



Assemblée générale

Distr. générale
3 janvier 2023
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Cinquante-deuxième session

27 février-31 mars 2023

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Garantir à tous les pays un accès équitable, rapide et universel, à un coût abordable, aux vaccins mis au point pour lutter contre la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19)

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

Résumé

Établi conformément à la résolution 49/25 du Conseil des droits de l'homme, le présent rapport porte sur les incidences sur les droits de l'homme, y compris le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, de l'accès rapide, équitable et universel à des vaccins contre la maladie à coronavirus (COVID-19) sûrs, efficaces, abordables et de qualité et de leur distribution à un coût abordable, ainsi que sur les bonnes pratiques adoptées et les principales difficultés rencontrées à cet égard.

Pour inverser la trajectoire de toute pandémie, il est essentiel d'assurer l'accès universel et équitable aux vaccins, aux médicaments et aux traitements. Parmi les nombreux enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, on peut citer la nécessité de mettre en place des stratégies de vaccination durables et fondées sur les droits de l'homme, la nécessité d'investir davantage dans les systèmes de santé afin de concrétiser la couverture sanitaire universelle, la nécessité de renforcer la coopération internationale et de nouer des partenariats novateurs et la nécessité de mettre en place des cadres juridiques plus solides et fondés sur les droits de l'homme afin de lutter efficacement contre les pandémies à venir.



I. Introduction

1. L'incapacité des États de garantir un accès universel et équitable aux vaccins contre la maladie à coronavirus (COVID-19) leur a coûté très cher, tant du point de vue des conséquences dramatiques sur la jouissance des droits de l'homme et que sur le creusement des inégalités sur leurs territoires respectifs et entre eux.
2. Le début de la pandémie a été marqué par une certaine concurrence pour le peu de vaccins disponibles, un nationalisme vaccinal court-termiste, le stockage et les interdictions d'exportation, au mépris des obligations internationales. L'offre mondiale de vaccins contre la COVID-19 est à présent abondante, la capacité de production annuelle étant comprise entre 11 et 16 milliards de doses¹. Des volumes importants sont donc disponibles pour les pays à faible revenu. Bien que 63 % de la population mondiale soit primo-vaccinée, des disparités importantes subsistent entre régions et entre groupes de population². Le risque de mutations du virus reste élevé et les incertitudes concernant la force et la durée de l'immunité conférée par la vaccination persistent. Il sera essentiel de continuer à coordonner les mesures prises à l'échelle mondiale si l'on entend mettre fin à la pandémie.
3. Le présent rapport porte sur les incidences sur les droits de l'homme, y compris le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, de l'accès rapide, équitable et universel à des vaccins contre la maladie à coronavirus (COVID-19) sûrs, efficaces, abordables et de qualité et de leur distribution à un prix abordable, ainsi que sur les bonnes pratiques adoptées et les principales difficultés rencontrées à cet égard. Établi conformément à la résolution 49/25 du Conseil des droits de l'homme, il doit être lu conjointement avec le rapport de la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme sur les incidences sur les droits de l'homme des lacunes dans l'accès rapide, équitable et universel à des vaccins contre la COVID-19 et leur distribution à un prix abordable et du creusement des inégalités entre les États³.
4. Dans sa résolution 49/25, le Conseil a demandé que le présent rapport soit établi en consultation avec les États, les organismes, fonds et programmes des Nations Unies, en particulier l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ses titulaires de mandat au titre des procédures spéciales, les organes conventionnels, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes. Comme suite à l'appel lancé, le Haut-Commissariat a reçu 26 contributions écrites, dont 15 émanant d'États⁴.

II. Incidences sur les droits de l'homme, bonnes pratiques et principales difficultés

5. Facteur déterminant du droit à la santé, l'accès équitable, juste, sûr, rapide et universel à des vaccins abordables est essentiel pour inverser la trajectoire de toute pandémie.
6. Les promesses d'équité vaccinale n'ont pas suffi à prévenir de nombreux décès imputables à la COVID-19 dans les pays à faible revenu. Selon des estimations, environ 600 000 décès auraient pu être évités dans le monde si tous les pays avaient atteint une couverture vaccinale de 40 % (primo-vaccination) à la fin de 2021, un objectif qui aurait pu être rempli si les vaccins, qui étaient produits en nombre suffisant, avaient été distribués équitablement⁵. L'incapacité à garantir l'équité vaccinale a eu des répercussions directes sur tout un éventail de droits de l'homme, notamment les droits à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination. L'inégalité vaccinale a également exacerbé les inégalités

¹ Voir la contribution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), disponible à l'adresse <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2022/call-inputs-high-commissioners-report-human-rights-implications-and-good>.

² Voir <https://news.un.org/en/story/2022/11/1130402>.

³ A/HRC/49/35.

⁴ Les contributions reçues sont disponibles à l'adresse <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2022/call-inputs-high-commissioners-report-human-rights-implications-and-good>.

⁵ Oliver J. Watson et al., « Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 22, n° 9 (septembre 2022).

économiques et sociales existantes et affaibli la cohésion sociale⁶. Elle a aussi révélé au grand jour l'existence de graves lacunes compromettant l'efficacité du multilatéralisme, au moment même où celui-ci était plus nécessaire que jamais⁷.

A. Stratégie vaccinale fondée sur les droits de l'homme

1. Respect du principe de non-discrimination

7. La non-discrimination et l'égalité sont des principes fondamentaux qui doivent sous-tendre toute stratégie visant à se préparer aux pandémies et à y faire face. Les vaccins contre la COVID-19 devraient être d'un prix abordable pour tous et accessibles sans discrimination, et les pratiques d'exclusion qui renforcent les inégalités existantes devraient être évitées. Dans la droite ligne du principe de non-discrimination, toute approche transversale et fondée sur les droits de l'homme suppose de prendre en compte les vulnérabilités et les besoins de celles et ceux qui, en raison de certains facteurs sociétaux, géographiques ou biomédicaux sous-jacents, sont susceptibles de subir plus durement les effets de la pandémie de COVID-19⁸.

8. Plusieurs pays⁹ ont indiqué que, lors du lancement de la campagne de vaccination, une attention particulière avait été accordée aux populations considérées comme les plus à risque et aux personnes vulnérables ou marginalisées, telles que les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes issues de groupes minoritaires et de peuples autochtones, les migrants, les personnes en détention et les personnes LGBTIQ+.

9. Du fait des inégalités structurelles et de la discrimination, l'accès aux vaccins contre la COVID-19 a toutefois été très inégal dans de nombreux endroits. Les personnes issues de groupes minoritaires ont souvent été laissées de côté dans l'élaboration des mesures sanitaires de lutte contre la pandémie et leur taux de vaccination est inférieur à celui de la population générale¹⁰. Dans certaines régions, les travailleurs migrants n'ont pas été prioritaires pour la vaccination en dépit du risque élevé d'infection par la COVID-19 lié à leurs conditions de vie, et certains ont failli être exclus des programmes nationaux de vaccination parce qu'ils étaient en situation irrégulière¹¹. Bien que des progrès considérables aient été réalisés, les personnes réfugiées et déplacées accueillies dans les pays en développement ont toujours des difficultés à accéder aux vaccins contre la COVID-19¹². Partout dans le monde, les personnes handicapées, qui risquent davantage de subir les effets néfastes de la COVID-19, n'ont pas toujours eu accès en priorité à la vaccination et rencontrent des problèmes d'accessibilité. Les femmes et les filles sont également plus susceptibles d'être victimes de discrimination dans la distribution des vaccins pour de multiples raisons tenant notamment à leur taux de pauvreté plus élevé et aux normes sociétales. Les groupes marginalisés en raison de leur race ont eux aussi beaucoup souffert de l'accès inégal aux vaccins et aux traitements contre la COVID-19. En outre, certains pays auraient vacciné les personnes peu vulnérables à la COVID-19 et les jeunes avant les soignants, les personnes âgées et les groupes à risque¹³.

