



Assemblée générale

Distr. générale
14 juillet 2017
Français
Original : anglais

Soixante-douzième session

Point 73 b) de l'ordre du jour provisoire*

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

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

Note du Secrétaire général

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

* [A/72/150](#).



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

Résumé

La corruption peut avoir un effet dévastateur sur la bonne gouvernance, la primauté du droit, le développement et l'exercice équitable de tous les droits de l'homme, y compris le droit à la santé. Dans de nombreux pays, le secteur de la santé est l'un des plus corrompus et menace la viabilité des systèmes de santé du monde entier. La corruption, qui découle des déséquilibres et des inégalités des rapports de pouvoir, est pérennisée par l'opacité des prises de décisions et aggrave l'inefficacité et les nuisances de certaines politiques et prestations des services de santé. Le présent rapport s'intéresse non seulement aux formes de corruption qui sont juridiquement définies comme des infractions à la loi et doivent être traduites en justice, mais aussi aux pratiques qui sapent les principes de l'éthique médicale et de la justice sociale, ainsi que l'efficacité et la transparence dans la prestation des soins de santé. Le droit à la santé apporte un cadre normatif précieux et constitue un impératif juridiquement contraignant dans l'analyse de la corruption et la lutte contre celle-ci et ses incidences sur le droit à la santé ou au-delà des limites de ce secteur particulier.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Corruption et droit à la santé : grandes tendances et questions clefs	4
III. Corruption et cadre normatif du droit à la santé	9
A. Le droit à la santé en tant qu'obligation juridiquement contraignante	9
B. Des soins de santé disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité	11
C. Les déterminants sociaux et sous-jacents du droit à la santé.	13
D. Participation, transparence et responsabilité.	14
E. Rôle et responsabilités des agents non étatiques	18
IV. Point particulier : corruption et droit à la santé mentale	20
V. Conclusions et recommandations.	24
A. Conclusions	24
B. Recommandations.	25

I. Introduction

1. La corruption peut avoir un effet dévastateur sur la bonne gouvernance, la primauté du droit, le développement et l'exercice équitable de tous les droits de l'homme, y compris le droit à la santé. La corruption fait l'objet d'engagements internationaux en matière juridique ainsi que, récemment, sur le plan politique. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable (cibles 5 et 6 de l'objectif 16) disposent que la corruption et la pratique des pots-de-vin sous toutes leurs formes, devraient être nettement réduites d'ici à 2030 et que des institutions efficaces, responsables et transparentes devraient être mises en place à tous les niveaux.

2. La corruption se manifeste à de nombreux niveaux au sein des sociétés et des États, mais le présent rapport s'intéresse particulièrement aux liens entre la corruption et la jouissance du droit au meilleur état de santé possible. La corruption au sein des gouvernements, des institutions et de la société dans son ensemble est un obstacle majeur à l'exercice de ce droit, tant pour les individus et que pour les groupes humains. Dans les pays où un fort degré de corruption est perçu au niveau national, la prévalence de la mauvaise santé est beaucoup plus élevée¹. La corruption au sein du gouvernement et dans la société peut réduire la capacité de l'État à mobiliser des ressources pour la santé et d'autres secteurs sociaux en dissuadant les investisseurs, ou bien du fait de l'évasion fiscale.

3. Dans de nombreux pays, la santé est l'un des secteurs les plus corrompus². La corruption dans ce secteur y compris, par exemple, les pots-de-vin ou les dessous-de-table versés à des agents de santé ou des prestataires de soins, entravent la capacité des États à s'acquitter de leur obligation quant au droit à la santé, et à garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la bonne qualité des services, des produits et des établissements dans ce domaine³. Mais la corruption qui affecte la santé touche également d'autres secteurs et d'autres industries, par exemple, le secteur de l'eau et les industriels de l'alimentation, des boissons, du tabac et autres. De plus, la corruption a des conséquences importantes en matière d'égalité et de non-discrimination, du fait de ses incidences particulièrement fortes sur la santé des populations en situation de vulnérabilité et d'exclusion sociale, et tout spécialement sur les personnes vivant dans la pauvreté et sur les enfants⁴.

4. Le droit à la santé offre un cadre normatif précieux et apporte un impératif juridiquement contraignant à l'analyse de la corruption et à la lutte contre celle-ci et ses incidences sur la santé ou au-delà de ce secteur. Ce cadre reflète les notions de bonne gouvernance, de transparence, de responsabilité et de participation, qui sont essentielles dans cette lutte contre la corruption. Il impose aux États l'obligation juridique de garantir l'accès à des produits et services liés à la santé pour tous, y compris les individus et les groupes se trouvant dans des situations de vulnérabilité, ce qui les oblige à prendre des mesures visant à réduire la corruption là où elle se manifeste.

¹ Margot I. Witvliet *et al.*, « Sick regimes and sick people: a multilevel investigation of the population health consequences of perceived national corruption », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 18, n° 10, p. 1240 à 1247 ; Angela Maria Pinzon-Rondon *et al.*, « Association of rule of law and health outcomes: an ecological study », *BMJ Open* (2015), vol. 5, n° 10.

² Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, Corruption et santé, première partie, p. 3 à 30.

³ Brigit C. A. Toebes, « Human rights and health sector corruption », in *Global Health and Human Rights*, John Harrington et Maria Stuttaford, dir. publ. (Londres et New York, Routledge, 2010), p. 102 à 134.

⁴ Witvliet *et al.*, « Sick regimes and sick people », p. 1245 et 1246 ; voir également Mogens Justesen et Christian Bjørnskov, « Exploiting the poor: bureaucratic corruption and poverty in Africa », *World Development*, vol. 58, n° C (2014), p. 106 à 115.

5. Le présent rapport est le fruit de consultations approfondies avec un large éventail de parties prenantes, notamment des représentants des organismes compétents des Nations Unies, de la société civile et des experts universitaires. En mai 2017, le Rapporteur spécial a convoqué une consultation d'experts à Bangkok et est très reconnaissant envers les participants qui ont apporté de précieuses contributions à ce rapport.

II. Corruption et droit à la santé : grandes tendances et questions clés

6. On définit généralement la corruption comme un « abus d'une charge publique à des fins d'enrichissement personnel »⁵. De nombreux pays délèguent, à divers degrés, la responsabilité de l'action publique en matière de santé à des acteurs privés, notamment des professionnels de la santé, des entreprises pharmaceutiques et des compagnies d'assurance maladie. La corruption se manifeste tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

7. On distingue souvent entre « grande » et « petite » corruption. L'expression grande corruption ou « de haut niveau » renvoie à des actes commis à un échelon gouvernemental élevé, qui faussent les politiques des autorités centrales, par exemple lorsqu'un ministre de la santé « écrème » de l'argent sur un prêt venant d'un pays étranger. L'expression petite corruption ou « corruption administrative » est une corruption quotidienne à plus petite échelle, qui concerne des agents publics de niveau intermédiaire ou inférieur dans leur interaction avec les citoyens, par exemple un dessous-de-table donné par le patient à son médecin⁶.

8. D'autres définitions caractérisent les différents types de corruption qui comprennent, entre autres formes, la corruption politique et la corruption institutionnelle. L'expression « corruption politique » désigne la manipulation par les décideurs politiques, des orientations générales et des règles de procédure relatives à l'attribution des ressources, par exemple, comme lorsqu'un gouvernement accepte un pot-de-vin en échange de la construction d'un grand hôpital privé dans la capitale. La « corruption institutionnelle » résulte de la normalisation de comportements qui compromettent la recherche de la vérité et conduisent à la formation de structures incitatives aux effets pervers, et l'on s'intéresse alors au comportement des acteurs qui exploitent leurs positions institutionnelles pour peser sur les processus et les actes des institutions⁷.

9. Dans l'ensemble, la corruption est un phénomène diversifié, qui exige une réponse multidisciplinaire. D'un point de vue juridique, la Convention des Nations Unies contre la corruption (résolution 58/4 de l'Assemblée générale, annexe) énumère cinq actes de corruption, qui peuvent se traduire comme suit en matière de santé :

- a) Corruption d'agents publics nationaux et étrangers en échange d'un avantage indu;
- b) Malversation, détournement ou autre usage illicite, par un agent public, de biens venant du budget de la santé;

⁵ Transparency International, « Frequently asked questions on corruption ». Disponible à l'adresse : www.transparency.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption#defineCorruption.

⁶ Transparency International, « How do you define corruption? ». Disponible à l'adresse : <https://www.transparency.org/what-is-corruption/#define>.

⁷ Lawrence Lessig, Préface : « “Institutional corruption” defined », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, n° 3 (2013). Disponible à l'adresse : <https://ssrn.com/abstract=2295067>.

- c) Trafic d'influence;
- d) Abus de fonctions;
- e) Enrichissement illicite⁸.

10. La corruption peut se manifester de nombreuses autres manières dans le secteur de la santé et au-delà. Le présent rapport se concentrera sur plusieurs exemples, non exhaustifs.

11. La corruption qui se manifeste dans l'ensemble de la société (corruption générale), ainsi que celle qui concerne en particulier le secteur de la santé ou d'autres secteurs connexes, ont des incidences négatives sur la jouissance du droit à la santé. Ces diverses formes sont entrelacées. La corruption qui concerne la société en général peut saper le cadre réglementaire et l'efficacité des institutions publiques d'un pays. Elle entrave la croissance économique et le développement durable, ainsi que la redistribution équitable des ressources⁹. Elle sape la confiance du public envers l'État et peut entraver la réalisation des engagements pris dans le cadre de l'objectif de développement durable n° 16, qui vise à créer des institutions efficaces et responsables.

12. La corruption est particulièrement préjudiciable en ce qu'elle renforce la méfiance de toutes les parties prenantes, en particulier les utilisateurs de services, non seulement envers le système de soins de santé, mais aussi envers les capacités et les réalisations des autorités locales et nationales en général. Bien que peu de recherches aient été menées relativement aux incidences de la corruption sur les résultats en termes de santé, il a été dit, par exemple, que les pays ayant les niveaux les plus élevés de corruption ont les niveaux les plus élevés de mortalité infantile¹⁰.

