



Assemblée générale

Distr. générale
20 juillet 2022
Français
Original : anglais

Soixante-dix-septième session

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

Promotion et protection des droits humains : questions relatives aux droits humains, y compris les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif des droits humains 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 de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, soumis en application des résolutions 6/29 et [42/16](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/77/150](#).



Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Racisme et droit à la santé

Résumé

Dans son deuxième rapport à l'Assemblée générale, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, se concentre sur l'incidence du racisme sur la dignité humaine, la vie, la non-discrimination, l'égalité, le droit d'être maître de sa santé et de son corps, et le droit à un système de protection de la santé. Elle analyse les effets du racisme et de la discrimination, en particulier sur les personnes noires, les personnes d'ascendance africaine, les migrants, les peuples autochtones et les minorités, et l'intersection de divers facteurs, tels que la pauvreté, et la discrimination fondée sur l'âge, le sexe, l'identité de genre, l'expression, l'orientation sexuelle, le handicap, le statut migratoire, l'état de santé et l'emplacement rural ou urbain.

À l'aide des cadres de l'intersectionnalité, de l'anticolonialisme et de l'antiracisme, la Rapporteuse spéciale examine l'incidence de l'héritage vivant des formes passées et actuelles de racisme, d'apartheid, d'esclavage, de colonialisme et de structures oppressives sur la santé des personnes racisées dans le monde. Elle précise également le cadre juridique qui s'applique aux divers groupes de population touchés par le racisme et attire l'attention sur les mesures recommandées aux États. Elle recense en outre les bonnes pratiques visant à concrétiser le droit à un système de protection de la santé qui donne à chacun les mêmes chances de jouir du meilleur état de santé possible et fournit des exemples de réparations dues au titre de la discrimination raciale concernant les violations et les abus du droit à la santé.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	4
II. Racisme et égalité réelle	4
III. Méthodologie	5
IV. Cadre juridique	6
V. Manifestations permanentes du racisme et des formes connexes de discrimination dans les déterminants fondamentaux de la santé	8
VI. Histoire de la médecine et liens avec le racisme	16
VII. Incidence du colonialisme sur la disponibilité des systèmes de connaissances, de la médecine et des pratiques sanitaires autochtones et traditionnelles	17
VIII. Financement de la santé et aide mondiale	18
IX. Bonnes pratiques en matière d'interventions de santé publique	20
X. Exemples de réparations dues au titre de la discrimination raciale concernant des violations et abus du droit à la santé	22
XI. Conclusions et recommandations	24

I. Introduction

1. La Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible convient avec la Haute-Commissaire aux droits de l'homme que la discrimination raciale systémique va au-delà de toute expression de haine individuelle¹. Elle constate que cette discrimination résulte de préjugés présents dans de nombreux systèmes et institutions de politique publique, et qu'elle est également ancrée dans les lois. Seuls ou combinés, ces facteurs perpétuent et renforcent les obstacles à la réalisation de l'égalité.

2. Le présent rapport porte principalement sur l'incidence du racisme sur la dignité humaine, la vie, la non-discrimination, l'égalité, le droit d'être maître de sa santé et de son corps, notamment le droit de ne pas être soumis à des expériences et traitements médicaux non consensuels, et le droit à un système de protection de la santé². Sur la base de cadres anticolonialistes et antiracistes, le rapport rend compte de l'incidence de l'héritage vivant des formes passées et actuelles de racisme, d'apartheid, d'esclavage, de colonialisme³ et de structures oppressives, notamment l'architecture économique mondiale, les dispositifs de financement et les systèmes de santé nationaux, sur la santé des personnes racisées dans le monde.

3. La Rapporteuse spéciale souligne que le racisme est un déterminant social clé de la santé et un facteur d'inégalités en matière de santé. Elle examine dans une perspective historique les effets des formes passées et contemporaines de racisme sur le droit à la santé et sur la capacité des individus et des populations à réaliser leurs droits aux déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'accès aux soins, services et biens en matière de santé, notamment sexuelle et procréative. Elle met également en lumière les répercussions du racisme et de la discrimination, en particulier sur les personnes noires, les personnes d'ascendance africaine, les migrants, les peuples autochtones et les minorités, et l'intersection de divers facteurs, tels que la pauvreté, et la discrimination fondée sur l'âge, le sexe, l'identité de genre, l'expression, l'orientation sexuelle, le handicap, le statut migratoire, l'état de santé (par exemple le VIH/sida) et l'emplacement rural ou urbain.

4. La Rapporteuse spéciale recense les bonnes pratiques visant à concrétiser le droit à un système de protection de la santé, notamment les soins de santé et les déterminants sociaux fondamentaux de la santé, qui donne à chacun les mêmes chances de jouir du meilleur état de santé possible. Elle fournit également des exemples qui montrent comment mettre fin au racisme et à la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique concernant l'accès aux déterminants fondamentaux de la santé, aux protections sociales ainsi qu'aux installations, biens et services en matière de santé.