10. Selon certaines informations, seuls 47 pays sur 157 ont inclus les apatrides dans leurs programmes de vaccination. Même s'ils n'étaient pas intentionnellement exclus des programmes de vaccination, les apatrides et d'autres personnes en étaient souvent exclus de facto parce qu'ils n'avaient pas de document d'identité ou de titre de séjour. Le caractère

⁶ A/HRC/49/35, par. 37 et 44. Voir aussi <https://news.un.org/en/story/2022/03/1114762>.

⁷ Rapport du Secrétaire général intitulé « Notre Programme commun » (A/75/982), par. 60.

⁸ OMS, « Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité » (Genève, 2020).

⁹ Voir, par exemple, les contributions de l'Azerbaïdjan, de Bahreïn, de l'Équateur et de Maurice.

¹⁰ Voir <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25916&LangID=E>.

¹¹ Voir A/HRC/47/23, par. 33. Voir aussi la note conjointe d'orientation sur les impacts de la pandémie de COVID-19 sur les droits humains des migrants établie par le Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et le Rapporteur spécial sur les droits humains des migrants (26 mai 2020).

¹² Voir <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2022/3/621f6732a/hcr-souligne-progres-realises-linclusion-refugies-campagnes-vaccination.html>.

¹³ Voir <https://news.un.org/en/story/2021/03/1087992>.

officiel de ces programmes a également dissuadé des personnes sans papiers de se faire vacciner, celles-ci craignant d'être arrêtées ou placées en détention¹⁴.

2. Gouvernance fondée sur les droits de l'homme dans le domaine vaccinal

11. Indispensable pour assurer l'équité vaccinale, la gouvernance fondée sur les droits de l'homme exige que les stratégies et plans de santé nationaux, y compris les campagnes de vaccination, soient élaborés dans le respect du principe de transparence¹⁵.

12. Plusieurs pays¹⁶ ont souligné qu'il importait d'élaborer un plan et une stratégie de vaccination qui recensent les risques et les différents groupes vulnérables au sein de la population, et de mener des évaluations des besoins permettant de décider de la répartition des vaccins, y compris au niveau local. Le suivi et l'évaluation tout au long du processus vaccinal ont permis d'adapter les effectifs des équipes de vaccination à l'évolution des besoins locaux, de mettre en place de nouvelles modalités de vaccination et de nouer des alliances stratégiques avec les responsables locaux¹⁷.

13. La détermination des groupes à vacciner en priorité devrait reposer sur des procédures et protocoles transparents qui respectent les droits de l'homme. Les objectifs de vaccination doivent être fondés tant sur l'équité que sur des chiffres absolus. Les objectifs et les priorités doivent être fixés dans le cadre d'un dialogue avec les groupes ethniques et culturels et les autres groupes communautaires concernés. Il est indispensable, notamment pour être plus efficace et limiter la corruption dans ce domaine, de faire en sorte que la société civile, les parties prenantes locales et nationales et les communautés locales participent à l'élaboration des stratégies et plans nationaux de vaccination, y compris à la définition des protocoles de distribution des vaccins, à l'administration des vaccins et à l'élaboration des politiques d'attribution prioritaire¹⁸.

14. Il faut vacciner les migrants et les personnes sans domicile fixe, qu'elles soient ou non titulaires d'un numéro de sécurité sociale ordinaire ou d'un numéro d'identification fiscale temporaire.

15. Plusieurs pays ont indiqué¹⁹ que la campagne de vaccination s'était déroulée par phases afin de protéger rapidement la population la plus à risque. Les protocoles initiaux dépendaient du contexte et des priorités qui avaient été fixées. Ainsi, certains pays ont commencé par vacciner les soignants en première ligne, suivis par les autres professionnels de santé, les résidents des établissements de soins de longue durée, en particulier les personnes à haut risque de développer une forme grave de COVID-19, par exemple celles qui ont des maladies préexistantes ou sont immunodéprimées, et enfin les personnes âgées. La population des personnes âgées a été divisée en plusieurs cohortes d'âge. D'autres pays ont vacciné en priorité le personnel des aéroports et des ports et les policiers. Une fois la population à risque couverte, la vaccination a été ouverte à tous les adultes, là encore de manière échelonnée, puis aux adolescents et aux enfants de plus de 5 ans²⁰.

16. À l'avenir, il importera d'aider les pays à appliquer une approche transversale et fondée sur les droits de l'homme lorsqu'ils détermineront les groupes à vacciner en priorité dans le cadre de leurs stratégies et plans nationaux.

3. Promotion de la résilience régionale et nationale

17. Au début de la pandémie de COVID-19, certains pays à revenu élevé ont pris des mesures qui ont eu pour conséquence de restreindre l'accès des pays à faible revenu aux vaccins contre la COVID-19 et aux produits connexes. Selon certaines informations, des pays ont adopté des lois visant à empêcher l'exportation de médicaments essentiels et ont restreint

¹⁴ Voir la contribution de la Maat for Peace, Development and Human Rights Association.

¹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 43 f).

¹⁶ Voir, par exemple, les contributions de la Colombie, de l'Équateur, du Guatemala et de la Pologne.

¹⁷ Voir la contribution du Guatemala.

¹⁸ Voir la contribution de l'Équateur.

¹⁹ Voir, par exemple, les contributions de la Colombie et de la Pologne.

²⁰ Voir la contribution de Maurice.

les exportations de fournitures hospitalières et d'équipements de protection individuelle²¹. Certains pays à revenu élevé ont conclu des accords d'achat anticipé avec des fabricants de vaccins contre la COVID-19 afin de se procurer un nombre de doses bien supérieur aux besoins de leur population²², alors même que le stockage de vaccins n'était pas conforme à l'obligation qui incombe aux États de contribuer à la jouissance de tous les droits de l'homme, y compris le droit à la santé, partout dans le monde, étant donné que l'accès universel et équitable aux vaccins à l'échelle mondiale n'était pas encore assuré²³. Au vu de l'évolution de la pandémie et de la mutation du virus, ce manque de coopération et de solidarité avec les autres États a porté atteinte au droit à la santé partout dans le monde, y compris dans les pays qui ont fait des stocks. Le virus n'a pas de frontières, mais trop de pays ont agi comme si c'était le cas, prolongeant ainsi son existence et aggravant ses effets. Il a également été rapporté que les pays à faible revenu avaient par la suite reçu des cargaisons de vaccins presque périmés, qui n'ont pas pu être administrés²⁴.

18. Peu de pays en développement disposent des installations technologiques nécessaires pour fabriquer ou stocker les vaccins, du personnel scientifique pour les mettre au point ou de la capacité de produire les ingrédients. En général, le réseau d'établissements de santé est insuffisant pour couvrir tout le territoire, car les chaînes du froid et les infrastructures de transport font défaut, et le nombre de centres et de professionnels de santé est trop faible pour pouvoir lancer une campagne de vaccination de masse dans des délais courts. La coopération technique et financière internationale, le transfert de technologies et d'équipements à des prix abordables, la commercialisation sans restriction des moyens de production et la formation sont nécessaires pour créer ou accroître la capacité de production de vaccins dans les pays en développement et leur permettre de mener eux-mêmes des campagnes de vaccination de masse²⁵.

19. L'inégalité face aux vaccins est notamment imputable au nombre insuffisant de fabricants de vaccins. Intensifier la production de vaccins dans les pays à faible revenu, y compris en faisant en sorte que la fabrication ne soit pas tributaire des dons de doses ou des capacités de production excédentaires des pays à revenu élevé, faciliterait le lancement de campagnes de vaccination équitables et universelles dès le début d'une crise de santé publique. Il y a d'autres avantages à ce que les capacités de production soient équitablement réparties, notamment la production de vaccins pour d'autres maladies transmissibles, l'augmentation des investissements dans l'innovation biomédicale et le renforcement des infrastructures de santé publique²⁶. Parce qu'elles sont susceptibles d'entraver l'accès aux vaccins et leur distribution, les mesures coercitives unilatérales imposées aux pays devraient être éliminées²⁷.