13. Parallèlement à la corruption générale, la corruption est partout et nuit gravement à la jouissance du droit à la santé selon les critères d'égalité et de non-discrimination. Les formes les plus courantes de la corruption dans le secteur de la santé sont la vente de postes gouvernementaux, l'absentéisme, les pots-de-vin, la corruption dans les achats publics, le vol ou le détournement de biens, la fraude et le détournement des recettes de redevances, ainsi que les paiements de dessous-table aux prestataires de soins de santé¹¹. Toutes sortes de parties prenantes peuvent être impliquées dans ces pratiques de corruption, ou d'autres encore, dans le secteur de la santé, ce qui compromet l'exercice du droit à la santé. Il s'agit notamment, mais non exclusivement, des ministres de la santé, des parlements, des organes d'accréditation et d'octroi de licences, des assureurs publics et privés, des hôpitaux, des professionnels de la santé et des associations de professionnels de la santé, des agents sanitaires des collectivités, des pharmaciens, des sociétés pharmaceutiques et des sociétés de biotechnologie, des chercheurs médicaux et des groupes de recherche médicale, des patients et des groupes de soutien aux patients¹². Ainsi

⁸ Toebe, « Human rights and health sector corruption ».

⁹ Marie Chêne, « L'impact de la corruption sur la croissance et les inégalités » (Transparency International, mars 2014) ; et Kwabena Gyimah-Brempong, « Corruption, economic growth, and income inequality in Africa », *Economics of Governance*, Springer-Verlag, n° 3 : (2002), p. 183 à 209.

¹⁰ Sanjeev Gupta *et al.*, « Corruption and the provision of health care and education services », document de travail du Fonds monétaire international, juin 2000, p. 8 ; voir aussi Witvliet *et al.*, « Sick regimes and sick people », p. 1245 et 1246.

¹¹ Taryn Vian, « Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions », *Health Policy and Planning* (2008), vol. 23, n° 2, p. 83 à 94 ; et Ateliers de formation anti-corruption U4. Disponible à l'adresse : **Error! Hyperlink reference not valid.** www.bu.edu/actforhealth/CorruptionInHealthforce/Reader%201.pdf.

¹² Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. 4 à 16.

qu'il sera montré plus bas, toutes ces personnes et groupes ont leur part de responsabilités en ce qui concerne le droit à la santé.

14. La corruption entrave largement la prestation de soins de santé de qualité, qui est essentielle à la fois pour le droit à la santé et face aux engagements pris en vertu de l'objectif de développement durable n° 3 quant à la couverture sanitaire universelle. À tous les niveaux, le secteur de la santé est extrêmement fragile face à la corruption – grande ou petite, politique ou institutionnelle – qu'elle intervienne dans les secteurs public ou privé. L'on estime que, chaque année, à l'échelle mondiale, 180 milliards d'euros sont perdus du fait de la fraude et de la corruption dans les soins de santé¹³. La corruption dans le secteur de la santé nuit aux ressources (financières) disponibles pour les soins de santé; les ressources drainées par les détournements de fonds et la fraude dans la passation de marchés ne sont plus disponibles pour payer les salaires, financer les soins de santé ou entretenir les installations¹⁴. Par exemple, des données factuelles donnent à penser que la corruption dans le secteur de la santé a un effet négatif sur les soins liés au cancer et au VIH/sida¹⁵. Alors que ces tendances sont visibles dans des pays de tout niveau de développement, il est évident que ceux à faible revenu sont plus profondément touchés par la corruption dans le secteur de la santé et par le manque de transparence. Dans certains pays, le secteur de la santé est considéré comme le plus corrompu de tous.

15. La forme mineure de la corruption, à savoir, la petite corruption, est très fréquente dans le secteur de la santé et comprend les dessous-de-table donnés par patient à son prestataire de soins, l'absentéisme du personnel de santé et les traitements préférentiels. Ces formes de corruption sont également appelée parfois « corruption de survie », car elles sont aggravées par le manque de ressources dans les établissements de soins, les mauvaises conditions de travail, les bas salaires et les structures hiérarchiques, qui poussent les gens à se livrer à de tels actes. Il est avéré que cette « micro » corruption a un effet particulièrement néfaste sur les pauvres, qui sont souvent dans l'incapacité de payer les pots-de-vin nécessaires à l'obtention de certains services¹⁶.

16. Trois traits essentiels rendent le secteur de la santé particulièrement fragile face à la corruption : a) les inégalité des rapports de pouvoir ou les déséquilibres de l'information, notamment entre le prestataire de soins de santé et le patient, et entre le Gouvernement, le secteur privé et les titulaires de droits; b) l'incertitude propre aux opérations de sélection, suivi, évaluation et prestation de services de soins de santé; c) la complexité des systèmes de santé : la multiplicité des parties concernées accroît la difficulté de générer et d'analyser l'information de manière transparente¹⁷. Un quatrième problème, parfois appelé « risque moral du prestataire », est que des professionnels de santé, des agents publics ou des acteurs privés peuvent choisir d'agir pour leurs intérêts propres plutôt que dans l'intérêt des titulaires de droits envers lesquels ils ont pourtant des devoirs. En outre, la corruption trouve un terrain fertile là où les systèmes de santé manquent de transparence et ne promeuvent pas la participation et la responsabilité.

¹³ Université de Portsmouth, Centre for Counter Fraud Studies et MacIntyre Hudson, « The financial cost of healthcare fraud », disponible à l'adresse : www.macintyreHUDSON.co.uk/sites/www.macintyreHUDSON.co.uk/files/The%20Financial%20Cost%20of%20Healthcare%20Fraud%20-%20Report.pdf.

¹⁴ Ateliers de formation anticorruption U4.

¹⁵ Saskia Mostert *et al.*, « Corruption in health-care systems and its effect on cancer care in Africa », *Lancet Oncology*, vol. 16, n° 8 (août 2015), p. 394 à 404; et Willa Friedman, « Corruption and averting AIDS deaths », Center for Global Development, document de travail n° 395, février 2015.

¹⁶ Justesen et Bjørnskov, « Exploiting the poor: bureaucratic corruption and poverty in Africa ».

¹⁷ Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. xviii et xix.

17. Les réformes en matière de santé introduisent des changements organisationnels susceptibles d'atténuer la corruption, mais aussi d'ouvrir de nouvelles voies à la prévarication. Comme on l'a vu pendant la consultation d'experts tenue à Bangkok, le transfert de la responsabilité des centres de santé publique du niveau national à celui des collectivités territoriales peut rendre ces dernières plus responsables et moins corrompues, mais peut aussi mettre aux mains des responsables locaux des possibilités de détournement des ressources à des fins d'enrichissement personnel. La déréglementation peut éliminer les exigences que des agents publics exploitent pour percevoir des pots-de-vin, mais elle peut aussi éliminer les règles et les contrôles nécessaires à la protection du public contre des acteurs sans scrupules. Il est souvent justifié d'autoriser les médecins à combiner leur pratique dans les secteurs public et privé puisque cela conforte les effectifs des établissements publics, toutefois, il peut s'ensuivre des situations dans lesquelles les patients ne peuvent obtenir le traitement qu'ils sont en droit d'attendre d'un établissement public, soit parce que les médecins ne sont pas disponibles soit parce qu'ils encouragent les patients à venir les retrouver dans le secteur privé.

18. Le Rapporteur spécial est préoccupé par l'existence d'une « normalisation de la corruption » dans les soins de santé; la corruption peut être si omniprésente qu'elle en vient à être acceptée comme « normale »¹⁸. Pourtant, ces pratiques mènent à défavoriser certains groupes et individus, et à la violation de droits de l'homme, tels que l'accès aux soins de santé sur la base de l'égalité et la non-discrimination. La lutte contre la corruption passe, entre autres aspects importants, par une modification des façons de voir et de percevoir dans les institutions et les sociétés, où l'on considère ce phénomène comme normal, inévitable et justifié. Il est possible de réduire les dessous-de-table en instaurant un dialogue avec le public sur les conséquences néfastes de la corruption, ceci aux fins de modifier les valeurs culturelles touchant à la corruption. Les codes de conduite et de déontologie, la formation et l'éducation peuvent également servir à appuyer une conduite responsable chez les professionnels, notamment pour qu'ils évitent les actes de corruption, même si ces éléments ne peuvent suffire, à eux seuls, à un changement des comportements là où cela serait le plus nécessaire. Les États devraient également prendre des mesures pour remédier à d'autres facteurs déclenchant tels que la faiblesse ou le non-paiement des salaires, la lourdeur des procédures administratives et la bureaucratie¹⁹, mais aussi pour renforcer la transparence, la participation et le principe de responsabilité.

19. Au-delà du secteur de la santé, des pratiques de corruption ayant une incidence directe sur le droit à la santé se sont manifestées dans d'autres entreprises du secteur privé, comme les sociétés de distribution d'eau, les fabricants de tabac, les industries de l'alimentation et les producteurs de boissons industrielles, les constructeurs automobiles et l'industrie d'extraction des ressources naturelles²⁰. Parmi ces pratiques, l'on peut citer la corruption d'agents publics et la manipulation des pratiques de recherche scientifique²¹. Dans ses précédents rapports, le Rapporteur spécial a montré comment les inégalités des rapports de pouvoir ont

¹⁸ Transparency International, *Diagnosing corruption in healthcare* (2016), préface.

¹⁹ Jon S. T. Quah, « The normalization of corruption: why it occurs and what can be done to minimize it », Department of Economic and Social Affairs, Division for Public Administration and Development Management, Singapour, décembre 2015.

²⁰ Voir <https://www.transparency.org/topic/detail/water> ; Transparency International, Policy Position n° 2, 2008, « Linking the corruption, water and environmental agendas to combat climate change », 15 février 2008.