II. Racisme et égalité réelle

5. La principale proposition faite par la Rapporteuse spéciale est de réaliser le droit à la santé afin de promouvoir l'égalité réelle, conformément au programme de l'ONU en matière de paix, de sécurité, de développement et de droits humains.

¹ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « Seminal United Nations report offers an agenda to dismantle systemic racism », 29 juin 2021.

² HCDH, « About the right to health and human rights ». Voir également [A/HRC/35/21](#), par. 31 ; [A/HRC/35/21](#) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 8.

³ Zaneta M. Thayer et Christopher W. Kuzawa, « Biological memories of past environments : epigenetic pathways to health disparities », *Epigenetics*, vol. 6, n° 7 (juillet 2011).

6. Dans le rapport, la Rapporteuse spéciale affirme que l'intersectionnalité est une passerelle vers l'égalité réelle qui doit être placée au centre de la réalisation du droit à la santé. Cela exige un engagement sans équivoque envers la réalisation des principes universels des droits humains consacrés par les principales normes et règles internationales en la matière (voir sect. IV).

7. Les conséquences du racisme et de la discrimination sur la santé peuvent s'inscrire dans la durée et se transmettre d'une génération à l'autre au moyen de la « mémoire biologique » des expériences néfastes⁴. Enraciné dans le colonialisme, l'esclavage et d'autres déséquilibres historiques de pouvoir, le racisme continue de se manifester partout dans le monde par des résultats sanitaires insuffisants et évitables, tels que des disparités flagrantes en matière de mortalité et de morbidité maternelles, et des niveaux de risque plus élevés de maladies transmissibles et non transmissibles. La discrimination raciale est également institutionnalisée dans les déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'éducation, l'emploi et le logement. En plus d'être lié à la pauvreté, le racisme est présent dans de nombreuses agglomérations et entraîne des taux très élevés de brutalités policières, un accès limité à la justice et aux moyens judiciaires, une incarcération massive, une exposition à des polluants environnementaux toxiques et un manque d'accès au logement, à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé et à une alimentation saine⁵.

8. Les données disponibles confirment que le racisme a des effets néfastes sur la santé. Il est amplement démontré que le racisme entraîne une augmentation des taux de mortalité et de morbidité⁶. Un certain nombre de ses effets sur la santé sont cependant difficiles à mesurer en raison de lacunes importantes dans la collecte des données⁷. Il est impossible de cerner pleinement les effets du racisme sur le droit à la santé sans ventiler les données sur la santé en fonction de la race⁸, de l'appartenance ethnique, du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap, de l'emplacement rural ou urbain, entre autres facteurs.

III. Méthodologie

9. Le présent rapport se fonde sur l'analyse des lois et normes internationales existantes en matière de droits humains, ainsi que sur les informations reçues sur le racisme et le droit à la santé de la part de différentes parties prenantes et de la doctrine pertinente.

10. Depuis le début de son mandat le 1^{er} août 2020, la Rapporteuse spéciale a publié ou soutenu au moins trois déclarations aux médias ou communiqués de presse ayant directement trait au racisme.

⁴ Ayesha Khan, « Racism, not race, is a risk factor for infectious diseases », *Infectious Diseases Society of America*, 3 août 2020.

⁵ Mohammad S. Razai et al., « Mitigating ethnic disparities in COVID-19 and beyond », *BMJ*, vol. 372 (15 janvier 2021) ; Sharrelle Barber, « Death by racism », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, n° 8 (août 2020) ; Michelle A. Albert et al., « Perceptions of race/ethnic discrimination in relation to mortality among Black women : results from the Black women's health study », *Archives of Internal Medicine*, vol. 170, n° 10 (24 mai 2010).

⁶ Organisation panaméricaine de la santé, « Why data disaggregation is key during a pandemic », 13 avril 2020 ; HCDH, « International human rights standards and recommendations relevant to the disaggregation of Sustainable Development Goal indicators », document de travail (9 avril 2018).

⁷ Rhonda Vonshay Sharpe, « Disaggregating data by race allows for more accurate research », *Nature Human Behaviour*, vol. 3, n° 12 (2019).

⁸ Pour les communications reçues, voir XXX.

11. Au moment de l'élaboration du présent rapport, la titulaire du mandat a lancé un appel à contributions, invitant les parties prenantes concernées à faire part de leurs expériences et leurs politiques. Elle remercie tous ceux qui ont contribué au présent rapport⁹.

IV. Cadre juridique

12. Le racisme peut avoir une incidence grave sur l'exercice du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris la santé sexuelle et procréative. Le racisme peut également entraîner des violations d'autres droits humains, notamment civils, politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux, et peut, dans le pire des cas, conduire à la mort de personnes appartenant à des groupes marginalisés.

13. Selon les principaux instruments internationaux relatifs aux droits humains, la race ne peut être un motif de discrimination (Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Convention relative aux droits de l'enfant, Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et Convention relative aux droits des personnes handicapées).

14. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale donne des exemples concrets de discrimination raciale et prévoit que la discrimination raciale vise « toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, dans des conditions d'égalité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel ou dans tout autre domaine de la vie publique »¹⁰. À l'alinéa iv) du paragraphe e) de l'article 5 de la Convention, il est fait référence à la nécessité d'interdire et d'éliminer la discrimination raciale afin de garantir le droit à la santé et aux soins médicaux. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes met l'accent et formule des recommandations, notamment en ce qui concerne le droit à la santé, sur certains groupes de population victimes de racisme ou de discrimination raciale, tels que les Roms¹¹, les personnes d'ascendance africaine¹², les peuples autochtones¹³, les migrants, réfugiés et demandeurs d'asile¹⁴, les minorités

⁹ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 29 (2002).

¹⁰ Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 1, par. 1.

¹¹ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 34 (2011).

¹² Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 24 (1999), par. 1 à 3.

¹³ Ibid.

¹⁴ S'agissant des non-ressortissants, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale a précisé que les États avaient l'obligation de faire également rapport sur les « étrangers ». Voir Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandations générales n° 11 (1993) et 30 (2004) ; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 1, par. 1.2. Voir également [CERD/C/PER/CO/22-23](#), par. 32. [CERD/C/USA/CO/7-9](#), par. 15 ; [CERD/C/CZE/CO/12-13](#) ; par. 23 ; [CERD/C/CZE/CO/12-13](#), par. 24.

ethniques¹⁵ et les membres de communautés fondées sur des formes de stratification sociale, comme la caste et les systèmes analogues de statut héréditaire¹⁶.

15. Le sexe et le genre, qui relèvent déjà des catégories susmentionnées s'ajoutent à d'autres facteurs de discrimination. Le Comité souligne que « la discrimination fondée sur le sexe ou l'identité sexuelle est indissociablement liée à d'autres facteurs tels que la race, l'origine ethnique, la religion ou la croyance, la santé, l'âge, la classe, la caste, le fait d'être lesbienne, bisexuelle, transgenre ou d'avoir un autre statut » et que les demandes d'asile fondées sur des considérations liées au sexe peuvent recouper d'autres motifs de discrimination tels que l'âge, la race, l'appartenance ethnique, la nationalité, la religion, la santé, la classe, la caste, le fait d'être lesbienne, bisexuelle, transgenre ou d'avoir un autre statut¹⁷.

16. Le Comité invite les gouvernements à accorder une attention particulière aux femmes qui appartiennent aux groupes vulnérables et défavorisés, telles que les migrantes, les réfugiées, les femmes autochtones et les femmes handicapées physiques ou mentales¹⁸. Il recommande aux États de prendre des mesures sur leur territoire en vue d'éliminer la pauvreté chez les personnes d'ascendance africaine et de supprimer les obstacles qui les empêchent d'échapper à la pauvreté, notamment en matière de logement, de santé, d'éducation et d'emploi¹⁹. Il s'est également dit préoccupé par les conséquences que la crise financière et économique dans le monde pourrait avoir sur la situation des personnes issues des groupes les plus vulnérables, en particulier des groupes raciaux et ethniques, risquant d'aggraver la discrimination dont elles pourraient être victimes²⁰. En août 2020, il a également souligné que la pandémie avait des effets néfastes majeurs sur le droit à la non-discrimination et à l'égalité²¹.

17. S'agissant du droit à la santé²², le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que ce droit était étroitement lié à d'autres droits humains et dépendait de leur réalisation, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité²³. Il a précisé que toute personne victime d'une atteinte au droit à la santé devrait avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres et est nécessairement fondée à recevoir une réparation adéquate, notamment « sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition »²⁴.

18. Dans la Déclaration et le Programme d'action de Durban, des mesures concrètes sont prévues pour lutter contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée et les États sont priés de garantir le droit à la santé et aux soins de santé aux personnes d'ascendance africaine, aux femmes et aux filles autochtones, aux migrants, aux personnes appartenant à des minorités nationales ou

¹⁵ Voir [CERD/C/ISR/CO/17-19](#), par. 32 et 38 ; [CERD/C/CHN/CO/14-17](#), par. 28 et 29.

¹⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 27 (2000). Voir également [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), par. 20 ; [CERD/C/CZE/CO/12-13](#), par. 15 c) ; [CERD/C/LTU/CO/9-10](#), par. 18 ; [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), par. 20.

¹⁷ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 32 (2014).

¹⁸ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 24 (1999), par. 6.

¹⁹ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 34 (2016).

²⁰ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 33 (2009).

²¹ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, « Déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et ses effets sous l'angle de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale » (2020).

²² Voir Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12, qui est lié à l'art. 2.2. relatif à la non-discrimination et à l'égalité de traitement.

²³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 3.