20. Parmi les initiatives lancées aux niveaux régional et national pour accroître la capacité mondiale de fabrication de vaccins, on peut citer les Partenariats pour la fabrication de vaccins en Afrique de l'Union africaine. Leur objectif est de faire passer la part des vaccins produits en Afrique de 1 % en 2021 à 60 % en 2040²⁸. Application concrète de la notion de « pharmaceutique open source », la création, en Afrique du Sud, du centre de transfert de technologies pour les vaccins à ARN messager²⁹ est susceptible d'accroître l'indépendance

²¹ Sharifah Sekalala et al., « Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response », *BMJ Global Health*, vol. 5, n° 9 (septembre 2020) ; Katrina Perehudoff et Jennifer Sellin, « Innovation and access to medicines under international law », dans *Global Health Law Disrupted: COVID-19 and the Climate Crisis* (Leiden, Royal Netherlands Society of International Law, 2021).

²² Armin von Bogdandy et Pedro Villarreal, « The role of international law in vaccinating against COVID-19: appraising the COVAX initiative », *Heidelberg Journal of International Law*, vol. 81, n° 1 (2021).

²³ A/HRC/49/35, par. 62, et E/C.12/2020/2, par. 11.

²⁴ Voir https://www.lemonde.fr/en/science/article/2022/04/04/the-huge-waste-of-expired-covid-19-vaccines_5979632_10.html.

²⁵ Voir la contribution de Cuba.

²⁶ Victor J. Dzau, Celyne A. Balatbat et Aneze C. Offodile II, « Closing the global vaccine equity gap: equitably distributed manufacturing », *The Lancet*, vol. 399, n° 10339 (mai 2022).

²⁷ Voir la contribution de Cuba.

²⁸ Voir <https://africacdc.org/download/partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-for-action/>.

²⁹ A/HRC/20/26, par. 34.

de l'Afrique sur le plan de la fabrication de produits pharmaceutiques, et pas seulement de vaccins contre la COVID-19³⁰. La création récente de l'Agence africaine du médicament pourra en outre contribuer à améliorer les capacités réglementaires sur le continent africain. L'Organisation panaméricaine de la Santé a elle aussi mis en place une plateforme régionale visant à intensifier la production de vaccins contre la COVID-19 et d'autres technologies de santé³¹.

21. Renforcer la résilience des chaînes d'approvisionnement et accroître et diversifier les capacités de production de vaccins pourraient permettre aux pays à revenu faible et intermédiaire de mieux résister aux crises sanitaires. La capacité des pays à faire des recherches et à concevoir, produire et distribuer tous les outils essentiels au contrôle des pandémies, y compris les vaccins, doit être prise en compte dans la préparation aux futures crises sanitaires³². Il faudrait notamment renforcer les capacités des fabricants de vaccins et des autorités de réglementation dans les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris les capacités d'innovation.

4. Mesures visant à encourager et à soutenir l'adoption et la demande de vaccins

22. Question complexe, la méfiance à l'égard des vaccins est, selon l'OMS, l'un des 10 plus grands ennemis de la santé à l'échelle mondiale³³. Cette attitude varie en fonction du contexte, du pays et du type de vaccin concernés, ce qui la rend particulièrement compliquée à gérer. Les États devraient, dans le cadre de l'obligation qui leur incombe de garantir l'accès aux vaccins, se fonder sur un large éventail d'arguments factuels pour lutter contre la méfiance à l'égard des vaccins. Pour réduire la menace que représente la COVID-19, il devient indispensable de stimuler la demande de vaccins.

23. Expliquer la faible adoption du vaccin en mettant l'accent sur le manque de connaissances, la désinformation et les théories du complot reviendrait à négliger le rôle essentiel du contexte, notamment des inégalités structurelles et des dynamiques politiques, et la manière dont celles-ci influencent l'accès des différents groupes de population aux vaccins et le degré de confiance que ces vaccins et ceux qui les promeuvent leur inspirent. Il faut aussi prendre en considération le rôle des autres acteurs qui prennent part à la production, à la distribution et à la livraison des vaccins, ainsi qu'à la communication sur le sujet³⁴ : l'adoption d'un vaccin n'est pas seulement fonction de la population à vacciner, elle dépend aussi des autres acteurs, y compris de ceux qui proposent la vaccination, de ceux qui organisent les campagnes et de ceux qui sont chargés d'accroître l'adoption du vaccin en utilisant des stratégies telles que la persuasion et le recours à des « garants » ou des « prescripteurs »³⁵.

24. Si le vaccin a été bien accepté dans de nombreuses régions et de nombreux pays, des facteurs sociaux complexes alimentent la méfiance dans certaines communautés. Par exemple, les abus de la médecine coloniale et de la recherche sur les vaccins auraient érodé la confiance dans les vaccins actuels en Afrique³⁶. Le manque de vaccins et l'imprévisibilité

³⁰ Voir <https://www.who.int/initiatives/the-mrna-vaccine-technology-transfer-hub#:~:text=The%20mRNA%20vaccine%20technology%20transfer%20hub&text=Announced%20on%2021%20June%202021,the%20mRNA%20vaccine%20technology%20hub>.

³¹ Voir <https://www.paho.org/en/regional-platform-advance-manufacturing-covid-19-vaccines-and-other-health-technologies-americas>.

³² Groupe indépendant de haut niveau du G20 sur le financement des biens collectifs mondiaux pour la préparation et la riposte aux pandémies, *A Global Deal for our Pandemic Age* (2021).

³³ Voir <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

³⁴ Santiago Ripoll et al., « Vaccine equity in multicultural urban settings: a comparative analysis of local government and community action, contextualised political economies, and moral frameworks in Marseille and London » (Londres, The British Academy, 2022), p. 10.

³⁵ Groupe consultatif technique de l'OMS sur les connaissances et sciences comportementales au service de la santé, « Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines » (Genève, 2020), p. 2.

³⁶ Polydor Mutombo et al., « COVID-19 vaccine hesitancy in Africa: a call to action », *The Lancet Global Health*, vol. 10, n° 3 (mars 2022).

de l'approvisionnement seraient d'autres freins³⁷. Outre le racisme structurel et la précarité économique, les politiques migratoires hostiles peuvent aussi avoir contribué à l'inégalité vaccinale au sein des pays et en milieu urbain dans le contexte de la COVID-19³⁸. Il semblerait en effet que la méfiance à l'égard des vaccins soit plus répandue dans les contextes très inégalitaires et où la possibilité de participer à la prise de décisions est limitée, des situations qui influent sur ce que les personnes et groupes de population pensent de l'État et de ses motivations³⁹.

25. Les sciences du comportement, notamment la psychologie sociale, peuvent jouer un rôle de premier plan s'agissant de nous aider à comprendre ce qui motive telle décision ou tel comportement et à lever les obstacles psychologiques et sociaux à l'adoption des vaccins⁴⁰. Si la communication d'informations fiables est essentielle pour lutter contre la méfiance à l'égard des vaccins, elle ne suffit pas à engendrer des changements de comportement concrets ; elle doit pour ce faire être associée à des mesures psychosociales actives. Il n'existe pas de solution toute faite et les autorités doivent s'attacher sur le long terme à mieux comprendre les préoccupations des populations et à élaborer des stratégies de vaccination sur mesure à partir des comportements observés, ainsi que des campagnes de communication ciblées. Les mesures doivent être multiples, multidimensionnelles et déployées au niveau local, en tenant compte du contexte. Elles doivent être adaptées aux biais cognitifs des personnes qu'elles visent, sachant notamment que les campagnes de désinformation⁴¹ font qu'il est plus difficile de faire la différence entre les informations fiables et les autres⁴².