²¹ Pascal A. Diethelm, Jean-Charles Rielle et Martin McKee, « The whole truth and nothing but the truth? The research that Philip Morris did not want you to see », *Lancet*, vol. 366, n°9479 (2 juillet 2005), p. 86 à 92.

permis de très largement privilégier la médecine spécialisée au détriment des soins primaires et des interventions de santé publique, notamment la réduction de la pauvreté, les conditions de travail et les services à la petite enfance (voir [A/HRC/35/21](#), par. 21 à 26). Ces inégalités ont conduit à préférer les soins de santé physique à ceux relatifs à la santé mentale; les interventions biomédicales par rapport celles qui ne le sont pas; la priorité accordée à certaines disciplines qui promeuvent des technologies biomédicales coûteuses plutôt que les sciences sociales dans les programmes de recherche en santé publique; tout en laissant peu de place à la participation de la société civile dans l'élaboration des politiques de santé.

20. Nombre de pratiques quotidiennes des services de santé peuvent ne pas être considérées comme relevant de la corruption, juridiquement parlant, cependant, leur addition et le fait qu'elles sont acceptées par diverses parties prenantes créent un effet de cumul néfaste pour la performance des systèmes de santé et, indirectement, pour la santé des personnes et de la société. C'est la raison pour laquelle le présent rapport est centré non seulement sur les formes de corruption qui sont légalement définies comme enfreignant la loi et devraient faire l'objet de poursuites judiciaires, mais aussi sur les pratiques qui sapent les principes de l'éthique médicale, de la justice sociale, de l'efficacité et de la transparence dans la prestation des soins de santé. Lorsque ces pratiques ne sont pas dûment prises en compte, elles ouvrent la voie à des décisions non transparentes à tous les niveaux de l'élaboration des politiques, de leur mise en œuvre et de la fourniture des services, ce qui conduit à des environnements corrompus et favorise la corruption institutionnelle.

21. Conscient que la nature même de la corruption implique qu'il est souvent difficile de distinguer les malversations intentionnelles de l'inefficacité, des erreurs, des divergences d'opinion et des différences de priorités²², le Rapporteur spécial souligne que le renforcement de la transparence est particulièrement important, non seulement pour aborder ce qui relève clairement des pratiques de la corruption, mais aussi pour faire face à ces phénomènes dangereux qui font obstacle à la jouissance du droit à la santé.

22. Dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle, l'un des principaux engagements prévisionnels pris à l'échelle mondiale au titre du Programme 2030, il est crucial de renforcer les systèmes de soins de santé afin que toutes les catégories de la population aient confiance dans les soins de santé primaires, et d'utiliser en premier lieu ce niveau de services pour la majorité des états de santé. Ceci constituerait une mesure efficace de lutte contre la corruption, qui aiderait à réduire la tendance dominante, selon laquelle les usagers des services de santé préfèrent contourner les soins primaires et recourir aux services de santé spécialisés. Le Rapporteur spécial se félicite des initiatives récemment développées et reproduites dans certains pays, où des médecins éduquent la population et la mettent en garde contre le gaspillage ou le recours superflu à certains examens médicaux, traitements et procédures de soins. Ces initiatives sur, notamment, le « choix judicieux », les « médicaments réalistes » ou la « prévention du sur-diagnostic », devraient recevoir l'appui des États, car il s'agit de mesures efficaces dans la mise en place de services de santé rationnels et, partant, dans la prévention du recours inutile et coûteux aux interventions spécialisées.

III. Corruption et cadre normatif du droit à la santé

²² William Savedoff, Amanda Glassman et Janeen Madan, Center for Global Development, document d'orientation n° 86, « Global Health, Aid and Corruption : Can We Escape the Scandal Cycle? », 2016, p. 9.

A. Le droit à la santé en tant qu'obligation juridiquement contraignante

23. Le droit à la santé est reconnu dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et protégé par la Déclaration universelle des droits de l'homme et les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme qui sont contraignants pour les États parties, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. En outre, des traités régionaux relatifs aux droits de l'homme et de nombreuses constitutions nationales protègent le droit à la santé. Ces traités internationaux et droits internes obligent les États à prendre des mesures pour respecter, protéger et garantir le droit à la santé, et lutter contre la corruption lorsqu'elle compromet leurs obligations relativement à ce droit. Ils devraient créer des réponses à la corruption avec d'autres instruments juridiques, tels que la Convention des Nations Unies contre la corruption.

24. Le droit à la santé donne naissance à des obligations qui apportent un cadre d'action aux personnes chargées de les appliquer, ainsi qu'un cadre de référence pour le suivi et la responsabilisation. Le droit à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive²³. Cela signifie que de nombreux aspects de ce droit n'ont pas à être réalisés immédiatement; les États doivent plutôt prendre des mesures efficaces et ciblées en vue de sa réalisation progressive. Toutefois, ils ont également des obligations immédiates, notamment des obligations fondamentales telles que la répartition équitable des équipements, des produits et des services relatifs à la santé; la fourniture des médicaments essentiels; l'accès à une alimentation essentielle minimale, des moyens élémentaires d'hébergement, de l'eau salubre et potable et l'assainissement; l'adoption d'une stratégie et d'un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques²⁴. Le Comité des droits de l'enfant a également souligné que la couverture sanitaire universelle est une obligation fondamentale (voir le paragraphe 72 de l'observation générale n° 15 (2013) du Comité relative au droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible). Les États doivent adopter et appliquer des mesures législatives, réglementaires et d'orientation pour s'assurer que la corruption n'entrave pas la réalisation de leurs obligations fondamentales ou leur mise en place progressive.

25. La corruption sape l'obligation de l'État de réaliser le droit à la santé « au maximum de ses ressources disponibles »²⁵. Il faut noter que les malversations détournent des ressources financières de leur objectif annoncé. La corruption réduit également la capacité des gouvernements à dégager un maximum de ressources, y compris au moyen de la coopération internationale, tout d'abord parce qu'elle rend les pays moins attractifs pour les donateurs et l'investissement, et parce qu'elle peut encourager l'évasion fiscale²⁶. Les mesures de prévention et de protection contre les infractions de corruption sont donc un élément essentiel de cette obligation.

²³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2.1 ; Convention relative aux droits de l'enfant, art. 4.

²⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 43.

²⁵ Magdalena Sepúlveda, *The Nature of the Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Intersentia, 2003), p. 315.

²⁶ Maureen Lewis, « Governance and Corruption in Public Health Care Systems », document de travail n° 78 (Center for Global Development, 2006), p. 8.

26. En outre, le droit à la santé comprenant non seulement un droit aux soins de santé mais aussi aux facteurs déterminants de la santé, il constitue une feuille de route et apporte des outils pour lutter contre les actes de corruption dans ce secteur ainsi que contre la corruption affectant les déterminants sociaux, environnementaux et autres de la santé. Les mesures relatives au droit à la santé devraient être holistiques et intégrées, aller au-delà de la fourniture de services de santé et s'appuyer sur une coopération interministérielle (voir [A/HRC/32/32](#), par. 37). Cela exige l'amélioration non seulement des résultats, mais aussi des procédures avec, par exemple, l'exigence que la gouvernance et les systèmes de santé adoptent des principes tels que la transparence, la participation, la responsabilité et la non-discrimination, toutes ces notions étant particulièrement importantes dans la lutte contre la corruption.

27. Ces dernières années, un certain nombre d'organes des droits de l'homme des Nations Unies ont reconnu les effets négatifs de la corruption sur l'exercice des droits de l'homme²⁷. Par sa décision 2002/106, la Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme a nommé un Rapporteur spécial sur la corruption et ses conséquences pour l'exercice des droits de l'homme, en particulier les droits économiques, sociaux et culturels. Dans ses rapports, la Rapporteuse spéciale a établi que l'exercice des droits tant civils et politiques qu'économiques, sociaux et culturels est gravement entravé par la corruption²⁸. Dans un rapport publié en 2015, le Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme a expliqué qu'une approche fondée sur les droits de l'homme des effets de la corruption peut placer les victimes au centre de la lutte contre la corruption en mettant en lumière les conséquences défavorables de celle-ci pour la personne touchée et les groupes de personnes qui en pâtissent. En outre, la mise en œuvre de cette approche permet de constater que l'État est responsable en dernier ressort de tels actes. Établir des liens entre la corruption et les droits de l'homme permet de promouvoir l'accès aux mécanismes des droits de l'homme pour lutter contre la corruption, ce qui crée de nouvelles possibilités de recours et de contrôle (voir [A/HRC/28/73](#), par. 27 et 28, et 32).

28. S'attaquer à la corruption et au manque de transparence nécessite de voir que le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et libertés fondamentales dont il dépend, et qui sont essentiels à la lutte contre la corruption, y compris le droit à la vie; à la liberté d'expression y compris le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations; à la liberté d'association; au droit à un procès équitable²⁹. Par exemple, la liberté d'expression constitue un socle crucial pour la protection des lanceurs d'alerte dans la lutte contre la corruption, tandis que le droit à l'information est essentiel pour accéder aux informations sur les transactions financières et les processus de décisions susceptibles de mettre la corruption au jour. La promotion et la protection de ces droits seront aussi des outils essentiels pour lutter contre la corruption affectant la santé.

B. Des soins de santé disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité

29. Le droit à la santé suppose que les biens, les services et les équipements nécessaires aux soins de santé soient disponibles en quantité suffisante; qu'ils soient

²⁷ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « The human rights case against corruption », mars 2013. Disponible à l'adresse : www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/HRCCaseAgainstCorruption.aspx ; et [A/HRC/28/73](#).

²⁸ Voir [E/CN.4/Sub.2/2004/23](#) et [E/CN.4/Sub.2/2005/18](#).

²⁹ Toebe, « Human rights and health sector corruption ».

accessibles économiquement, physiquement et sans discrimination, qu'ils soient acceptables, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés et de bonne qualité, et satisfassent donc à tous les critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité³⁰.

