt: «la participation des pauvres aux décisions qui influent sur l'affectation des ressources publiques réduirait les possibilités de corruption»<sup>70</sup>. Tout en reconnaissant qu'il n'y a pas de solutions rapides, le Rapporteur spécial estime que la corruption est un problème à la fois de droits fondamentaux et de pauvreté.

### **V. CONCLUSION**

99. Le présent rapport préliminaire passe en revue quelques-uns des grands problèmes complexes que recouvre le droit à la santé. Pour ceux qui sont attachés au droit à la santé, la principale difficulté est sans doute de saisir dans leur complexité ces multiples problèmes d'une



importance cruciale et de parvenir à des recommandations pratiques et réalisables. Pour cette raison, le Rapporteur spécial attache une importance particulière à son troisième objectif: identifier les bonnes pratiques pour la mise en œuvre du droit à la santé au niveau des communautés et aux niveaux national et international. Avec l'aide d'autres, il espère pouvoir décrire quelques-unes de ces bonnes pratiques dans ses prochains rapports.

#### Notes

<sup>1</sup> A/51/950, paras. 78-79.

<sup>2</sup> A/57/387, para. 48.

<sup>3</sup> A/56/326, paras. 202 et 204.

<sup>4</sup> Resolution 2002/24, para. 7.

<sup>5</sup> Communication 155/96, *SERAC and CESR v. Nigeria*, Fifteenth Annual Activity Report of ACHPR, 2001-2002, annexe V.

<sup>6</sup> *López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994.

<sup>7</sup> Complaint 1/1998, *ICJ v. Portugal*, ECSR, 1999.

<sup>8</sup> *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, IACHR, 2001, para. 47.

<sup>9</sup> ICJ, *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002.

<sup>10</sup> Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 135 (2) (a).

<sup>11</sup> See for example, CESCR General Comment No. 14, (E/C.12/2000/4), para. 8.

<sup>12</sup> *Ibid.*, para. 11.

<sup>13</sup> *Ibid.*, paras. 14-17 and CESCR General Comment No. 15 (E/C.12/2002/11).

<sup>14</sup> See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 18-21 and A/54/38/Rev.1, CEDAW General Recommendation 24, 1999.

<sup>15</sup> See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 30-31. CESCR also uses the term "core obligations"; see General Comment No. 14, paras. 43-45. On core obligations, see Chapman and Russell (eds.), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

<sup>16</sup> *Ibid.*, paras. 38-39. Note Judge Weeramantry's dissenting opinion in the Advisory Opinion of the International Court of Justice on the *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, in which he cited article 12 of ICESCR and then stated, in relation to this article, that "it will be

noted here that the recognition by States of the right to health is in the general terms that they recognize the right of ‘everyone’ and not merely of their own subjects. Consequently, each State is under an obligation to respect the right to health of all members of the international community” (*ICJ Reports*, 1996, vol. I, p. 144).

<sup>17</sup> *Ibid.*, para. 40.

<sup>18</sup> See for example UDHR, preamble, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 42.

<sup>19</sup> See for example Vienna Declaration and Programme of Action, 1993, Part 1, paragraph 5, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 3.

<sup>20</sup> See for example CESCR General Comment No. 14, paragraphs 28-29; and the Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (E/CN.4/1985/4, annex).

<sup>21</sup> CESCR General Comment No. 14, para. 12. This mode of analysis resonates with the work of the United Nations Special Rapporteur on the right to education.

<sup>22</sup> CESCR General Comment No. 14, para. 33 and *passim*.

<sup>23</sup> *Ibid.*, paras. 57-58.

<sup>24</sup> See CESCR Statement on poverty (E/C.12/2001/10).

<sup>25</sup> General Assembly resolution 55/2.

<sup>26</sup> A/56/326, para. 202.

<sup>27</sup> For example, following a request from CESCR, OHCHR prepared Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, September 2002.

<sup>28</sup> General Comment No. 14, par. 18.

<sup>29</sup> See for example Commission resolutions 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49, 2001/51.

<sup>30</sup> General Comment No. 14, para. 12 (b) (i).

<sup>31</sup> CEDAW General Recommendation 24; CEDAW General Recommendation 15.

<sup>32</sup> See *Health and Freedom from Discrimination: WHO's Contribution to the World Conference against Racism*, Health and Human Rights Publication Series, August 2001.

<sup>33</sup> Durban Declaration and Programme of Action (A/CONF.189/5).

<sup>34</sup> *Ibid.*, see, for example, paragraphs 8 (c), 58, 73, 109, 110 (b).

<sup>35</sup> See, for example, Quinn and Degener, *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of the United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*, OHCHR, 2002.

<sup>36</sup> Fighting HIV-related Intolerance: Exposing the Links Between Racism, Stigma and Discrimination, paper prepared by WHO and UNAIDS in consultation with OHCHR, August 2001.