26. À cet égard, il importe de travailler avec les populations locales afin de comprendre ce qui les inquiète et les empêche de se faire vacciner et de répondre à leurs préoccupations en les faisant effectivement participer à la prise de décisions qui les concernent. Les campagnes d'information, les enquêtes, les entretiens et diverses méthodes de recherche peuvent aider à contextualiser les mesures qui seront prises. Les évaluations, rapides ou non, permettent d'adapter et de cibler les mesures et de communiquer des informations propres à limiter la méfiance à l'égard des vaccins lorsque celle-ci est fondée sur des impressions. L'instauration d'un dialogue entre l'organisme chargé de la vaccination et la population locale peut donner à cette dernière les moyens de prendre des décisions, en plus de favoriser la mobilisation des personnes d'influence, des organisations confessionnelles, des communautés religieuses et de leurs dirigeants⁴³.

27. L'OMS s'est employée à collecter des données sociales et comportementales précises et actualisées sur l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements des populations. Afin d'aider les pays à gérer la pandémie de COVID-19, ses équipes régionales ont mis en place des outils et dispensé des formations⁴⁴. Ainsi, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis au point un outil d'enquête comportementale que 25 États de la région et d'ailleurs utilisent depuis mars 2020 pour recueillir régulièrement des données comportementales⁴⁵. Cet outil a été adapté aux besoins de l'Afrique, puis testé au Nigéria et en Zambie, où il a permis de déterminer les principaux obstacles que les mesures axées sur le comportement devraient permettre de surmonter. Dans le Pacifique occidental, les données sur les comportements et les perceptions sont également utilisées pour éclairer les stratégies

³⁷ Gavin Yamey et al., « It is not too late to achieve global covid-19 vaccine equity », *British Medical Journal*, n° 376 (mars 2022).

³⁸ MedAct, Migrants Organise et New Economics Foundation, « Patients not passports: migrants' access to healthcare during the coronavirus crisis » (Londres, 2020), et Ripoll et al., « Vaccine equity in multicultural urban settings », p. 5.

³⁹ Luisa Enria et al., « Power, fairness and trust: understanding and engaging with vaccine trial participants and communities in the setting up the EBOVAC-Salone vaccine trial in Sierra Leone », *BMC Public Health*, vol. 16 (novembre 2016).

⁴⁰ A/75/982, par. 123. Voir également Réseau d'innovation des Nations Unies, *Behavioural Science Report* (2021).

⁴¹ Voir <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/un-tackling-%E2%80%98infectious-disease%E2%80%99-misinformation-and-cybercrime-covid-19>.

⁴² Voir <https://www.undp.org/stories/using-behavioural-insights-respond-covid-19>.

⁴³ Voir la contribution de Save the Children.

⁴⁴ Voir <https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences/covid-sbi-data-collection>.

⁴⁵ Voir <https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid-19>.

de communication et appuyer la prise de décisions en matière de lutte contre la COVID-19. La conception comportementale est également intégrée dans les campagnes relatives à la COVID-19. L'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fédération internationale de la Croix-Rouge examinent ensemble des données comportementales et sociales provenant de sources accessibles au public afin que leurs communications et leurs opérations soient étroitement alignées sur les perceptions, les capacités et les besoins des populations⁴⁶.

28. L'accessibilité des services, notamment l'accessibilité physique des centres de vaccination et la simplicité de la prise de rendez-vous, est un autre facteur qui influence l'adoption des vaccins. Faciliter la vaccination en simplifiant les procédures de rendez-vous, récompenser la vaccination et collaborer avec des relais de confiance ont permis d'accroître considérablement le taux de vaccination⁴⁷. La diversification des personnes autorisées à administrer les vaccins a également permis d'accélérer la vaccination, d'autres professionnels de santé tels que les infirmiers, le personnel paramédical, les étudiants en dernière année de médecine et les pharmaciens étant venus s'ajouter aux médecins⁴⁸. Certaines contributions ont fait référence aux campagnes de vaccination à grande échelle pour lesquelles un site Web spécial d'inscription et de prise de rendez-vous permettait aux personnes de choisir le vaccin qui allait leur être inoculé. Ces campagnes ont contribué à accélérer sur une courte période la vaccination pour tous les segments de la société concernés⁴⁹. La gratuité des vaccins pour tous fait également partie des mesures mentionnées pour favoriser l'adoption des vaccins contre la COVID-19⁵⁰.

29. Certains pays⁵¹ ont indiqué avoir pris des mesures particulières pour garantir l'accès aux vaccins contre la COVID-19, notamment avoir déployé des équipes mobiles, y compris par bateau, afin de lever les obstacles géographiques à la vaccination et de garantir l'inclusivité de la répartition et de l'administration des vaccins. En outre, des centres de vaccination ont été établis dans des lieux fréquentés par un grand nombre de personnes, tels que des places publiques, des centres commerciaux, des marchés et des parcs⁵².

30. En outre, des pays ont pris des mesures spéciales ciblant les zones où les objectifs de vaccination n'avaient pas été atteints et ont mis en place des stratégies différenciées qui étaient adaptées aux contextes de grande vulnérabilité et prenaient notamment en compte les obstacles logistiques, l'éloignement, la composition ethnique de la population ou l'existence de troubles sociaux⁵³. Ils ont notamment envoyé sur le terrain des équipes médicales interdisciplinaires et adopté une approche interculturelle, par exemple à l'égard des communautés autochtones⁵⁴. Certains pays ont indiqué avoir mené des campagnes de sensibilisation⁵⁵ auprès des communautés autochtones, sous la forme de visites visant à leur fournir des informations claires et fiables sur la COVID-19 et les vaccins, afin d'obtenir le consentement libre et éclairé des intéressés. Il a également été signalé que la vaccination des membres de certains peuples autochtones nécessitait une coopération et une coordination interinstitutionnelles⁵⁶.

31. Dans de nombreux pays, l'élaboration de mesures spéciales a été déterminante pour accroître l'adoption du vaccin contre la COVID-19 et augmenter le taux de vaccination parmi certains groupes tels que les réfugiés, les migrants⁵⁷ et les femmes. Au Soudan du Sud, des groupes de réflexion faisant intervenir des femmes ont par exemple permis de recenser les obstacles à la vaccination et de mener, par l'intermédiaire de femmes influentes, des actions

⁴⁶ Réseau d'innovation des Nations Unies, *Behavioural Science Report*, p. 57.

⁴⁷ Voir, par exemple, les contributions de l'Arabie saoudite, de l'Iraq et de la Pologne.

⁴⁸ Voir la contribution de la Pologne.

⁴⁹ Voir la contribution de Bahreïn.

⁵⁰ Voir la contribution de Maurice.

⁵¹ Voir, par exemple, les contributions de l'Azerbaïdjan, de Bahreïn, de l'Équateur et de Maurice.

⁵² Voir la contribution du Guatemala.

⁵³ Voir la contribution de la Colombie.

⁵⁴ Voir la contribution de l'Équateur.

⁵⁵ Voir la contribution de l'Iraq.

⁵⁶ Voir, par exemple, la contribution de l'Équateur.

⁵⁷ Voir OMS, « Strengthening COVID-19 vaccine demand and uptake in refugees and migrants: an operational guide » (Genève, 2022).

de sensibilisation fondées sur des données factuelles, ce qui a conduit à une augmentation non négligeable du taux de vaccination⁵⁸.

5. Rôle des autorités locales

32. Si les gouvernements nationaux jouent un rôle important dans la promotion et la protection des droits de l'homme, les autorités municipales, locales et régionales sont en première ligne pour ce qui est de permettre à chacun d'exercer ces droits. Les autorités locales peuvent jouer un rôle de premier plan dans les campagnes de vaccination et le déploiement du vaccin, notamment en rendant celui-ci plus accessible et acceptable pour la population. Ce sont elles qui connaissent le mieux le contexte et qui ont accès aux personnes, y compris à celles qui sont souvent marginalisées et moins visibles. Conscient de la nécessité d'une collaboration accrue avec les autorités infranationales, le Secrétaire général a annoncé la création du Groupe consultatif pour les autorités locales et régionales dans son rapport intitulé « Notre Programme commun » (par. 119).