30. La petite et la grande corruption ainsi que la corruption institutionnelle et la corruption politique peuvent avoir des incidences négatives sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé. Lorsque les fonds qui ont été alloués au secteur de la santé sont détournés, la disponibilité des services et des biens de santé en pâtit.

31. La corruption peut également se manifester lorsque les États manquent à leur obligation de veiller à ce qu'un nombre suffisant de professionnels de la santé reçoivent un salaire décent par rapport au niveau national³¹, car les professionnels de la santé ou d'autres responsables locaux ont souvent recours à la petite corruption pour compenser l'insuffisance ou le non-paiement des salaires, même s'il convient également de noter que les pots-de-vin et les frais illicites ne disparaissent pas lorsque les professionnels de la santé gagnent correctement leur vie. De même que les salaires décents, le fait de récompenser les bons résultats peut aider aussi à lutter contre la corruption. L'absentéisme du personnel des services de santé a également des incidences négatives sur la disponibilité.

32. S'agissant de l'accessibilité physique, la corruption dans le secteur de la santé peut mener à des choix défavorables pour la collectivité, par exemple, des pots-de-vin peuvent conduire à ce que des établissements de soins de santé soient construits dans des zones urbaines ou riches plutôt que dans des lieux accessibles aux populations pauvres ou rurales.

33. S'agissant des coûts, les prestataires de soins de santé peuvent augmenter le prix de leurs services en exigeant des paiements (non officiels, dessous-de-table) qui peuvent mettre un traitement hors de portée et devenir une question de vie ou de mort, ce qui contribue à la morbidité ou à l'appauvrissement des patients et de leurs familles. Le versement de pots-de-vin par les patients pour obtenir ainsi des soins privilégiés est courant dans de nombreux pays et revient à un accès discriminatoire, les patients les plus riches ayant ainsi toutes chances d'accéder aux soins plus aisément que ceux qui sont trop pauvres pour verser des pots-de-vin³². Les pots-de-vin augmentent la cherté des traitements médicaux dans les procédures achats.

34. S'agissant de l'accessibilité de l'information, le manque d'information sur les droits dans le système de santé peut brouiller la visibilité des actes de corruption. En outre, les patients sont vulnérables du fait du « déséquilibre de l'information » dans le secteur de la santé, les médecins étant mieux informés que leurs patients au sujet des services de soins de santé qu'ils fournissent.

35. La corruption est également contraire à l'éthique médicale, qui est une composante essentielle de l'acceptabilité des soins de santé. Enfin, en ce qui concerne la qualité, la corruption peut influencer sur la qualité des médicaments, par exemple lorsque des responsables de la réglementation sont soudoyés pour procéder à des contrôles moins rigoureux, ou lorsque des administrateurs hospitaliers achètent des médicaments de qualité inconnue³³. La qualité peut aussi être

³⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 12. Voir aussi A/71/304, par. 17.

³¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 12 a).

³² Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. 11 et 12.

³³ Brigit Toebes, « Health Sector Corruption and Human Rights: A Case Study », in *Corruption and Human Rights: Interdisciplinary Perspectives*, Martine Boersma et Hans Nelen, dir. publ. (Anvers, Cambridge et Portland, Intersentia, 2010), p. 91 à 123.

compromise lorsque des pots-de-vin sont extorqués ou acceptés à l'occasion de décisions relatives au recrutement de personnel, aux accréditations, aux octrois de licences ou à la certification d'installations³⁴, aux choix des médicaments à faire figurer sur les listes des médicaments essentiels³⁵, ou à la commercialisation de médicaments non réglementés, tout ceci pouvant accroître la mortalité et la morbidité chez les personnes concernées³⁶, mais aussi entraver les efforts de lutte contre les maladies. Le népotisme, le copinage et d'autres formes de favoritisme peuvent également compromettre la qualité des services de santé et des services connexes.

36. Le droit à la santé exige des États qu'ils prennent des mesures, notamment d'ordre politique, législatif et budgétaire, afin d'empêcher la corruption d'entraver la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la bonne qualité des soins de santé.

C. Les déterminants sociaux et sous-jacents du droit à la santé

37. La corruption compromet la capacité de l'État à garantir les déterminants sociaux et sous-jacents de la santé, notamment l'eau potable, une alimentation saine et nutritive et un environnement sain, et aggrave la discrimination et les inégalités sociales qui prévalent partout dans le monde.

38. Pour prendre l'exemple de l'eau, environ 10 % des investissements dans le secteur de l'eau sont perdus du fait de la corruption. La corruption peut rendre l'eau inaccessible et inabordable et amoindrir sa qualité. Dans certains pays à faible revenu, l'on estime qu'elle peut ajouter 30 % à 45 % au prix du raccordement à un réseau d'approvisionnement en eau³⁷. Le rôle croissant joué par les acteurs du secteur privé dans les services de distribution d'eau impose aux États d'adopter un cadre réglementaire approprié.

39. Les effets néfastes du tabac et de l'alimentation malsaine sont masqués par les fabricants et les groupes de pression industriels, notamment au moyen du parrainage de la recherche qui vise à minimiser l'importance des liens avec les problèmes de santé. Par la désinformation, les pressions et la pratique des pots-de-vin, les acteurs du secteur privé, notamment les entreprises du domaine de l'alimentation, des boissons et des substituts du lait maternel³⁸, l'industrie du tabac et les industries polluantes, peuvent faire obstacle à l'obligation qui incombe aux gouvernements d'adopter un cadre législatif, réglementaire et politique destiné à promouvoir et protéger la santé publique.

40. La discrimination se manifeste dans toute distinction, exclusion ou restriction qui a pour but ou pour effet de détruire ou compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par tous, dans des conditions d'égalité, de tous les droits et libertés. La non-discrimination et l'égalité sont des obligations découlant des droits de l'homme, elles sont fondamentales pour la réalisation du droit à la santé. Non seulement la santé et d'autres biens et services doivent-ils à la disposition de tous sur la base de la non-discrimination, mais il est crucial aussi de promouvoir et protéger plus largement l'égalité et la non-discrimination, essentielles à l'exercice du droit à la santé.

³⁴ Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. xviii et xix.

³⁵ Mostert *et al.*, p. 396.

³⁶ Centre de ressources sur la lutte contre la corruption U4, « Corruption in the health sector », U4 issue 2008, n° 10, p. 9.

³⁷ Voir <https://www.transparency.org/topic/detail/water>.

³⁸ Voir [A/HRC/32/32](#) et déclaration conjointe du Rapporteur spécial *et al.* sur l'allaitement. Disponible à l'adresse : www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871&LangID=E.

41. La recherche démontre largement que la corruption et le manque de transparence exacerbent la précarité socioéconomique. Les groupes sociaux à bas revenus assument une charge plus lourde dans une société où les éléments corrompus sont omniprésents³⁹. Il s'ensuit que l'exercice égalitaire du droit à la santé est profondément influencé par la pauvreté et les inégalités de revenus⁴⁰.

42. Dans le secteur de la santé, les groupes à faible revenu et d'autres groupes en situation de vulnérabilité sont les plus touchés par la corruption et le manque de transparence. Les groupes à faible revenu rencontrent les plus grandes difficultés pour payer les dessous-de-table qui sont souvent exigés pour les traitements médicaux dont ils ont besoin. Dans les environnements sanitaires qui sont confrontés à un niveau élevé de corruption, les couches les plus pauvres de la population et les habitants des zones rurales risquent de subir des périodes d'attente plus longues dans les centres de santé publique, et les vaccins leur sont plus souvent refusés qu'aux personnes appartenant aux couches riches et aux habitants des zones urbaines⁴¹. La corruption dans le secteur de la santé peut également conduire plus directement à la discrimination lorsque les prestataires de soins de santé et les professionnels traitent différemment les patients selon leurs revenus et leur proximité avec la profession médicale.

43. Plusieurs groupes sociaux, qui se chevauchent, souffrent aussi de la corruption pour d'autres motifs. Par exemple, certaines données établissent que la corruption ne touche pas les zones rurales de la même façon que les zones urbaines. Les femmes pâtissent tout particulièrement de la corruption dans le secteur de la santé. Dans de nombreux pays, elles sont plus susceptibles de recourir aux soins de santé que les hommes, ce qui s'explique en partie par leur recours accru à ces services pendant les années où elles sont en âge de procréer. Elles peuvent donc être touchées de façon disproportionnée par les effets de la corruption dans le secteur de la santé, par exemple lorsqu'elles manquent d'argent pour payer les dessous-de-table nécessaires aux interventions entourant l'accouchement. Les femmes peuvent aussi être plus vulnérables face aux dessous-de-table lorsqu'elles manquent de moyens financiers, du fait par exemple que leur participation à la main d'œuvre n'est pas rémunérée sur un pied d'égalité, ou lorsqu'elles n'ont pas un accès égal aux ressources financières au sein du ménage, ou au contrôle de celles-ci. En outre, les femmes représentent une proportion importante du personnel de santé et peuvent donc être touchées de manière disproportionnée lorsque la corruption dans leur secteur a pour effet de ralentir le versement régulier des salaires qui leur sont dus⁴².

D. Participation, transparence et responsabilité

44. Une participation constructive des citoyens aux décisions qui affectent leur santé et leur bien-être socioéconomique sera essentielle pour le droit à la santé, et d'une importance cruciale lorsqu'il s'agira de lutter contre la corruption dans les soins de santé et dans la société en général. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels oblige les États à faire en sorte que le droit des individus de participer aux processus de prise des décisions touchant leur santé et leur développement fasse partie intégrante de toute politique, programme ou

³⁹ Witvliet *et al.*, p. 1246.

⁴⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative, par. 8.

⁴¹ Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. 47 et 48.

⁴² Toebes, « Human rights and health sector corruption », p. 106 à 134.

stratégie dans ce domaine⁴³. La cible 7 de l'objectif de développement durable n° 16 affirme l'obligation de faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions.