²⁴ *Ibid.*, par. 59.

ethniques, religieuses et linguistiques, aux étrangers et aux travailleurs migrants²⁵. Des orientations sont également formulées à l'intention des États sur le type de données à recueillir, qui devraient être ventilées et tenir compte d'indicateurs économiques et sociaux, notamment la santé et l'état de santé, la mortalité infantile et maternelle, l'espérance de vie et les soins de santé mentale et physique, « l'objectif étant d'élaborer des politiques de développement économique et social qui permettent de combler le fossé en matière de conditions économiques et sociales »²⁶. Dans le Programme d'action, les États sont instamment priés d'établir des programmes nationaux visant à promouvoir l'accès des individus qui sont ou peuvent être victimes de discrimination raciale aux services sociaux de base, notamment aux soins de santé de base, et à supprimer les disparités²⁷.

19. S'agissant plus particulièrement du droit à la santé, les États sont instamment priés de renforcer les mesures visant à assurer à chacun le droit de jouir du plus haut niveau possible de santé physique et mentale, de façon à éliminer les disparités en matière de santé qui pourraient résulter du racisme, de la discrimination raciale, de la xénophobie et de l'intolérance qui y est associée²⁸.

20. Dans l'objectif de développement durable n° 3, il est précisé que la bonne santé et le bien-être sont essentiels au développement durable. La Rapporteuse spéciale insiste en particulier sur les cibles 3.c, relative à la nécessité d'accroître le budget de la santé dans les pays en développement, et 3.d, relative au renforcement des capacités de tous les pays en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux, qui sont toutes deux essentielles. Elle rappelle également le rapport du Secrétaire général intitulé « Notre Programme commun » (A/75/982) et les « principales propositions associées aux 12 engagements », notamment ne laisser personne de côté, qui renvoie à la proposition visant à ouvrir une nouvelle ère pour la protection sociale universelle, y compris les soins de santé ; protéger notre planète, qui renvoie au droit à un environnement sain ; et améliorer notre état de préparation, qui fait référence à la santé publique mondiale.

21. La Rapporteuse spéciale convient que les États devraient éliminer la faim et la pauvreté ; assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et l'accès à des médicaments abordables, sûrs, efficaces et de qualité, ainsi qu'à l'eau potable et à l'assainissement, à l'emploi et à un travail décent ainsi qu'à la protection sociale ; et protéger l'environnement et parvenir à une croissance économique équitable en agissant résolument sur les déterminants sociaux de la santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux²⁹.

V. Manifestations permanentes du racisme et des formes connexes de discrimination dans les déterminants fondamentaux de la santé

22. Le concept d'injustice épistémique, ou injustice liée à la connaissance³⁰, qui désigne les cas où les connaissances ou l'expérience d'une personne ne sont pas prises

²⁵ Déclaration et Programme d'action de Durban, par. 5, 18, 29, 30 g), 49 et 81.

²⁶ Ibid., par. 92 c).

²⁷ Ibid., par. 100 et 101.

²⁸ Ibid., par. 109. Voir également par. 110 et 111.

²⁹ Organisation mondiale de la Santé (OMS), soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, conclusions de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.

³⁰ Miranda Fricker, *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing* (Oxford, Oxford University Press, 2011).

au sérieux ou jugées crédibles sur la base d'une analyse du pouvoir et des stéréotypes associés, est de plus en plus appliqué dans le contexte des soins de santé³¹. On distingue deux types d'injustice épistémique : l'injustice testimoniale, qui désigne le fait que la douleur, l'expérience ou le traumatisme d'une personne ne sont pas pris en compte par des personnes en position de pouvoir³², et l'injustice herméneutique, qui désigne l'incapacité à nommer et à exprimer la souffrance en raison de l'absence de connaissances et de concepts (dominants) dus aux stéréotypes et au rejet de la validité des expériences vécues par les groupes marginalisés³³. Ces injustices peuvent être systématiques, surtout si, comme dans le cas du racisme et du sexisme, les stéréotypes et les préjugés sont profondément ancrés dans le monde social³⁴.

23. La Rapporteuse spéciale a examiné la documentation existante sur les obstacles auxquels se heurtent les peuples autochtones pour jouir du droit à la santé. Il est possible de confirmer que la langue est une composante majeure de la discrimination dans divers pays, notamment en Argentine (A/HRC/21/47/Add.2, par. 110), en Australie (A/HRC/36/46/Add.2, par. 56), au Congo (A/HRC/18/35/Add.5, par. 23), en Namibie (A/HRC/24/41/Add.1, par. 95), au Panama (A/HRC/27/52/Add.1, par. 74 et 75) et au Sri Lanka (A/HRC/34/53/Add.3, par. 59). Les travaux de recherche en cours ont également montré qu'une adaptation culturelle inadéquate dans la prestation des services de santé peut créer un obstacle à la jouissance du droit à la santé pour les peuples autochtones dans divers pays, notamment le Botswana (A/HRC/15/37/Add.2, par. 81), le Chili (E/CN.4/2004/80/Add.3, par. 78), la Colombie (E/CN.4/2005/88/Add.2, par. 110), le Congo (A/HRC/18/35/Add.5, par. 74), l'Équateur (A/HRC/42/37/Add.1, par. 103) et le Honduras (A/HRC/33/42/Add.2, par. 102). En outre, les informations relatives aux droits sexuels et procréatifs des peuples autochtones ne sont souvent pas disponibles dans des formats accessibles et dans les langues autochtones³⁵. Cette barrière linguistique exacerbe l'injustice testimoniale et herméneutique. La Rapporteuse spéciale déplore le faible nombre de communications reçues sur la situation qui prévaut dans les pays européens.