33. Parmi les mesures concrètes que les autorités nationales et locales peuvent prendre, on peut citer le recensement des inégalités et de leurs causes profondes afin de pouvoir y remédier en élaborant et en exécutant une stratégie de vaccination visant à atteindre les personnes les plus marginalisées. Cette démarche devrait s'appuyer sur des évaluations des besoins fondées sur les droits de l'homme, notamment des besoins des personnes handicapées, en particulier des enfants, des femmes et des filles, des personnes ayant besoin d'un soutien important et des personnes âgées. En outre, les autorités locales sont déterminantes pour garantir l'accès ininterrompu à des services sociaux et de santé appropriés et accessibles à tous sans discrimination⁵⁹.

34. Parmi les exemples d'initiatives prises par les autorités locales dans le contexte de la vaccination, on peut citer : le déploiement d'équipes mobiles chargées de vacciner les groupes marginalisés ; le dialogue avec des demandeurs d'asile ; la création de centres de vaccination réservés aux femmes ; l'accroissement du faible taux de vaccination chez les hommes au moyen d'activités sportives ; la mise en place de centres de proximité pour les sans-abri ; la formation des porte-parole locaux et des « champions communautaires » ; le choix stratégique de l'emplacement des sites de vaccination et la mise à disposition de moyens de transport pour s'y rendre ; le dialogue avec les communautés religieuses⁶⁰. Les autorités locales et les centres médicaux ont mis en place des centres d'appel et des services d'information pour les personnes qui ne pouvaient pas s'inscrire elles-mêmes afin de les aider et de leur communiquer des informations sur les rendez-vous et les sites de vaccination⁶¹.

6. Mesures pour combler le déficit de données

35. Dans le contexte de l'accès aux vaccins, les données sont essentielles en ce qu'elles fournissent des éléments d'information nécessaires pour détecter les lacunes concrètes, améliorer les mesures ciblées, surveiller leur application et rendre compte des progrès réalisés.

36. Le manque de données actualisées, précises et systématiques sur les infections, les décès, les variants, les interventions du système de santé et les conséquences sanitaires indirectes constitue l'un des échecs de la coopération internationale pendant la pandémie. Par exemple, moins de la moitié des pays du monde ont communiqué des données sur les cas de COVID-19 et les décès connexes qui étaient ventilés par sexe. Par conséquent, l'ampleur de l'impact de la COVID-19 sur les femmes n'a pas été mesurée avec précision, alors qu'il ressort d'études préliminaires que toutes les femmes ont été touchées de manière disproportionnée par la pandémie⁶². La pandémie a aussi mis en lumière un déficit de données

⁵⁸ OMS et al., *Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment: Removing Obstacles to Increase Coverage Levels and Protect Those at High Risk* (G20, Washington, D.C., 2022), p. 26.

⁵⁹ Ripoll et al., « Vaccine equity in multicultural urban settings », p. 16 à 20.

⁶⁰ Voir <https://www.local.gov.uk/our-support/coronavirus-council-information-and-support/covid-19-good-council-practice/covid-19-0>.

⁶¹ Voir la contribution de la Serbie.

⁶² Voir <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2901651-2>.

concernant les personnes âgées⁶³. En règle générale, en statistique, les personnes âgées sont considérées comme une cohorte d'âge unique – les plus de 55 ans, les plus de 60 ans ou les plus de 65 ans – ce qui fait obstacle à l'élaboration de politiques et de réponses ciblées, y compris dans des situations, par exemple d'urgence, dans lesquelles les besoins et les droits des personnes âgées risquent davantage d'être ignorés⁶⁴.

37. Pour mener des campagnes de vaccination adaptables en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique, les autorités nationales ont besoin de disposer en temps réel de données complètes, granulaires et précises, ce qui n'était pas le cas dans de nombreux pays. La ventilation des données est un élément central de toute approche des données fondée sur les droits de l'homme, car elle permet, dans un premier temps, d'évaluer certains groupes de population et de les comparer avec d'autres⁶⁵. Alors qu'il est essentiel de disposer de données sanitaires ventilées, granulaires et qui tiennent compte de la diversité sociale pour prendre des mesures efficaces, certains pays ne ventilent pas leurs données par origine ethnique ou selon d'autres variables sociales. Ce choix empêche de recenser les inégalités en matière de santé et d'y remédier, et il est nécessaire de revoir les protocoles de ventilation des données existants. Toutefois, des garde-fous doivent être mis en place pour éviter de stigmatiser certaines populations ou d'en faire des boucs émissaires lors de la collecte et de la communication de ces données⁶⁶.

38. La pandémie a également révélé qu'il importait d'améliorer les systèmes de suivi des données pour les groupes les plus vulnérables afin de garantir que les programmes de vaccination contre la COVID-19 soient ajustés en fonction de l'évolution de la science et des besoins. Il est nécessaire d'établir des normes et des prescriptions pour la collecte de données, afin d'améliorer l'écosystème de données existant et d'inciter fortement les organismes de statistique à recueillir en plus grand nombre des données plus granulaires et qui tiennent compte de variables sociodémographiques essentielles⁶⁷. Le nouveau Centre d'information de l'OMS sur les pandémies et les épidémies aidera les pays et les acteurs régionaux et mondiaux en leur offrant un meilleur accès aux données, de meilleures capacités d'analyse et de meilleurs outils et informations pour la prise de décisions⁶⁸.

7. Lutte contre la désinformation

39. La crise de la COVID-19 a prouvé que l'accès à l'information et l'existence d'espaces propices à un débat libre et dynamique étaient indispensables pour lutter efficacement contre une pandémie. Elle a aussi mis en lumière la menace et le problème que la désinformation représente dans nos sociétés. Qualifiée d'« infodémie » par l'OMS⁶⁹, la prolifération de la désinformation a fragilisé la riposte mondiale à la pandémie et a alimenté la méfiance à l'égard des vaccins⁷⁰. La quantité d'informations fausses ou trompeuses ayant circulé sur la COVID-19, y compris sur la production, les effets et la distribution des vaccins, est sans précédent⁷¹. Des groupes antivaccins ont vu le jour et comptent des partisans très divers, y compris des membres de certains groupes extrémistes⁷².

40. La désinformation et la politisation des informations sanitaires entravent l'accès aux vaccins et, en tant que telles, portent atteinte au droit à la santé⁷³. Lorsque les populations

⁶³ Nations Unies, « Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons » (2020).

⁶⁴ A/HRC/45/14, par. 33.

⁶⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Une approche des données fondée sur les droits de l'homme : ne laisser personne de côté dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » (Genève, 2018), p. 7.

⁶⁶ Ripoll et al., « Vaccine equity in multicultural urban settings », p. 10, et Sekalala et al., « An intersectional human rights approach to prioritising access to COVID-19 vaccines ».

⁶⁷ A/HRC/45/14, par. 81.

⁶⁸ Disponible à l'adresse <https://pandemichub.who.int/>.

⁶⁹ Voir <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

⁷⁰ Voir <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>.

⁷¹ A/77/287, par. 47 à 61, et A/HRC/51/13, par. 47, 60, 61 et 67 c).

⁷² Direction exécutive du Comité contre le terrorisme, « Update on the impact of the COVID-19 pandemic on terrorism, counter-terrorism and countering violent extremism » (2021).

⁷³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 44.

n'ont pas accès à des informations crédibles, objectives et factuelles et qu'il n'y a pas de débat public ouvert, leur capacité de prendre des décisions éclairées concernant leur propre santé, y compris les vaccins, est limitée.