45. La participation à la prise de décisions en matière de santé permet d'améliorer les résultats dans ce domaine et est essentielle pour garantir que les politiques et programmes bénéficieront à de plus vastes catégories de la population, et aller ainsi vers une gouvernance plus responsable. La participation va au-delà de la simple instruction, information ou consultation des personnes. Elle implique un droit de l'homme à s'engager activement, individuellement ou collectivement dans l'élaboration, l'application et l'examen des grandes orientations, des normes, des indicateurs, des points de référence ou des lois, en ambitionnant d'inclure les voix et les besoins des plus vulnérables ou des populations autrement sous-représentées et particulièrement touchées⁴⁴.

46. Les principaux éléments d'une participation significative ayant pour but de prévenir et maîtriser la corruption sont la divulgation active des informations importantes relatives à la santé et la participation des parties prenantes concernées à la prise des décisions dans le domaine de la santé, y compris les plans sectoriels concernant la santé, aux processus budgétaires annuels et aux processus d'examen des lois, des politiques et des programmes relatifs à la santé⁴⁵. S'agissant des budgets, il conviendra d'obtenir la participation de diverses parties prenantes pour déterminer la répartition des fonds ainsi que le suivi des dépenses. Diverses méthodes permettront d'obtenir cette participation, par exemple les forums et les conférences, les équipes et les comités de santé locaux, les jurys de citoyens, les réunions publiques, mais aussi la participation institutionnelle, par exemple dans les conseils hospitaliers⁴⁶. Les principales parties prenantes sont notamment, mais non exclusivement, les assemblées de santé nationales, les organisations locales et les associations de citoyens agissant sur le terrain, les associations professionnelles et autres organismes non gouvernementaux, ainsi que les organisations de la société civile.

47. Les organisations de patients et d'autres groupes d'intérêt plus autorisés peuvent exercer une influence sur la prise de décisions en matière de santé, en plaidant en faveur de la prescription et du remboursement de médicaments onéreux ou de programmes ou traitements particuliers dans un service de santé au détriment d'autres traitements ou programmes. Paradoxalement, ces activités peuvent renforcer les déséquilibres et les asymétries, car elles donnent trop souvent lieu à des pressions exagérées sur les décideurs pour qu'ils investissent dans les soins spécialisés et les programmes verticaux de traitement de certaines maladies, plutôt que dans les soins de santé primaires et la médecine globale. La participation doit donc être soigneusement préétablie, équilibrée et accompagnée de mécanismes de planification ouverts et transparents pour garantir la représentation d'un large éventail de la société civile et d'autres parties prenantes essentielles.

⁴³ Voir [A/HRC/32/32](#), par. 53 ; voir aussi Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 11.

⁴⁴ Voir aussi Helen Potts, « Participation and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health » (Université de l'Essex, Human Rights Centre, 2007), disponible à l'adresse : <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf> ; Marlies Hesselman, Antenor Hallo de Wolf et Brigit Toebes, *Socio-Economic Human Rights in Essential Public Services Provision* (Routledge, 2017), p. 317.

⁴⁵ Centre de ressources sur la lutte contre la corruption U4, « Addressing corruption in the health sector », U4 issue, janvier 2011, n° 1.

⁴⁶ Potts, « Participation and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health », p. 20.

48. Lorsque les décisions politiques, à très grande comme à très petite échelle, sont prises dans l'opacité, la corruption peut s'épanouir, passer inaperçue et agir en toute impunité. La transparence dévoile la corruption et est inextricablement liée au droit d'accès à l'information, à la participation et la responsabilité. Les lois sur l'accès à l'information et sur la transparence apportent un cadre qui permet de s'attaquer à la corruption et ses pratiques, tandis que les règlements et les mécanismes de surveillance sont également d'une importance extrême. La transparence peut souvent être renforcée par la participation des titulaires de droits et des organisations de la société civile aux processus de prise de décisions susceptibles d'être sensibles aux pratiques de corruption.

49. La transparence rencontre des difficultés particulières dans le secteur de la santé. L'asymétrie des informations entre les fournisseurs, les payeurs et les utilisateurs aboutit à un risque moral pour le fournisseur ou l'utilisateur. Les informations sont réparties entre une multitude d'acteurs différents, notamment les organes régulateurs, les payeurs, les prestataires de services, les utilisateurs et les fournisseurs, ce qui réduit la transparence. Les moyens permettant d'améliorer la transparence sont nombreux et variés, selon les contextes. Par exemple, pour accroître la transparence dans les achats on peut communiquer au public les résultats des appels d'offres liés aux marchés publics, surveiller les prix, étudier les offres de services⁴⁷. La publication des critères peut conforter la transparence dans le domaine du recrutement. La transparence par la diffusion d'informations qui définissent les services et les traitements auxquels peuvent prétendre les personnes et comment ces services sont remboursés peut contribuer à atténuer les inégalités d'accès aux soins dues à la corruption. La publication de listes d'attente transparentes peut traduire un refus de la pratique des pots-de-vin pour obtenir un traitement plus rapidement.

50. Il existe une forte demande de la société civile en faveur de la responsabilisation des gouvernements et autres institutions⁴⁸. L'objectif de développement durable n° 16 comporte l'engagement de créer des institutions efficaces, responsables et transparentes à tous les niveaux. Le principe de responsabilité est au cœur des droits de l'homme et occupe une place centrale dans la lutte contre la corruption. En matière de corruption, ce principe, fondé sur les droits de l'homme, révèle les lieux où la corruption a conduit à des violations des droits de l'homme. Il est important aussi de disposer de méthodes efficaces pour son application, car elles seront porteuses d'un effet dissuasif en ce qui concerne la corruption. Il est donc troublant que la recherche donne à penser que l'application du principe de responsabilité soit rare⁴⁹ en matière de corruption; cela souligne la nécessité que les gouvernements prennent des mesures concertées pour renforcer les mécanismes et les processus de responsabilisation.

51. Le principe de responsabilité comprend trois éléments : le suivi « sur les résultats (qui est concerné, où et dans quelle mesure?) et sur les ressources (quelles sont les dépenses, où sont-elles affectées, quels sont les bénéficiaires, où sont-ils?) », l'examen (analyser, pour déterminer « si les assurances, promesses et engagements ont été tenus par les gouvernements, les bailleurs de fonds et les acteurs non étatiques »)⁵⁰, enfin, les recours et l'intervention⁵¹. L'état de droit, la transparence et l'accès à l'information, y compris aux processus de prise de

⁴⁷ Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. 74.

⁴⁸ Independent Accountability Panel, « 2016: old challenges, new hope: accountability for the global strategy for women's, children's and adolescents' health » (2016), p. 7.

⁴⁹ Lewis, « Governance and Corruption in Public Health Care Systems », p. 20 et 40.

⁵⁰ Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*, p. 7 à 9.

⁵¹ Independent Accountability Panel, « 2016: old challenges, new hopes », p. 12.

décisions, les budgets et les transferts financiers dans les secteurs public et privé, apportent les conditions indispensables au renforcement du principe de responsabilité.

52. Les systèmes de santé sont complexes et un large éventail de processus de suivi et d'examen œuvre au renforcement du principe de responsabilité vis-à-vis du droit à la santé face à la corruption. S'agissant du suivi, le contrôle des dépenses, l'exactitude et la précision de la comptabilité, les audits et la supervision des dépenses publiques sont des manières de s'assurer de la façon dont les fonds ont été alloués et de vérifier s'ils ont été distribués comme prévu, ou si des actes de corruption ont été commis. Pourtant, dans de nombreux pays à faible revenu, les gouvernements manquent de moyens financiers et techniques pour exploiter ces systèmes de façon efficace⁵². De même que le suivi des fonds, la surveillance des pratiques des professionnels de la santé et des fournitures de santé est importante. La création d'organismes de lutte contre la corruption et la fraude, dotés de ressources suffisantes, indépendants, dédiés à la prévention et la détection de la corruption, y compris dans le secteur de la santé, peut également épauler la dimension de surveillance de la responsabilité⁵³.

53. Les mécanismes judiciaires, quasi judiciaires, politiques et administratifs aux niveaux local, national et international ont tous des rôles importants à jouer dans la fonction d'examen⁵⁴. Il est essentiel que les titulaires de droits soient conscients de leurs droits et que les procédures de plainte soient simples et accessibles. Les procédures de plainte indépendantes sont souvent précieuses. Les titulaires de droits doivent être en mesure de participer aux procédures d'examen menées par les organes quasi judiciaires, politiques ou administratifs. En outre, la protection des lanceurs d'alerte dans les secteurs, publics et privés, de la passation des marchés, des autorités sanitaires, des prestataires de services de santé et des fournisseurs de médicaments et de matériel de santé encourage le signalement des actes de corruption⁵⁵. Les organes des droits de l'homme, tels que les institutions nationales des droits de l'homme, ainsi que les mécanismes internationaux, tels que les organes conventionnels des Nations Unies et l'examen périodique universel peuvent contribuer significativement à renforcer le principe de responsabilité en matière de droit à la santé, y compris en ce qui concerne la corruption.

54. Les gouvernements doivent agir lorsque le suivi et les procédures d'examen ont mis en évidence des pratiques de corruption. Non seulement des sanctions doivent être appliquées, mais des dédommagements doivent également être accordés et versés. La responsabilité ne devrait pas être exclusivement assimilée à un modèle de blâme et de sanction qui viserait uniquement les agents de première ligne. Elle doit bien plutôt être comprise comme un renforcement de l'état de droit, y compris la promotion et la protection du droit à la santé dans le système de santé. Les décisions judiciaires, ainsi que les recommandations d'autres organes de contrôle, peuvent amener l'État et d'autres responsables à agir pour obtenir des changements en profondeur dans le secteur de la santé⁵⁶.

E. Rôle et responsabilités des agents non étatiques

⁵² U4 Anti-Corruption Resource Centre, « Corruption in the health sector », p. 11.