<sup>37</sup> General Assembly resolution S-26/2 of 27 June 2001, annex.

<sup>38</sup> Dodd and Hinshelwood, *PRSPs: Their Significance for Health*, draft presented to the WHO Meeting of Interested Parties, October 2002, p. 4.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> Ibid., p. 9.

<sup>42</sup> Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2002.

<sup>43</sup> WHO, 2002, p. iv.

<sup>44</sup> Ibid., p. 96.

<sup>45</sup> *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, WHO, 2001, p. 77.

<sup>46</sup> As the Vienna Declaration and Programme of Action puts it: “protection and promotion [of human rights and fundamental freedoms] is the first responsibility of Governments” (Part I, para. 1).

<sup>47</sup> Gupta et al, *Is the PRGF Living Up to Expectations? An Assessment of Program Design*, IMF Occasional Paper 216, 2002, p. 32.

<sup>48</sup> Ibid., p. 35.

<sup>49</sup> Ibid., p. 36.

<sup>50</sup> See Equality Commission for Northern Ireland, *Section 75 of the Northern Ireland Act 1998: Practical Guidance on Equality Impact Assessment*.

<sup>51</sup> For example the Institute for Public Health in Ireland, *Health Impact Assessment: An Introductory Paper*, September 2001. Also see Part II of Mann, Gruskin, Grodin and Annas (eds.), *Health and Human Rights: A Reader*, Routledge, 1999.

<sup>52</sup> *Making PRSPs Work: The Role of Poverty Assessments*, Oxfam, 2001.

<sup>53</sup> Part II, para. 2.

<sup>54</sup> For example Norwegian Agency for Development Cooperation, *Handbook in Human Rights Assessment: State Obligations, Awareness and Empowerment*, 2001.

<sup>55</sup> E/CN.4/Sub.2/2001/13 and E/CN.4/Sub.2/2002/9. Also see CESCR statement on human rights and intellectual property (E/C.12/2001/15).

<sup>56</sup> Commission resolution 2002/32, para. 1.

<sup>57</sup> WT/MIN(01)/DEC/2, 2001.

<sup>58</sup> *Ibid.*, para. 1.

<sup>59</sup> *Ibid.*, para. 4.

<sup>60</sup> *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*, 2002, p. 18.

<sup>61</sup> See Dommen, "Raising Human Rights Concerns in the WTO", *Human Rights Quarterly*, vol. 24, No. 1, 2002, p. 1.

<sup>62</sup> WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, p. 3.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>65</sup> See for example *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*, Mental Disability Rights International, 2002.

<sup>66</sup> See for example see Pang, Lansang and Haines, "Brain Drain and Health Professionals", *British Medical Journal*, vol. 324, Issue 7336, p. 499.

<sup>67</sup> See for example UNCTAD/WHO, *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, 1998.

<sup>68</sup> See for example Somerville, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001; *Directory of Persecuted Scientists, Health Professionals, and Engineers*, American Association for the Advancement of Science, 1999.

<sup>69</sup> Narayan, *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?*, World Bank, 2000, p. 111.

<sup>70</sup> Gupta, Davoodi and Tiongson, "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services", in *Governance, Corruption, and Economic Performance*, Abed and Gupta (eds.), IMF, 2002, p. 272.

## Annex I

### SOME INTERNATIONAL INSTRUMENTS RELEVANT TO THE RIGHT TO HEALTH

This annex lists some of the international instruments that are relevant to the right to health. Section A contains general international human rights instruments. Section B contains international instruments that relate to specific groups. Section C contains context-specific instruments. Inevitably, there is some overlap between sections B and C. To avoid repetition, instruments applying to both groups and contexts are categorized according to the group (sect. B). Section D contains international conference outcomes and their follow-ups.

This annex is not comprehensive: there are other instruments that are relevant to the right to health. Further standards are referenced in WHO, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publications Series Issue 1, 2002; and G. Alfredsson and K. Tomaševski (eds.), *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights: Global and Regional Standards Adopted by Intergovernmental Organizations, International Non-governmental Organizations, and Professional Associations* (Nijhoff, 1998).

#### A. General international instruments

1. Universal Declaration of Human Rights (1948); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966); Constitution of the World Health Organization (1946); General Comment 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) on the right to health (2000).

#### B. International instruments relating to specific groups

2. *Racial and ethnic groups*: International Covenant on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965); ILO Convention No. 169 (concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, 1989); Declaration on the Rights of Persons Belonging to National or Ethnic, Religious and Linguistic Minorities (1992).

3. *Women*: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979); Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993); General Recommendation No. 14 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) on female circumcision (1990); General Recommendation No. 19 of CEDAW on violence against women (1992); General Recommendation No. 24 of CEDAW on women and health (1999).