41. Pour que la vaccination universelle soit une réalité, la confiance est essentielle. La confiance repose à la fois sur la disponibilité en temps voulu d'informations crédibles, objectives et accessibles, notamment sur les avantages et les risques, et sur la tenue de débats publics fondés sur des faits et des données scientifiques. En outre, il est indispensable d'adopter une approche fondée sur les droits de l'homme qui prenne en compte l'inclusion sociale, le genre, l'interculturalité, les aspects générationnels et intergénérationnels et la question de l'intersectionnalité⁷⁴.

42. Ainsi, l'UNICEF s'est attaché à freiner la diffusion de fausses informations liées à la COVID-19. Afin de limiter la diffusion de fausses informations sur les canaux numériques en Inde et en Indonésie, il a appliqué la technique de l'« inoculation » (appelée aussi « pré-bunking »), qui est fondée sur les sciences comportementales et consiste à exposer des personnes aux tactiques utilisées par les diffuseurs de fausses informations afin de réduire les risques qu'elles y croient. Au Kirghizistan, deux études comportementales en cours sur la COVID-19 visent à tester l'introduction de « ralentisseurs cognitifs » pour encourager les gens à réfléchir à l'exactitude des informations, ce qui réduirait le risque que des informations inexacts soient diffusées sur les médias sociaux⁷⁵.

43. Selon certaines contributions, les campagnes médiatiques multilingues et à grande échelle, notamment sur les médias sociaux, à la radio et à la télévision, ont joué un rôle majeur en sensibilisant les personnes à l'utilité de se faire vacciner pour se protéger contre les formes modérées, graves et létales de la COVID-19, et ont contribué au succès des programmes de vaccination⁷⁶.

B. Couverture sanitaire universelle

44. Dans un contexte de pandémie en particulier, l'accès de tous à des médicaments essentiels et des vaccins sûrs, efficaces, de qualité et abordables est un élément central de la couverture sanitaire universelle⁷⁷. La pandémie de COVID-19 a prouvé que le respect du droit à la santé allait bien au-delà de l'achat de vaccins. Ce qu'il faut, ce sont des investissements réalistes, réalisables et accrus dans les systèmes de santé nationaux et la concrétisation de la couverture sanitaire universelle, dans la droite ligne des normes et principes des droits de l'homme. Pour être prêt à faire face à la prochaine pandémie, le système de santé mondial doit être mieux coordonné, plus complet et plus résilient⁷⁸.

45. Il a été démontré que la lutte contre la COVID-19 avait été plus efficace dans les pays qui disposaient d'infrastructures de santé publique adéquates et d'un système de soins de santé correctement financé et bien équipé, tant sur le plan des installations et du matériel que du personnel. Le manque de capacités a ralenti la préparation et la riposte à la COVID-19, tout particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁷⁹.

46. Certains des pays les plus riches présentent des inégalités croissantes en matière d'accès aux soins et aux services de santé, tandis que d'autres pays sont parvenus à étendre leur couverture sanitaire en dépit de ressources limitées, ce qui porte fortement à croire que la couverture sanitaire dépend souvent de choix politiques qui, en ne tenant pas compte des ressources effectivement ou potentiellement disponibles pour la santé, sont susceptibles de porter atteinte au droit à la santé⁸⁰.

⁷⁴ Voir la contribution de l'Équateur.

⁷⁵ Réseau d'innovation des Nations Unies, *Behavioural Science Report*, p. 34.

⁷⁶ Voir la contribution de Bahreïn.

⁷⁷ E/2019/52, par. 7.

⁷⁸ Stimson Center, *UN 2.0: Ten Innovations for Global Governance: 75 Years Beyond San Francisco* (Washington, D.C., 2020), p. 53.

⁷⁹ Voir https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211021_dose-of-reality.

⁸⁰ E/2019/52, par. 40.

47. La pandémie de COVID-19 a révélé un manque d'uniformité dans la concrétisation de la couverture sanitaire universelle. Pour que la couverture sanitaire soit universelle – en d'autres termes, pour que toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin, sans dépenses excessives –, les États doivent agir au maximum des ressources disponibles pour s'acquitter de leurs obligations fondamentales minimales au titre du droit à la santé, notamment l'accès aux vaccins et aux médicaments, biens et services essentiels. Pour bâtir l'avenir sur de bonnes bases, les États doivent investir davantage dans les fonctions essentielles des systèmes de santé, à savoir les « biens communs pour la santé » qui sont indispensables à la promotion et à la protection du droit à la santé⁸¹. Pour pouvoir administrer des vaccins à grande échelle, un système de santé opérationnel doit obligatoirement disposer : d'un personnel formé, bien rémunéré et efficace ; d'une chaîne d'approvisionnement solide ; de moyens d'informer et de mobiliser les populations locales et de répondre aux questions sur la vaccination par l'intermédiaire du dialogue ; d'un ensemble de sites appropriés pour l'administration du vaccin ; de systèmes de gestion des données et de suivi⁸².

C. Renforcement de la coopération internationale et mise en place de partenariats novateurs

48. L'inégalité d'accès aux vaccins s'explique notamment par l'absence de coopération internationale efficace et d'approche multilatérale et coordonnée et par le fait que les mesures prises par certains États n'étaient pas compatibles avec les obligations qui leur incombent en matière de droits de l'homme, notamment parce qu'elles supposaient d'appliquer d'une manière non conforme aux droits de l'homme le régime de la propriété intellectuelle au transfert de technologies, au financement international, à l'attribution de vaccins et au soutien à la production de vaccins dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

49. La pandémie a montré qu'il était nécessaire d'intensifier la coopération internationale, conformément aux normes applicables en matière de droits de l'homme, afin de permettre à tous les peuples de bénéficier du progrès scientifique et technologique, notamment des vaccins en tant que bien public mondial. L'assistance et la coopération internationales entre les pays développés et les pays en développement sont indispensables pour garantir que, dans un contexte de pandémie, toutes les technologies de santé, les données de propriété intellectuelle et le savoir-faire en matière de vaccins et de traitements utiles soient considérés comme des biens publics mondiaux.

50. Conformément au droit à la science, les connaissances, informations et avancées scientifiques doivent être partagées par tous et accessibles à tous, sans discrimination⁸³. Non seulement l'article 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels consacre le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications, mais il proclame aussi les bienfaits qui doivent résulter de la coopération scientifique internationale. Les États parties devraient donc orienter leurs propres ressources et coordonner les activités des tiers de manière à ce que la science progresse, que ses applications et ses retombées soient diffusées et que les groupes vulnérables et marginalisés, en particulier, puissent en disposer⁸⁴. Il y a certes eu quelques cas non négligeables de partage des connaissances scientifiques pendant la pandémie de COVID-19, mais la production de vaccins était principalement axée sur le marché, en dépit de l'abondance des fonds publics investis. Les décideurs ont rarement considéré que leurs obligations en matière de coopération internationale étaient aussi importantes que leur obligation de protéger le droit à la santé de leurs populations.

51. La répartition des doses a été l'un des principaux obstacles à l'accès universel aux vaccins contre la COVID-19, les pays en développement ayant reçu les vaccins en dernier. L'octroi de licences permettant d'étendre la capacité de production de vaccins est une

⁸¹ Nations Unies, « Policy brief: COVID-19 and universal health coverage » (2020), p. 15.

⁸² OMS et al., *Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment*, p. 27.

⁸³ L'article 27 de la Déclaration universelle des droits de l'homme énonce le droit de chacun de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent. Voir aussi Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 25 (2020).

⁸⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 25 (2020), par. 16.

procédure indûment complexe et restrictive. Les vaccins contre la COVID-19 doivent être traités comme des biens publics mondiaux et toutes les options doivent être examinées, y compris l'octroi volontaire de licences, le transfert de technologie, la mise en commun des brevets et la souplesse dans l'exercice des droits de propriété intellectuelle⁸⁵. L'offre mondiale de vaccins étant désormais abondante, l'attention se porte à présent sur la logistique de la chaîne d'approvisionnement et les plans nationaux de distribution des vaccins⁸⁶.