⁵³ Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. xxiii.

⁵⁴ Helen Potts, *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Université de l'Essex, 2008).

⁵⁵ Voir Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. xxiii.

⁵⁶ Independent Accountability Panel, « 2016: old challenges, new hopes », p. 11.

55. En vertu de la Déclaration universelle des droits de l'homme, tous les organes de la société ont des responsabilités en la matière. Il est désormais largement admis que, si les États parties doivent en fin de compte assumer la responsabilité du droit à la santé, tous les membres de la société, y compris les professionnels de la santé et le secteur des entreprises privées ont une part de responsabilité dans la réalisation de ce droit⁵⁷. Comme il est indiqué dans les Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme : mise en œuvre du cadre de référence « protéger, respecter et réparer » des Nations Unies, il incombe aux acteurs privés de « respecter » les droits de l'homme⁵⁸.

56. Les cliniques privées et les conseils d'administration des assurances et autres institutions chargées du financement et de la fourniture de soins de santé ou de ses facteurs fondamentaux déterminants ont un rôle important à jouer dans la lutte contre la corruption et le manque de transparence au sein de leurs organisations. Ils doivent veiller à se conformer aux lois et règlements nationaux relatifs à la corruption et aux droits de l'homme. Ils peuvent adopter une stratégie de lutte contre la corruption, notamment des règlements internes visant à interdire et prévenir le détournement des budgets, des médicaments ou des fournitures médicales à des fins d'avantage personnel; l'acceptation de dessous-de-table par leur personnel de santé; le traitement préférentiel des personnes ayant des relations; l'utilisation du matériel hospitalier à des fins commerciales privées; l'orientation abusive des patients des hôpitaux publics vers la clientèle privée; l'absentéisme non justifié mais rémunéré du personnel médical. En ce qui concerne la prévention des dessous-de-table, on recommandera la création de contrats individuels avec le personnel et l'augmentation des salaires allant de pair avec la sanction des résultats médiocres⁵⁹. S'agissant des lanceurs d'alerte, les conseils d'administration hospitaliers et autres acteurs devraient s'abstenir d'appliquer des mesures punitives et, plutôt, apporter les protections et les garanties propres à sauvegarder leur personnel et leurs services.

57. Il incombe aux organisations administrant les régimes d'assurance santé et à leurs organes régulateurs d'empêcher le détournement, le vol et l'enrichissement illicite à partir des budgets de l'assurance santé ou, compte tenu de conflits d'intérêts, les faveurs accordées à certaines procédures, certains professionnels de la santé ou certains produits médicaux. Ces instances devraient éviter les pratiques d'anti-sélection, qui conduisent à refuser certains patients en raison de leur état de santé, leur âge, leurs capacités financières ou autres facteurs⁶⁰.

58. Les codes professionnels imposent aux professions médicales de s'abstenir de tout comportement non déontologique et non professionnel, et insistent souvent sur l'engagement en faveur de l'intégrité et de la probité des comportements⁶¹. Entre autres, la profession médicale doit s'abstenir de pratiquer le favoritisme et autres formes de traitements préférentiels pour les personnes ayant des relations; d'accepter les pots-de-vin; d'utiliser les équipements hospitaliers à des fins commerciales; d'orienter les patients des hôpitaux publics vers la clientèle privée. Elle doit rester indépendante des organisations extérieures qui ont des intérêts

⁵⁷ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 42.

⁵⁸ Voir *Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme : mise en œuvre du cadre de référence « protéger, respecter et réparer »* des Nations Unies (publication des Nations Unies, numéro de vente : HR/PUB/11/04, chap. II).

⁵⁹ Taryn Vian, « La corruption dans l'administration des hôpitaux », in Transparency International, *Rapport mondial sur la corruption 2006*, p. 62 à 76.

⁶⁰ Maureen Lewis, « Governance and corruption in public health care systems », Center for Global Development, document de travail n° 78, janvier 2006.

⁶¹ Voir Association médicale mondiale, Code international d'éthique médicale, modifié pour la dernière fois en 2006.

légitimes dans leurs activités cliniques. Elle doit éviter les conflits d'intérêts qui compromettent ses décisions concernant les soins aux patients.

59. L'éducation dans le secteur des soins de santé est un élément important à cet égard. Le principe du « médecin cinq étoiles » doit être réaffirmé pour traduire les valeurs modernes et les preuves scientifiques dans la pratique médicale quotidienne. Le médecin moderne doit non seulement être un garant de soins de qualité, mais aussi un animateur de collectivité, un communicateur, un décideur et un gestionnaire averti. Cette philosophie doit s'accompagner d'une approche forte fondée sur les droits de l'homme et de faits découlant des démarches de l'hygiène publique moderne.

60. Tandis que les médecins et autres travailleurs de la santé sont comptables et responsables de l'éthique de leur conduite et de l'absence de corruption dans leurs comportements, il est essentiel que les pratiques de corruption et la corruption institutionnelle n'affectent pas les décisions prises au niveau des facultés de médecine. Les institutions formant les futurs médecins et menant des recherches médicales, ainsi que les hôpitaux universitaires qui offrent un niveau supérieur de services de soins de santé et utilisent des technologies biomédicales coûteuses, ont un rôle clef à jouer dans la prévention de la corruption pour tout le reste du système de soins de santé. Le principe de l'autonomie universitaire doit impérativement être mis en œuvre de manière responsable. L'élite médicale universitaire a un énorme pouvoir sur la prise de décisions et lorsqu'elle conseille les décideurs quant à la manière d'investir des ressources, des mécanismes de responsabilisation adéquats doivent être en place.

61. Dans le secteur de la santé, l'industrie pharmaceutique apparaît comme particulièrement sujette à la corruption. Les pratiques de corruption interviennent à tous les stades de la chaîne de valorisation des produits pharmaceutiques, notamment pendant les phases de recherche et développement, fabrication, enregistrement, distribution, achat et commercialisation. Les principaux problèmes sont l'absence de données objectives et de compréhension de la corruption dans le secteur pharmaceutique, la faiblesse du cadre législatif et réglementaire, les risques d'abus d'influence de la part des entreprises et l'absence de dirigeants déterminés à lutter contre la corruption⁶².

62. Alors qu'il incombe principalement aux gouvernements de réglementer et superviser le secteur pharmaceutique, cette industrie doit s'engager devant les autorités sur la question de la corruption. Il lui revient, de façon indépendante, de prévenir la corruption dans sa chaîne de valorisation, notamment par les contrôles et contrepoids institutionnels, la protection et la sécurité des médicaments, l'adoption de procédures de suivi et de responsabilisation tels que les audits, les mécanismes d'alerte pour l'ensemble du personnel d'une société donnée⁶³.

IV. Point particulier : corruption et droit à la santé mentale

63. Le Rapporteur spécial a soulevé la question de l'ensemble d'obstacles qui, à l'échelle mondiale (voir [A/HRC/35/21](#)), persiste dans les systèmes de soins de santé mentale, et de la façon dont cela entrave la réalisation du droit à la santé. Parmi ces obstacles, on peut citer l'utilisation excessive du modèle biomédical et des interventions biomédicales, en particulier des médicaments psychotropes; les inégalités des rapports de pouvoir; et l'utilisation partielle des preuves. Le

⁶² Transparency International UK, *Corruption in the Pharmaceutical Sector* (juin 2016), p. 28.

⁶³ Ibid., p. 27.

Rapporteur spécial a plaidé en faveur d'un changement des politiques et des services de santé mentale.

64. Les faits montrent que les politiques et les services de santé mentale sont particulièrement sensibles à l'inefficacité et à la corruption, ainsi qu'à l'utilisation de preuves partiales. Ces obstacles, s'ils ne sont pas correctement traités, détournent les politiques et les services de santé mentale de la réalisation effective du droit à la santé et entravent la mise en œuvre des objectifs de développement durable, notamment l'objectif 3, et une cible majeure : promouvoir la santé mentale et le bien-être.

65. Les politiques et les services de santé mentale montrent comment le manque de transparence et de responsabilité dans les relations entre l'industrie pharmaceutique et les facultés de médecine peuvent conduire à la corruption institutionnelle et nuire aux politiques et aux services de santé mentale, non seulement à l'échelle nationale ou régionale, mais aussi au niveau mondial.

66. Comme indiqué plus haut, la corruption institutionnelle se manifeste lorsqu'une organisation ou une institution n'est pas suffisamment indépendante pour poursuivre avec efficacité sa mission ou ses objectifs déclarés. Elle se manifeste lorsque des pratiques systématiques certes légales, acceptées et normatives se développent dans une institution, mais en portant néanmoins atteinte à son intégrité. Ainsi, la corruption institutionnelle résulte de la normalisation de comportements qui compromettent la recherche de la vérité, et de structures d'incitation perverses (par exemple, les promotions; l'examen des publications par les pairs) qui récompensent des comportements problématiques. Il s'agit d'un cadre axé sur la solution et non sur le blâme, – c'est un problème de « troupeau » plutôt que d'une « brebis galeuse » qui le gâterait⁶⁴.

67. Des représentants des écoles de psychiatrie et d'autres chercheurs en santé mentale peuvent avoir des liens étroits et durables avec des fabricants de médicaments tout en se croyant à l'abri des partis-pris explicites ou implicites, pourvu qu'ils divulguent ces liens. De même, des rédacteurs de revues peuvent avoir des liens financiers avec ces mêmes sociétés pharmaceutiques et publier ces études, tout en considérant également que leur jugement n'est pas atteint. Pourtant, depuis des décennies, la recherche démontre que les scientifiques ne sont pas immunisés contre les intérêts des corporations ni les préjugés implicites, et que la transparence ou la divulgation des conflits d'intérêts financiers ne sont pas des solutions suffisantes.