4. *Children*: Convention on the Rights of the Child (1989); ILO Convention No. 138 (concerning Minimum Age for Admission to Employment, 1973); ILO Convention No. 182 (the Worst Forms of Child Labour Convention, 1999); United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (1985); United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty (1990); Declaration on the Rights of the Child (1959).

5. *Migrant workers*: International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (1990).
6. *People with disabilities including mental disabilities*: Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975); Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993); Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Healthcare (1991); CESCR General Comment 5 on persons with disabilities (1994); Human Rights Committee General Comment 21 (1992).
7. *Older people*: United Nations Principles for Older Persons (1991); CESCR General Comment No. 6 on the economic, social and cultural rights of older persons (1995).
8. *Refugees*: Convention relating to the Status of Refugees (1951).

### **C. International instruments relating to specific contexts**

9. *Armed conflict*: The Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded and Sick in Armed Forces in the Field (1949); the Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick and Shipwrecked Members of the Armed Forces at Sea (1949); the Geneva Convention relative to the Treatment of Prisoners of War (1949); the Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Times of War (1949); Additional Protocol I to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims in International Armed Conflict (1977); Additional Protocol II to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (1977); Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict (1974); Protocol on Prohibitions or Restrictions on the Use of Mines (1980).
10. *Occupational health and safety*: ILO Convention No. 155 (Occupational Health and Safety Convention, 1981); ILO Convention No. 148 (Working Environment Convention, 1977); and several other ILO Conventions (e.g. Conventions Nos. 130, 152, 161, 164, 167, 170, 171, 176, 177 and 184).
11. *Environmental health*: Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and Their Disposal (1989); Code of Practice on the International Transboundary Movement of Radioactive Waste (1990); Convention on Nuclear Safety (1994).
12. *Administration of Justice*: International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR, 1966); Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT, 1984); Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1955); Body of Principles for the Protection of All Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1988); Code of Conduct for Law Enforcement Officials (1979); Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982).
13. *Development*: Declaration on the Right to Development (1986).

14. *Research, experimentation and genetics*: Nürnberg Code (1947); ICCPR; Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997); Declaration on the Use of Scientific and Technical Progress in the Interests of Peace and for the Benefits of Mankind (1975); General Comment No. 20 of the Human Rights Committee (1992).

15. *Data Protection*: Guidelines for the Regulation of Computerized Personal Data Files (1990); General Comment 16 of the Human Rights Committee (1988).

16. *Nutritional Health*: Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition (1974).

**D. Some international conference outcomes, and their follow-ups,  
that relate to the right to health**

17. Johannesburg Declaration and Plan of Implementation of the World Summit for Sustainable Development (2002).

18. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development (2002).

19. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing of the Second World Assembly on Ageing (2002).

20. "A World Fit for Children" adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002); Declaration and Plan of Action of the World Summit for Children (1990).

21. Declaration of Commitment on HIV/AIDS, "Global Crisis-Global Action", adopted by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (2001).

22. Durban Declaration and Programme of Action of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (2001).

23. United Nations Millennium Declaration, adopted by the United Nations General Assembly "Millennium Assembly of the United Nations" (2000).

24. Beijing Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women (1995) and its follow-up, Beijing Plus 5 (2000).

25. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action of the World Food Summit (1996) and its follow-up, Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger (2002).

26. Istanbul Declaration and the Habitat Agenda of the Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II) (1996), and the Declaration on Cities and Other Human Settlements in the New Millennium of the Special Session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Habitat Agenda (2001).

27. Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development (1995) and its follow-up, Copenhagen Plus 5 (2000).

28. Vienna Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference on Human Rights (1993).

29. Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21 of the United Nations Conference on Environment and Development (1992).

30. Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment (1972).



## **Annex II**

### **SOME RECENT COMMISSION ON HUMAN RIGHTS RESOLUTIONS RELATING TO THE RIGHT TO HEALTH**

#### **Some resolutions explicitly referring to the right to health or aspects of the right to health**

1. Resolution 2002/61 on human rights of persons with disabilities.
2. Resolutions 2002/32 and 2001/33 on access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.
3. Resolution 2002/31 on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
4. Resolution 2001/35 on adverse effects of the illicit movement and dumping of toxic and dangerous products and wastes on the enjoyment of human rights.
5. Resolutions 2001/27 and 2000/82 on effects of structural adjustment policies and foreign debt on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights.

#### **Some resolutions with provisions bearing significantly on the right to health**

6. Resolution 2002/92 on the rights of the child.
7. Resolution 2002/65 on human rights and indigenous issues.
8. Resolution 2002/52 on elimination of violence against women.
9. Resolution 2002/51 on traffic in women and girls.
10. Resolution 2002/39 on protection of migrants and their families.
11. Resolution 2002/23 on the right to education.
12. Resolution 2001/71 on human rights and bioethics.
13. Resolution 2001/51 on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS).

-----