52. Aspect important de la lutte contre la COVID-19, l'efficacité des partenariats public-privé pour la mise au point rapide des vaccins témoigne du rôle crucial du financement public pour les biens publics tels que les vaccins et les médicaments essentiels. Néanmoins, le fait que des actifs de propriété intellectuelle financés par des ressources publiques soient exclusivement gérés par des acteurs non gouvernementaux a permis aux entreprises d'exercer un monopole et de fixer pour les doses de vaccin des prix bien supérieurs au coût réel de fabrication. Il convient de prendre des mesures d'incitation afin de dissocier coûts de recherche-développement et prix des produits et d'encourager les entreprises à rejoindre la Medicines Patent Pool, qui favorise la mise en commun volontaire de licences non exclusives⁸⁷.

53. Pour être équitable et efficace, la répartition des investissements dans la recherche et les vaccins doit faire l'objet d'une surveillance publique accrue, et les décisions relatives aux dépenses de recherche, à la production et à la distribution doivent être prises du point de vue des droits⁸⁸. L'obligation fiduciaire envers les actionnaires ne doit pas passer avant le respect des droits de l'homme, ce qui a pourtant été le cas pendant la pandémie. Il a été démontré que considérer les droits de l'homme comme facultatifs était susceptible d'exacerber les crises. Respecter pleinement les droits de l'homme, cela veut notamment dire s'abstenir d'invoquer les droits de la propriété intellectuelle si cela va à l'encontre du droit de toute personne d'avoir accès à un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19⁸⁹. Il convient en outre, au moment de prendre des décisions concernant la fixation des prix et la distribution des vaccins, de tenir compte des effets négatifs et discriminatoires que ces décisions peuvent avoir sur l'accès aux vaccins, en particulier pour les personnes vulnérables et marginalisées⁹⁰.

54. La mise en place de partenariats novateurs a été déterminante pour faciliter l'accès aux vaccins contre la COVID-19 en dépit des inégalités de distribution. L'OMS et de nombreux partenaires⁹¹ ont uni leurs forces avec des États membres, la société civile, le secteur privé, y compris l'industrie, et d'autres acteurs pour soutenir la mise au point et la distribution équitable de tests, de traitements et de vaccins⁹².

55. Le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 a été lancé en avril 2020 avec pour objectifs de mettre rapidement au point des produits de diagnostic, des traitements et des vaccins, et d'assurer un accès équitable à ces outils⁹³. Au 10 octobre 2022, son volet « vaccins », le Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19, avait fourni plus de 1,77 milliard de doses de vaccins à 87 pays à revenu faible et pays à revenu intermédiaire inférieur dans le monde. Le programme COVAX représente environ 82 % des vaccins livrés aux pays à faible revenu et la majorité des vaccins administrés dans des contextes humanitaires. Cette collaboration constitue l'initiative de vaccination mondiale la plus rapide, la plus importante et la plus complexe de l'histoire⁹⁴.

⁸⁵ A/HRC/49/35, par. 4, 53 et 63.

⁸⁶ Voir la contribution de l'OMS.

⁸⁷ A/HRC/20/26, par. 74 l).

⁸⁸ OMS, *Global Vaccine Market Report 2022: A Shared Understanding for Equitable Access to Vaccines* (Genève, 2022).

⁸⁹ E/C.12/2021/1, par. 6 et suiv.

⁹⁰ Voir https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_AccessVaccines_Guidance.pdf.

⁹¹ La Fondation Bill et Melinda Gates, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies, la Gavi Alliance, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Unitaïd, la Foundation for Innovative New Diagnostics, le Wellcome Trust, le Groupe de la Banque mondiale et l'UNICEF.

⁹² Voir la contribution de l'OMS.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Voir <https://www.who.int/fr/news/item/20-05-2022-covax-calls-for-urgent-action-to-close-vaccine-equity-gap>.

Elle a toutefois été entravée par les interdictions d'exportation, la priorité accordée aux accords bilatéraux conclus entre les fabricants et les pays, les difficultés persistantes à intensifier la production des vaccins, et les retards dans la soumission des demandes d'autorisation⁹⁵.

56. Approuvé en 2021, le Partenariat pour la distribution de vaccins contre la COVID-19 a été lancé alors que les contraintes d'approvisionnement s'étaient assouplies mais que le rythme de la vaccination continuait de varier d'un pays à l'autre. Cette initiative interorganismes vise à accélérer l'extension de la couverture vaccinale dans les pays qui ont le plus de mal à atteindre leurs objectifs en la matière. L'approche adoptée pour ce partenariat, à savoir « une équipe de pays, un plan, un budget », est essentielle pour harmoniser les activités des différents partenaires bilatéraux et multilatéraux en vue de la distribution rapide et équitable des vaccins. En outre, le Centre de l'Accélérateur ACT a été créé afin d'intensifier la distribution des vaccins vers les pays et au sein des pays. En juillet 2022, l'OMS a mis à jour sa stratégie pour une vaccination mondiale contre la COVID-19 dans un monde en mutation⁹⁶.

57. La pandémie a mis en lumière la nécessité de procéder à un examen critique de l'écosystème de santé mondial afin de déterminer s'il est équipé pour faire face aux inégalités structurelles, et d'améliorer la coordination entre les institutions de santé et de financement. La mise en place du Fonds d'intermédiation financière, le nouvel outil financier piloté par le G20, progresse. Il s'agit d'un mécanisme multilatéral de financement de la préparation et de la riposte aux pandémies dont l'objectif est de combler les lacunes actuelles, notamment en nouant une coopération plus étroite et durable entre les décideurs des secteurs de la finance et de la santé. Officiellement lancé le 13 novembre 2022, ce nouveau fonds devrait apporter sur le long terme des ressources supplémentaires consacrées aux activités de préparation et de riposte aux pandémies, inciter les pays à augmenter leurs investissements dans ce domaine et améliorer la coordination entre les partenaires⁹⁷.

58. Pour renforcer la résilience face aux futures pandémies, il faut investir davantage et plus durablement dans les droits de l'homme, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins et aux traitements médicaux. Le monde est certes interconnecté, mais l'investissement dans les biens publics mondiaux n'est pas encore considéré par les pays comme participant de leur intérêt mutuel et de leur devoir envers leur propre population. Il faudrait que les États soient davantage conscients du fait que la coopération internationale est indispensable à la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels en matière d'équité vaccinale, notamment à la réalisation du droit à la santé et du droit de bénéficier du progrès scientifique.

D. Mise en place des cadres juridiques plus solides et fondés sur les droits de l'homme

59. Parmi les enseignements à tirer de la pandémie de COVID-19, on peut citer la nécessité d'élaborer, dans le contexte d'une collaboration mondiale, des lignes directrices, des normes et des cadres juridiques plus solides et fondés sur les droits de l'homme applicables en cas de pandémie⁹⁸. Certaines des difficultés liées à l'accès universel aux vaccins contre la COVID-19 sont dues au fait que les pays à haut revenu n'ont pas agi conformément à leurs obligations au titre du droit international des droits de l'homme. Il est donc essentiel, plutôt que de mettre l'accent sur l'impératif moral, de réaffirmer que ces obligations sont de nature juridique afin de les différencier clairement d'une approche fondée

⁹⁵ Voir <https://news.un.org/en/story/2021/09/1099422>. Le 8 décembre 2022, le conseil d'administration de la Gavi Alliance a décidé, sur le principe, d'intégrer les futures vaccinations contre la COVID-19 dans sa programmation de base (voir <https://reliefweb.int/report/world/gavi-board-decisions-outline-year-renewal-vaccine-alliance>).

⁹⁶ Voir la contribution de l'OMS.

⁹⁷ Voir <https://www.who.int/news/item/09-09-2022-new-fund-for-pandemic-prevention--preparedness-and-response-formally-established>.