68. Ainsi, le cadre de la corruption institutionnelle souligne-t-il à la fois le préjudice causé et ce qui est perdu, à savoir les dommages causés aux patients, la perte de confiance du public dans l'intégrité de la médecine universitaire et la distorsion de la base scientifiques des connaissances. Il montre les réseaux d'influences qui contribuent à ces pertes et préjudices et justifie l'action pour neutraliser ces influences. Le Rapporteur spécial passe ci-après en revue trois domaines principaux du champ de la santé mentale en utilisant ce cadre, à savoir le processus de développement et de promotion des catégories de diagnostic des maladies mentales, la recherche sur les psychotropes et les guides cliniques.

69. En raison de sa portée mondiale, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) est aussi appelé la « bible » du diagnostic psychiatrique et est utilisé dans le monde entier pour la recherche psychiatrique. Toutefois, au cours de la dernière décennie, des préoccupations croissantes se sont fait entendre quant

⁶⁴ Lawrence Lessig, *Republic, Lost: How Money Corrupts Congress – and a Plan to Stop It* (New York et Boston, Twelve, 2011).

aux interférences entre les besoins de l'industrie pharmaceutique et ceux de la communauté psychiatrique, qui pourraient avoir joué un rôle dans l'élaboration ou l'élargissement de catégories de diagnostic contestables.

70. Une étude réalisée en 2006 a permis de constater que la majorité des membres du groupe d'expert du DSM-IV (quatrième édition du Manuel) avaient des liens financiers avec des sociétés pharmaceutiques et que 100 % des membres du groupe de travail sur les troubles de l'humeur ainsi que de celui travaillant sur les troubles psychotiques et la schizophrénie avaient des liens commerciaux avec des entreprises qui fabriquent des antidépresseurs et antipsychotiques. Malgré la politique de divulgation mise en œuvre par l'American Psychiatric Association, un an plus tard, la majorité des personnes siégeant dans le DSM-5 (cinquième édition du Manuel) avait encore de tels liens et, comme pour le DSM-IV, les groupes les plus sujets à caution étaient ceux pour lesquels les traitements pharmacologiques étaient la première intention⁶⁵.

71. L'élargissement des définitions des maladies a médicalisé des vécus humains normaux (par exemple, le « trouble d'anxiété sociale ») avec pour conséquence un élargissement des marchés pour les traitements correspondants, qui détourne l'attention des contextes culturels, socioéconomiques et politiques de la détresse émotionnelle.

72. Des études ont révélé que les essais cliniques financés par des entreprises sont jusqu'à quatre fois plus susceptibles de déboucher sur des résultats favorables à l'industrie que ceux qui se déroulent en l'absence de tels conflits d'intérêts financiers⁶⁶. En outre, il existe des preuves très claires de la partialité de certaines publications rapportant des essais sur les psychotropes; un travail de recherche démontrant l'inefficacité d'un médicament peut être étouffé ou écrit de manière à aller vers un résultat positif⁶⁷. La partialité de ces publications induit un sentiment exagéré d'efficacité et mène à sous-estimer les méfaits des médicaments psychotropes en question.

73. Le Rapporteur spécial constate que les sociétés pharmaceutiques ont tout intérêt à trouver une nouvelle indication (c'est-à-dire un nouveau trouble) pour leurs médicaments lorsqu'un brevet vient à expiration, puisque cela permet au fabricant d'obtenir une nouvelle période d'exclusivité de trois ans pour le médicament en question. Les sociétés pharmaceutiques utilisent l'« exclusivité » comme un mécanisme officieux leur permettant de prolonger, concrètement, la protection des brevets pendant cette période.

74. L'inclusion de nouveaux troubles dans le DSM-5, évoquée ci-dessus, a conduit certains à se demander si l'édition actualisée ne fonctionnait pas, par inadvertance, comme un vecteur très lucratif de prolongation des brevets. Il a été constaté que, dans la majorité des essais cliniques de médicaments pour des troubles DSM nouveaux (l'« hyperphagie boulimique » par exemple), on rencontre des liens commerciaux entre des membres du groupe d'experts du DSM-5 et les entreprises pharmaceutiques qui fabriquent les médicaments testés pour ces nouveaux troubles⁶⁸. Il n'est pas question ici de laisser songer à quelque irrégularité de la part des membres du groupe DSM, mais plutôt de souligner des jeux d'influence et le

⁶⁵ Joel Lexchin *et al.*, « Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review », in *British Medical Journal*, vol. 326 (mai 2003), p. 1167 à 1170.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Erick Turner *et al.*, « Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, n° 3 (2008), p. 252 à 260.

⁶⁸ L. Cosgrove *et al.*, « Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5 », *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 83 (2014), p. 106 à 113.

fait que la transparence ne peut suffire, à elle seule, face à des problèmes systémiques.

75. Le Rapporteur spécial est gravement préoccupé par le fait que les directives en matière de traitement des maladies mentales sont particulièrement sensibles à la mainmise de l'industrie, car l'absence de marqueurs biologiques des troubles mentaux accroît l'incertitude clinique et la subjectivité des jugements. La partialité de ces directives crée la possibilité d'exposer les patients à des préjudices inutiles du fait de traitement non nécessaires ou de traitement non fondés sur des données factuelles, et entraîne une ponction sur les ressources.

76. Lorsque des groupes médicaux spécialisés publient des directives, en particulier ceux qui ont des liens industriels solides et généralisés, ces groupes ont tendance à recommander des choix thérapeutiques obéissant aux lois du marché (par exemple en pharmacothérapie) alors que des méthodes moins coûteuses et plus sûres (par exemple, un changement de mode de vie ou un soutien psychosocial) sont disponibles⁶⁹. Par exemple, des méta-analyses⁷⁰⁻⁷¹ des ré-analyses de données d'essais cliniques sur des antidépresseurs⁷²⁻⁷³ ou des examens descriptifs⁷⁴ ont explicitement conclu qu'en raison de leur profil risque/avantage et du caractère éventuellement excessif d'un tel traitement, les antidépresseurs ne devraient pas être utilisés en traitement de première intention pour les dépressions légères. Néanmoins, certaines des directives élaborées par des organisations spécialisées dans la psychiatrie et financées par cette industrie continuent d'utiliser un cadre principalement biologique et recommandent l'utilisation des antidépresseurs comme médicaments de première intention, même pour une dépression légère⁷⁵.

77. La corruption institutionnelle dans le système de santé mentale a plusieurs conséquences. L'une d'elles est la médicalisation de la diversité et de la souffrance humaines, qui élargit le nombre de patients étiquetés comme atteints de troubles mentaux. Selon l'OMS, plus de 300 millions de personnes de tous âges dans le monde souffrent de dépression, et la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde⁷⁶. Toutefois, certains chercheurs remettent vivement en question la fiabilité de ces évaluations de la charge de morbidité. Une étude conclut que la mauvaise qualité des données limite l'interprétation et la validité des estimations de cette charge mondiale imputable à la dépression. Ils avertissent qu'une application non critique de ces évaluations à l'élaboration des politiques sanitaires

⁶⁹ Lisa Cosgrove *et al.*, « From caveat emptor to caveat venditor: time to stop the influence of money on practice guideline development », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 20 (2015), p. 809 à 812.

⁷⁰ Irving Kirsch *et al.*, « Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration », *PLOS Medicine*, vol. 5, n° 2 (2008).

⁷¹ Jay Fournier *et al.*, « Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, n° 1 (2010), p. 47 à 53.

⁷² Toshi A. Furukawa *et al.*, « Comparative efficacy and acceptability of first-generation and second-generation antidepressants in the acute treatment of major depression: protocol for a network meta-analysis », in *BMJ Open*, vol. 6, n° 7 (2016).

⁷³ Joanna Le Noury, « Restoring study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence », in *British Medical Journal*, vol. 351 (2015), p. 802.

⁷⁴ H. Baumeister, « Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: time for the evidence to become practice » in *Journal of affective disorders*, vol. 139, n° 3 (2012), p. 240 à 243.

⁷⁵ L. Cosgrove *et al.*, « Conflicts of Interest and the Presence of Methodologists on Guideline Development Panels: A Cross-Sectional Study of Clinical Practice Guidelines for Major Depressive Disorder », *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 86, n° 3 (2017), p. 168 à 170.

⁷⁶ OMS, « La dépression », aide-mémoire, 2017, disponible à l'adresse : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/.

internationales pourrait détourner de maigres ressources d'autres priorités de santé publique⁷⁷. Si l'industrie profite, à l'évidence d'une démarche biologique qui privilégie les évaluations de la charge de morbidité, la réalisation du droit à la santé dans le monde n'en devient, elle, que plus difficile à atteindre.

78. C'est la charge mondiale de ces obstacles, plutôt que la charge mondiale des troubles mentaux, qui devrait être abordée en priorité dans les politiques et les services de santé mentale. À ce propos, la corruption dans la recherche, l'éducation et les services liés à la santé mentale devrait être considérée comme l'un des principaux problèmes ou obstacles.

79. En effet, la corruption institutionnelle dans le domaine de la santé mentale a renforcé la médicalisation des états de détresse psychologique, ce qui a amoindri la capacité des décideurs à se concentrer sur les causes sous-jacentes et les déterminants sociaux de la santé, et à se pencher sur la manière dont l'état de santé des groupes socialement défavorisés est déterminé par leur exposition aux risques environnementaux et sociaux, et aux ressources⁷⁸.

80. Certes, de nombreuses personnes ont besoin de services de santé mentale et, souvent, n'y ont pas accès. Cependant, toutes les parties prenantes, en particulier les décideurs et les dirigeants de la profession psychiatrique, doivent tenir compte du fait que le surdiagnostic et le traitement excessif des formes légères de l'anxiété, de la dépression, de l'inattention, du déclin cognitif lié à l'âge ou autres états créent inutilement des identités pathologiques chez les personnes visées et les expose aux effets iatrogènes de l'étiquetage et aux effets secondaires des traitements, sans leur offrir les avantages qui compenseraient le préjudice. L'individualisation, la décontextualisation et la médicalisation de la détresse psychologique renforcent les disparités sanitaires en réduisant la capacité des systèmes de santé à aider les personnes souffrant des plus graves problèmes de santé mentale – qui sont souvent issues de groupes défavorisés et qui ont le plus besoin de soins.