Éducation

24. Les disparités en matière de pauvreté sont également liées au racisme structurel omniprésent dans les systèmes éducatifs³⁶, et les adultes ayant un faible niveau d'éducation présentent un état de santé et une durée de vie inférieurs à ceux de leurs homologues plus instruits³⁷. Il est essentiel de prendre en compte le lien entre une éducation de qualité, la recherche de soins de santé et, au final, les résultats. Les membres des minorités raciales et ethniques sont également plus susceptibles de se

³¹ Eleanor Alexandra Byrne, « Striking the balance with epistemic injustice in healthcare : the case of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis », *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 23, n° 3 (2020), p. 371 à 379.

³² Rupa Marya et Raj Patel, *Inflamed : Deep Medicine and the Anatomy of Injustice* (New York, Farrar, Straus and Giroux, 2021), p. 193.

³³ *Ibid.*, p. 193 et 194.

³⁴ Ian James Kidd et Havi Carel, « Epistemic injustice and illness », *Journal of Applied Philosophy*, vol. 34, n° 2 (février 2017), p. 177.

³⁵ OMS et al., *Éliminer la stérilisation forcée, coercitive et autrement involontaire : une déclaration interinstitutions* (Genève, 2014).

³⁶ Cecilia Barbiero et Martha K. Ferde, « A future we can all live with : how education can address and eradicate racism », Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 29 juin 2020.

³⁷ Viju Ragupathi et Wullianallur Ragupathi, « The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015 », *Archives of Public Health*, n° 20 (6 avril 2020).

déclarer victimes d'intimidations de la part de leurs pairs, ce qui a une forte incidence sur leur santé physique et mentale³⁸.

25. La reconnaissance croissante des répercussions profondes des oppressions systémiques sur la santé mentale est importante, et les données disponibles ne semblent être que la partie émergée de l'iceberg. Comme l'a déclaré une organisation de la société civile à la quarante-quatrième session du Conseil des droits de l'homme : « pour se sentir bien, il faut aussi être libres et vivre dans un monde juste. Il n'y a pas de santé mentale dans un monde violent »³⁹.

Ségrégation

26. La ségrégation résidentielle est un puissant facteur de prédiction de la santé et du bien-être car dans les quartiers où les services de santé publique sont inaccessibles les habitants présentent des taux plus élevés de naissances prématurées, de cancer, de tuberculose et de dépression⁴⁰. Dans sa communication, la Suisse, par exemple, constate que les statistiques publiques n'ont jamais pris en compte de données sur la race et l'ethnicité et qu'il n'a donc pas été possible de déterminer quels groupes ethniques ou racialisés sont les plus touchés par l'exclusion et les différences d'accès aux soins de santé en raison du racisme⁴¹.

27. Par rapport aux quartiers à prédominance blanche, les populations majoritairement composées de personnes d'ascendance africaine sont plus exposées aux toxines environnementales, aux polluants atmosphériques et aux substances cancérigènes, entraînant des taux plus élevés de maladies pulmonaires et des poids plus faibles à la naissance. Elles sont également touchées de manière disproportionnée par l'augmentation des risques d'instabilité du logement qui résultent de crises climatiques telles que les inondations, les incendies de forêt et les chaleurs extrêmes (A/64/255).

Migration

28. Outre les diverses causes du racisme structurel susmentionnées, la migration elle-même peut être considérée comme un déterminant de la santé influencé par le racisme, qui peut être ancré dans les lois, politiques, institutions et pratiques des pays en matière d'immigration, exposant souvent les migrants à des conditions dangereuses ou entravant leur accès aux services et ressources de santé.

29. En 2021, la Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée a présenté un rapport dans lequel elle souligne la manière dont les technologies numériques servent à propager des idéologies xénophobes et raciales discriminatoires et l'exclusion des migrants, des réfugiés et des apatrides (A/HRC/48/76). La Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé a également souscrit à l'avis du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, selon lequel une « crise de la diversité de genre et de race touche le secteur de l'intelligence artificielle » et la majorité des concepteurs de systèmes d'intelligence artificielle en général, ainsi que

³⁸ Chardée A. Galán et al., « Exploration of experiences and perpetration of identity-based bullying among adolescents by race/ethnicity and other marginalized identities », *Jama Network Open*, vol. 4, n° 7 (23 juillet 2021).

³⁹ Voir www.sexualrightsinitiative.org/resources/hrc-44-statement-interactive-dialogue-special-rapporteur-right-health.

⁴⁰ Michael R. Kramer et Carol R. Hogue, « Is segregation bad for your health ? », *Epidemiologic Reviews*, vol. 31 (23 mai 2009), p. 178 à 194.