⁹⁸ Stimson Center, *UN 2.0: Ten Innovations for Global Governance*, p. 53, et [A/75/982](#), par. 99.

sur la protection sociale⁹⁹ et de faire en sorte qu'elles soient correctement prises en compte dans les politiques connexes.

60. La pandémie a également mis en lumière la nécessité de disposer de cadres juridiques plus solides concernant la distribution des vaccins, l'objectif étant de renforcer le contrôle des pouvoirs publics sur les activités de recherche, de production et de distribution des vaccins et de mieux aligner les intérêts nationaux sur les objectifs de santé publique mondiaux. Il est en outre nécessaire de créer un contexte plus favorable à la propriété intellectuelle et aux transferts de technologie et de renforcer et conserver les capacités techniques et réglementaires locales¹⁰⁰. Une bonne pratique à adopter, notamment mais pas uniquement, pendant les pandémies et les autres urgences sanitaires serait d'interpréter l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce à la lumière des latitudes déjà prévues dans les réglementations commerciales en cas d'urgence, ce qui contribuerait à protéger la santé publique et, en particulier, à promouvoir l'accès de tous aux médicaments¹⁰¹. Dans ce contexte, les droits de l'homme ne doivent pas être considérés comme facultatifs, mais comme des garde-fous utiles.

61. On retrouve dans l'ébauche du futur instrument international sur la prévention des pandémies et la préparation et la riposte à celles-ci des principes tels que le respect des droits de l'homme, notamment du droit à la santé, la couverture sanitaire universelle, l'équité en matière de santé, le principe « Une seule santé », la transparence, la responsabilité, l'égalité des genres, la non-discrimination et le respect de la diversité et des droits des populations vulnérables¹⁰². Il est à espérer que ces principes essentiels continueront de former le fondement du futur instrument international.

62. À cet égard, il est essentiel de faire en sorte que toutes les parties prenantes de toutes les régions, y compris les organisations de la société civile, les populations et le personnel de santé local, puissent participer concrètement et de manière sûre et inclusive à l'élaboration de l'instrument susmentionné. Dans le cadre d'un engagement continu en faveur des droits de l'homme, il faut que les acteurs non étatiques autres que ceux qui ont une relation officielle avec l'OMS, y compris les membres de la société civile, aient la possibilité réelle de contribuer au processus de rédaction. Les mécanismes, structures et processus de participation devraient refléter la diversité de la société et garantir la représentation de toutes les populations et de tous les groupes, en particulier ceux qui risquent d'être exclus ou marginalisés. Le droit de participer concrètement devrait également apparaître expressément dans le projet d'instrument.

63. Tout futur instrument sur la prévention des pandémies et la préparation et la riposte à celles-ci devrait instituer une approche mondiale concertée de la mise au point et de la distribution des vaccins, des médicaments et des traitements. Les États devraient veiller à ce que ces produits soient disponibles, abordables et accessibles à tous sans discrimination. Les procédures et protocoles régissant la livraison et la distribution des vaccins devraient être transparents, inclusifs et respectueux des droits de l'homme.

III. Conclusions et recommandations

64. Facteur déterminant du droit à la santé, l'accès équitable et universel aux vaccins, aux médicaments et aux traitements est essentiel pour inverser la trajectoire de toute pandémie. Dans une population où le taux de vaccination est élevé, le risque de transmission diminue, tout comme le risque de développer une forme grave de la maladie et d'être hospitalisé, et la probabilité qu'un nouveau variant apparaisse est réduite. Dimension fondamentale du nivellement par le haut, l'équité vaccinale est aussi indispensable à un relèvement plus équitable après la pandémie de COVID-19. Il est essentiel de continuer à coordonner les mesures prises à l'échelle mondiale si l'on entend mettre fin à la pandémie.

⁹⁹ Voir la contribution du Groningen Centre for Health Law.

¹⁰⁰ OMS, *Global Vaccine Market Report 2022*, p. 6.

¹⁰¹ A/HRC/49/35, par. 10, 17 et suiv. et 63.

¹⁰² Voir <https://apps.who.int/gb/inb/f/index.html>.

65. Les décisions prises aujourd'hui dans le contexte de la pandémie de COVID-19 influenceront le cours des futures pandémies. Il ressort des enseignements tirés que la communauté internationale doit agir de concert et avec cohésion et relancer le multilatéralisme afin de créer un environnement mondial favorable, exempt d'obstacles structurels et dans lequel les droits de l'homme sont protégés en temps de crise. Comme le préconise le Secrétaire général dans son rapport intitulé « Notre Programme commun » et dans son appel à l'action en faveur des droits de l'homme, la coopération internationale doit être inclusive, soudée et centrée sur les droits de l'homme.

66. Garantir un accès universel et équitable aux vaccins nécessite l'engagement sans faille et la collaboration des entités et acteurs des secteurs public et privé à tous les échelons, du niveau local au niveau international.

67. Sur la base des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 jusqu'à présent, le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme recommande aux États et à tous les acteurs concernés :

a) De renforcer le contrôle des pouvoirs publics sur la recherche, la production et la distribution des vaccins afin que l'appel à considérer les vaccins contre la COVID-19 comme un bien public mondial se traduise par des actions concrètes ;

b) De mieux harmoniser les intérêts nationaux avec les objectifs de santé publique mondiaux en adoptant des cadres juridiques plus solides et fondés sur les droits de l'homme pour la distribution des vaccins et en promouvant un multilatéralisme plus soudé, plus inclusif et plus efficace ;

c) De mettre en place des stratégies de vaccination durables, souples, adaptables et fondées sur les droits de l'homme afin de protéger les populations aux niveaux national et mondial ;

d) De redoubler d'efforts afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle, notamment en renforçant les investissements collectifs dans les systèmes de santé nationaux ;

e) D'instaurer un climat de confiance pour lutter contre la désinformation en communiquant des informations crédibles, objectives, opportunes et accessibles sur la vaccination contre la COVID-19, y compris sur les avantages et les risques associés aux différents vaccins, et en menant des débats publics sur la base de faits et de données scientifiques ;

f) D'accroître la résilience nationale et régionale en renforçant la capacité des pays de mener des recherches sur les vaccins, de les mettre au point et de les produire et de distribuer tous les outils essentiels à la lutte contre les pandémies ;

g) De lutter contre la méfiance à l'égard des vaccins en prenant, y compris à l'échelle locale, des mesures multiples et multidimensionnelles qui tiennent compte du contexte et en ayant recours à des données sociales et comportementales en plus des données biomédicales pour garantir que ces mesures soient adaptées aux besoins des populations ;

h) De stimuler la demande de vaccins en adoptant, en fonction du contexte national, une variété d'approches propres à faciliter l'accès aux vaccins, notamment en mettant en place des centres de vaccination de masse dans les zones urbaines denses, des équipes locales flexibles et des cliniques mobiles ;

i) De combler le manque de données en améliorant la collecte et la ventilation de données et les systèmes de suivi afin que les programmes de vaccination puissent être adaptés en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et des besoins ;

j) D'encourager la coopération internationale et la conclusion de partenariats novateurs, dans la droite ligne des obligations en matière de droits de l'homme, ainsi que la cohérence des politiques publiques, la coordination et l'adoption d'approches intégrées à tous les niveaux afin de lutter efficacement contre les futures pandémies ;

k) De faire en sorte que toutes les parties prenantes, y compris les entreprises, assument leurs responsabilités et obligations, partagées mais différenciées, en matière de droits de l'homme et s'engagent à innover de manière responsable et à exploiter la technologie de manière équitable ;

l) De veiller à ce que les acteurs concernés puissent participer officiellement et effectivement à l'élaboration du futur instrument international sur la prévention des pandémies et la préparation et la riposte à celles-ci, afin que cet instrument tienne toujours compte des droits de l'homme et soit fondé sur eux.