81. La médicalisation du domaine de la santé mentale publique est mue par un manque de transparence et de responsabilité dans la formation et la recherche médicales, et conduit à ce que des données tendancieuses se traduisent en actes, dans le monde entier. Cette tendance est inacceptable et doit être traitée par les États et les organisations internationales, pour faire en sorte qu'à l'échelle nationale et mondiale les politiques en matière de santé mentale progressent en fonction de preuves impartiales et d'une approche fondée sur les droits de l'homme. La crise évidente des écoles de psychiatrie⁷⁹, influencées par une relation douteuse à l'industrie pharmaceutique, a contribué à ce que l'on pourrait appeler la « corruption des connaissances » dans la santé mentale et constitue un signal d'alerte non seulement pour la pratique des soins en santé mentale et de la recherche dans ce domaine, mais pour le secteur de la santé dans son ensemble.

V. Conclusions et recommandations

A. Conclusions

⁷⁷ Petra Brhlikova, Allyson M. Pollock et Rachel Manners, « Global burden of disease estimates of depression – how reliable is the epidemiological evidence? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 104, n° 1 (2011), p. 25 à 34.

⁷⁸ David R. Williams, Naomi Priest et Norman Anderson, « Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: patterns and prospects », *Health Psychology*, vol. 35, n° 4 (avril 2016), p. 407 à 411.

⁷⁹ Arthur Kleinman, « Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 201, n° 6 (décembre 2012), p. 421 et 422.

82. La corruption a un effet dévastateur sur la bonne gouvernance, l'état de droit et l'accès équitable aux biens et aux services publics. Elle est un problème pour les droits de l'homme et a un effet particulièrement préjudiciable sur l'exercice du droit à la santé. Le secteur de la santé est particulièrement exposé à la corruption, ce qui menace la viabilité des systèmes de santé dans le monde entier.

83. Le droit à la santé constitue un cadre normatif précieux et une obligation juridiquement contraignante de lutter contre la corruption dans le secteur de la santé et au-delà. Ce cadre fait siens les principes de bonne gouvernance, de transparence, de responsabilité et de participation. Le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme dont il dépend, et qui sont importants aussi pour combattre la corruption, notamment la liberté d'expression, qui donne des garanties aux lanceurs d'alerte.

84. Toutes les formes de corruption, de tous niveaux, ont un impact négatif sur la réalisation du droit à la santé. Nombre de ces formes proviennent des déséquilibres et des asymétries de pouvoir, qui sont largement répandues dans le secteur de la santé. Ces asymétries ont perpétuées par des décisions non-transparentes qui renforcent des politiques et des prestations de santé inefficaces et préjudiciables.

85. Conformément à leurs obligations juridiques en vertu du droit international des droits de l'homme, ainsi qu'aux engagements politiques de haut niveau pris dans le cadre des objectifs de développement durable afin de lutter contre la corruption et d'élaborer des institutions efficaces, responsables et transparentes d'ici à 2030, les États devraient prendre l'initiative pour affronter, sur leur territoire, les causes de la corruption et ses conséquences quant au droit à la santé, et impulser des mesures juridiques, politiques et programmatiques dans les domaines de la santé et les secteurs connexes.

86. L'application d'une approche et de politiques connexes fondées sur les droits de l'homme à la santé, l'évitement des démarches sélectives en matière de droits de l'homme, la production et l'usage de données factuelles dans la réalisation du droit à la santé sont les mesures les plus efficaces pour lutter contre la corruption.

B. Recommandations

87. Le Rapporteur spécial demande instamment aux États de prendre les mesures suivantes :

a) Appliquer la Convention des Nations Unies contre la corruption et ériger explicitement en infraction pénale les actes de corruption définis dans ce traité, qui sont également très répandus dans le secteur de la santé;

b) Veiller à l'intégration du droit à la santé comme norme dans les lois et les politiques anticorruption visant à réglementer le secteur de la santé;

c) Prévoir une protection globale des lanceurs d'alerte, qui font connaître des infractions de corruption dans le secteur de la santé et au-delà, et notamment garantir l'anonymat et la protection de ces dénonciateurs d'abus;

d) Bâtir progressivement des systèmes de santé résilients, en insistant particulièrement sur la promotion de la santé et des soins de santé primaires, afin d'éradiquer le problème des encouragements systémiques à la corruption dans le secteur de la santé;

e) Lorsque des éléments d'un secteur de la santé sont décentralisés ou remis au secteur privé, veiller à ce qu'il y ait suffisamment de contre-pouvoirs pour garantir que cette transition aborde les questions de corruption et, pour le moins, ne conduise pas à davantage encore de celle-ci. Le contrôle, la transparence et le suivi du secteur privé et des prestations décentralisées doivent être suffisants;

f) Sensibiliser les acteurs du secteur de la santé, notamment les prestataires de soins de santé, les assureurs et les fournisseurs de médicaments et de matériel médical, aux effets préjudiciables de la corruption sur le droit à la santé, et insister sur les responsabilités qui leur incombent en vertu de ce droit;

g) Sensibiliser le grand public à l'impact négatif de toutes les formes de corruption dans le secteur de la santé, ainsi que sur la santé et le bien-être des personnes et de la société. Les institutions nationales des droits de l'homme peuvent jouer un rôle dans cette sensibilisation, et l'on pourra songer à mettre en place des numéros d'urgence où seraient directement signalés les actes de corruption;

Participation, transparence et responsabilité

h) Garantir le droit de la population à participer à toutes les actions visant à lutter contre la corruption dans le domaine de la santé, comme la divulgation des informations importantes relatives à la santé, ainsi qu'en ce qui concerne la conception et l'exécution des programmes de santé;

i) Associer un large éventail de parties prenantes, comme les organisations locales, les organisations professionnelles et les organisations de la société civile, y compris celles qui représentent des groupes en situation de vulnérabilité, pour déterminer l'affectation des financements et assurer le suivi des dépenses budgétaires aux niveaux national, local et institutionnel;

j) Assurer le suivi et l'application du principe de responsabilité dans le secteur de la santé et les secteurs connexes par la mise en place d'organes de lutte contre la corruption et la fraude, dotés de ressources suffisantes et indépendants, et, en matière de responsabilité, l'instauration de procédures efficaces et accessibles aux usagers du système de santé lorsqu'ils rencontrent des pratiques de corruption;

k) Assurer des formes, judiciaires et autres, d'examen des violations de la législation anti-corruption; et des recours effectifs lorsque la corruption aboutit à une violation du droit à la santé;

La corruption dans la prestation des soins de santé

l) Traiter la petite corruption des professionnels de la santé en leur garantissant des salaires et des conditions de travail décentes, la sécurité de l'emploi et en récompensant les résultats satisfaisants et les bonnes conduites;

m) Prévenir l'utilisation abusive de la double pratique qui permet aux prestataires de soins de santé d'orienter de manière abusive des patients vers leur propre clientèle privée; et prendre des mesures pour réduire les vols et les facturations indues dans les hôpitaux;

n) Faire prendre conscience aux prestataires de soins de santé que le traitement préférentiel des personnes ayant de « bonnes relations » est contraire à l'éthique et incompatible avec les principes essentiels de la réalisation du droit à la santé;

o) **Élaborer des principes directeurs impartiaux et fondés sur des données factuelles pour réduire les possibilités de corruption;**

p) **Faire prendre conscience aux prestataires de soins de santé, par exemple grâce à l'élaboration de principes directeurs d'éthique, qu'ils devraient rester indépendants des organisations extérieures et éviter les conflits d'intérêts avec l'intérêt supérieur de leurs patients;**

q) **Sensibiliser les usagers du système de santé à leurs droits ainsi qu'à l'identification et au signalement des actes de corruption;**

r) **Soutenir les initiatives visant à prévenir l'usage excessif et superflu des diagnostics et des traitements et faire participer les usagers des services au partage des prises de décision avec les médecins.**

88. Le Rapporteur spécial exhorte également les autres parties prenantes concernées à prendre les mesures suivantes:

a) **Prendre en compte les Principes directeurs à l'intention des sociétés pharmaceutiques concernant les droits de l'homme et l'accès aux médicaments (A/63/263, annexe);**

b) **Aborder, par des mesures juridiques, politiques et autres, les pratiques de corruption qui se développent à tous les stades de la chaîne de valorisation des produits pharmaceutiques, y compris pendant la recherche et le développement, la fabrication, l'enregistrement, la distribution, l'achat et la commercialisation des médicaments;**

c) **Renforcer les mesures de lutte contre la corruption et les pratiques contraires à la déontologie dans le processus de production des connaissances par la recherche, la diffusion de ces connaissances grâce à l'enseignement de la médecine et l'élaboration de directives concernant le diagnostic et le traitement des conditions de santé;**

d) **Renforcer, dans le programme d'enseignement destiné aux futurs médecins, les éléments qui rehaussent leurs connaissances et leurs compétences, pour éviter qu'ils ne participent à des actes de corruption, à des comportements contraires à l'éthique, qu'ils ne se fient à des interventions médicales excessives et inutiles, et s'appuient sur la peur de la maladie, le favoritisme, les dessous-de-table et autres pratiques qui sont des actes de corruption ou qui accroissent les risques de corruption;**

e) **S'attaquer à la production et à la diffusion des résultats tendancieux dans la recherche en psychiatrie et prévenir la corruption institutionnelle en psychiatrie et dans les soins de santé mentale, au moyen de changements transparents dans l'enseignement, la recherche et la pratique médicale;**

f) **Accroître la transparence et éviter d'utiliser à mauvais escient le principe de l'autonomie universitaire en matière d'investissements dans la santé et les soins de santé, de sorte que l'intégrité de la médecine universitaire et son engagement en faveur de la réalisation du droit à la santé ne soient pas compromis.**