⁴¹ Communication reçue de la Suisse.

ceux spécialisés dans l'État-providence, sont « des hommes blancs, aisés et originaires du monde du Nord » (A/74/493).

30. La Rapporteuse spéciale approuve cette analyse et rappelle que le statut de migrant ou de réfugié est souvent un obstacle à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les migrants en transit ou sans-papiers, qui n'ont pas accès aux soins de santé et aux soins préventifs, ou n'ont accès qu'aux soins d'urgence. Le statut de migrant ou de réfugié est donc inefficace à long terme car il peut coûter plus cher au système de santé que les politiques inclusives⁴². En Suisse, les données montrent que les régions présentant un taux plus élevé de précarité socioéconomique ou d'immigration, ont un taux plus élevé d'hospitalisations et de réhospitalisations évitables⁴³. En Italie, on relève des obstacles persistants, notamment administratifs, des craintes liées à la méconnaissance du système de santé ainsi que des barrières linguistiques et interculturelles dans les campements roms⁴⁴.

31. La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a exacerbé les conditions de travail, de vie et de transit déjà désastreuses, qui sont principalement ancrées dans des déterminants structurels, politiques, sociaux et économiques, et a eu un effet négatif sur le bien-être physique et émotionnel des migrants⁴⁵.

Droits en matière de santé sexuelle et procréative

32. Les statistiques relatives à la mortalité et à la morbidité maternelles illustrent l'intersectionnalité entre la race et le genre, et révèlent de fortes disparités raciales dans les résultats des naissances⁴⁶. La Rapporteuse spéciale reste préoccupée par le fait que, même dans les données mondiales les plus complètes, de nombreuses populations vulnérables ne sont pas représentées et sont donc invisibles. En outre, même pour les pays dont les indicateurs de progrès sont globalement satisfaisants, les données au niveau national masquent souvent les disparités extrêmes qui existent entre les groupes de population au sein de ces pays⁴⁷.

33. Dans son rapport intitulé « Les femmes et les filles d'ascendance africaine : progrès et défis en matière des droits de l'homme », le HCDH a souligné les effets négatifs de l'exclusion des femmes d'ascendance africaine des services de santé sexuelle et procréatives de qualité⁴⁸. Il indique également que leur exclusion est « due à une combinaison de facteurs de discrimination structurels tels que la pauvreté, le manque de services de santé adéquats et de services de santé culturellement acceptables, ainsi que la discrimination directe, la stigmatisation et le racisme dans les établissements de santé »⁴⁹. Ce vaste problème touche de nombreux groupes autres que les personnes d'ascendance africaine, comme en Inde, où les femmes et les filles

⁴² Kayvan Bozorgmehr et Oliver Razum, « Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees : a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013 », *PLOS One*, vol. 10, n° 7 (22 juillet 2015).

⁴³ Communication reçue de la Suisse.

⁴⁴ Communication reçue de l'Italie.

⁴⁵ Miriam Orcutt et al., « Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response », *Lancet*, vol. 395, n° 10235 (23 avril 2020) ; OMS, « Refugee and migrant health », fiche d'information, 2022.

⁴⁶ Maria J. Small, Terrence K. Allen et Haywood L. Brown, « Global disparities in maternal morbidity and mortality », *Seminars in Perinatology*, vol. 41, n° 5 (août 2017).

⁴⁷ OMS et al., *Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies* (Genève, OMS, 2019).

⁴⁸ Organisation des Nations Unies et HCDH, « Les femmes et les filles d'ascendance africaine : progrès et défis en matière des droits de l'homme », 2018.

⁴⁹ Ibid.

marginalisées n'ont souvent pas accès aux services de planification de la famille⁵⁰. Les filles et les femmes handicapées ne connaissent pas leurs droits sexuels et procréatifs, sont plus exposées au risque de stérilisation involontaire et restent une cible dans certains pays en raison des politiques de contrôle démographique visant les femmes autochtones et les membres des minorités ethniques. C'est l'une des raisons les plus évidentes pour lesquelles la conception et la mise en œuvre des programmes et la prestation de services devraient pleinement tenir compte des principes des droits humains.

34. Les personnes racialisées sont couramment soumises à des pratiques coercitives dans les soins de santé⁵¹, notamment sous la forme du contrôle démographique et d'autres politiques démographiques forcées. En violation flagrante des règles relatives au consentement éclairé et d'autres normes déontologiques, des expériences violentes ont été menées sur des personnes racialisées tout au long de l'histoire de la médecine. Les femmes enceintes à faibles revenus qui sont séropositives pour le VIH et dépendent uniquement des soins de santé financés par l'État sont particulièrement ciblées. La couverture médiatique des stérilisations forcées de femmes en raison de leur séropositivité exige une compréhension nuancée de « l'intersection de leur genre, de leur race et de leur classe qui les rend plus vulnérables à la stérilisation forcée et contrainte »⁵². Dans certains pays européens, des femmes roms sont stérilisées de force et ciblées sur la base d'une combinaison de stéréotypes racistes, sexistes, classistes et capacitistes⁵³.

35. La Rapporteuse spéciale considère qu'il faut revoir la signification de la liberté procréative afin de tenir compte de son lien avec l'oppression raciale⁵⁴. Par exemple, en Afrique du Sud, l'injustice spatiale qui continue d'entraver l'accès aux services de santé résulte à la fois de la ségrégation raciale, de la répression coloniale et de l'apartheid, ainsi que de l'incapacité du Gouvernement à remédier aux inégalités flagrantes dans les infrastructures et les ressources du système de santé publique⁵⁵. Aux États-Unis d'Amérique, en particulier depuis que la Cour suprême a abrogé les protections fédérales en matière d'avortement, les sanctions pénales applicables à l'issue de la grossesse et au comportement pendant la grossesse vont augmenter considérablement. C'est pourquoi la Rapporteuse spéciale a élaboré un mémoire au nom des titulaires de certains mandats des Nations Unies en qualité d'*amici curiae* à l'appui de la défense devant la Cour suprême des États-Unis⁵⁶, étant donné que le système juridique pénal du pays réprime déjà de manière disproportionnée les femmes

⁵⁰ Y.K. Sandhya, *Examining the Family Planning Programme in India : Findings from Civil Society Monitoring Initiatives between 2015-2018* (Sahayog, National Alliance for Maternal Health and Human Rights et Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2018).

⁵¹ Voir Dharmi Kapadia et al., *Ethnic Inequalities in Health Care : A Rapid Evidence Review* (NHS Race and Health Observatory 2022), p. 22.

⁵² Ann Strode, Sethembiso Mthembu et Zaynab Essack, « “She made up a choice for me” : 22 HIV-positive women's experiences of involuntary sterilization in two South African provinces », *Reproductive Health Matters*, vol. 20, supplément n° 39 (2012), p. 63.

⁵³ Gwendolyn Albert et Marek Szilvasi, « Intersectional discrimination of Romani women forcibly sterilized in the former Czechoslovakia and Czech Republic », *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, n° 2 (décembre 2017). Voir également [CEDAW/C/36/D/4/2004](#).

⁵⁴ Dorothy Roberts, *Killing the Black Body : Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty* (Vintage, 29 décembre 1998).

⁵⁵ Amnesty International, « Barriers to safe and legal abortion in South Africa », 2017.

⁵⁶ Cour suprême des États-Unis, *Thomas E. Dobbs, State Health Officer of the Mississippi Department of Health, et al. v. Jackson Women's Health Organization, et al.*, affaire n° 19-1392, mémoire présenté par les titulaires de mandats des Nations Unies en qualité d'*amici curiae* à l'appui des défendeurs, 20 septembre 2021. Disponible à l'adresse suivante : www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/193045/20210920163400578_19-1392%20obsac%20United%20Nations%20Mandate%20Holders.pdf.

et les filles d'ascendance africaine, qui constitue le groupe de population qui souffre le plus de l'augmentation de la surveillance et de l'incrimination⁵⁷.

36. Comme l'indique le rapport de la titulaire du mandat (A/76/172, par. 6), de nombreux anciens pays colonisés portent encore l'héritage des régimes coloniaux européens à travers leurs lois restrictives actuelles en matière d'avortement. Cependant, les cadres de télémédecine et d'avortement autogéré fournissent aux femmes et aux filles la possibilité de gérer elles-mêmes leur accès à l'avortement, ce qui peut avoir une incidence majeure, notamment sur la vie des femmes marginalisées. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) a présenté ses données factuelles au Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et contribué, avec ses partenaires, à l'adoption permanente en mars 2022 par le Parlement du Royaume-Uni, du recours à la télémédecine en cas d'avortement⁵⁸.

37. Au niveau mondial, environ 295 000 femmes sont mortes pendant et après la grossesse et l'accouchement en 2017. Les taux de mortalité maternelle sont enracinés dans l'injustice de genre et les inégalités intersectionnelles. Au Royaume-Uni, les femmes noires ont quatre fois plus de risques, et les femmes asiatiques deux fois plus, de mourir en couches que les femmes blanches⁵⁹. Les questions liées aux expériences négatives, aux interactions marquées par les stéréotypes racistes et la discrimination, ainsi que le traitement par l'État des femmes sans papiers ou en quête d'asile, font partie des facteurs qui contribuent à l'accès des femmes racisées et migrantes aux soins de santé maternelle et à leur expérience en la matière⁶⁰. Il existe également des inégalités ethniques dans l'accès au soutien de la santé mentale périnatale⁶¹. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a constaté que l'État n'avait pas fourni en temps voulu des services de santé maternelle non discriminatoires et adaptés à la victime, femme d'origine africaine de condition socio-économique modeste et membre d'un groupe généralement marginalisé (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Incarcération des femmes

38. Les femmes noires étant presque deux fois plus susceptibles d'être incarcérées que les femmes blanches, elles sont également soumises de manière disproportionnée à la contention physique. Il ressort d'une étude menée en 2018 auprès d'infirmières en périnatalité aux États-Unis que 82,9 % de celles qui travaillent avec des patientes enceintes incarcérées ont déclaré que celles-ci étaient « parfois » ou « tout le temps » soumises à des contraintes physiques⁶².

39. La pratique est un héritage direct de l'assujettissement et de l'enfermement des femmes noires pendant l'esclavage, ainsi que des systèmes carcéraux racistes de l'après-guerre civile qui ont influencé les politiques carcérales modernes aux États-Unis et ailleurs⁶³. Comme l'a rappelé Winnie Madikizela-Mandela à propos des nombreuses manières dont l'incarcération sous le régime de l'apartheid l'a

⁵⁷ National Association of Criminal Defense Lawyers, *Abortion in America : How Legislative Overreach is Turning Reproductive Rights into Criminal Wrongs* (Washington, 2021).

⁵⁸ FIGO, « FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services », 18 mars 2021 ; Kapadia et al., *Ethnic Inequalities in Healthcare*, p. 22.

⁵⁹ Kapadia et al., *Ethnic Inequalities in Healthcare*, p. 22.

⁶⁰ Ibid., p. 48 à 53.

⁶¹ Ibid., p. 57.

⁶² Lorie S. Goshin et al., « Perinatal nurses' experiences with and knowledge of the care of incarcerated women during pregnancy and the postpartum period », *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 48, n° 1 (janvier 2019).

⁶³ Priscilla A. Ocen, « Punishing pregnancy : race, incarceration, and the shackling of pregnant prisoners », *California Law Review*, vol. 100, n° 5 (octobre 2012).

influencée : « les années d’incarcération m’ont endurcie... Je ne ressens plus la peur... Il n’y a plus rien que je puisse craindre. Le Gouvernement m’a tout fait. J’ai connu toutes les douleurs »⁶⁴.

40. Depuis 2000, la population carcérale mondiale a augmenté de 20 %⁶⁵ et la population carcérale féminine de 50 %⁶⁶. En 2020, plus de 11 millions de personnes ont été emprisonnées dans le monde, chiffre le plus élevé jamais enregistré⁶⁷. Les politiques et les lois punitives en matière de drogues continuent de favoriser cette incarcération de masse : un détenu sur cinq dans le monde (soit 2,5 millions de personnes) a été incarcéré pour des infractions liées à la drogue⁶⁸, et la proportion est encore plus élevée chez les femmes⁶⁹. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime qu’entre 56 et 90 % des usagers de drogues injectables seront incarcérés à un moment ou à un autre de leur vie⁷⁰.

Brutalité policière et système de justice pénale

41. Aux États-Unis, le meurtre de George Floyd le 25 mai 2020 par des policiers a suscité des protestations massives dans le monde entier, ce qui a conduit le Conseil des droits de l’homme à adopter une résolution dans laquelle il a demandé à la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l’homme de faire rapport sur le racisme systémique des forces de l’ordre et ses répercussions sur les droits humains internationaux⁷¹. La Haute-Commissaire a souligné que, selon des études, le traumatisme intergénérationnel causé par le racisme transmis au cours des siècles avait des conséquences négatives sur la santé de certaines personnes d’ascendance africaine et que les microagressions racistes répétées et les expériences courantes de racisme provoquent un stress et un traumatisme supplémentaires et touchent de façon disproportionnée la santé des personnes d’ascendance africaine, en particulier leur santé mentale (A/HRC/47/CRP.1, par. 28). Les mécanismes des droits humains des Nations Unies ont mis en évidence les problèmes de profilage racial et les effets disproportionnés du harcèlement policier, de la violence verbale et de l’abus de pouvoir, des interpellations discriminatoires, des mauvais traitements, des arrestations arbitraires, de l’usage excessif de la force contre les personnes d’ascendance africaine par les forces de l’ordre dans certains États et de l’impunité générale pour ces violations (ibid.) Il est indéniable que ces activités constituent souvent des violations du droit à la santé, le maintien de l’ordre et l’incarcération ayant tous deux des répercussions directes profondes sur la santé (par exemple, les décès et les blessures non mortelles dus à la violence policière et la propagation endémique de maladies infectieuses dans les prisons) et des répercussions indirectes, notamment des taux plus élevés de traumatisme, d’anxiété, de stress aigu et d’hypertension dans les communautés fortement contrôlées par la police (ibid.)

42. Le Groupe de travail d’experts sur les personnes d’ascendance africaine a souligné que les disparités raciales dans le système de justice pénale reflétaient des stéréotypes néfastes ancrés dans l’héritage historique de la traite mondiale des Africains réduits en esclavage, de la colonisation et de la manière dont les récits

⁶⁴ Fondation Nelson Mandela, « Winnie Madikizela-Mandela (26 septembre 1936-2 avril 2018) », 3 avril 2018.

⁶⁵ Institute for Criminal Policy Research, « World prison populations list », 12^e éd., 2015.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Penal Reform International et Thailand Institute of Justice, *Global Prison Trends 2020*, 2^e éd. (2020).

⁶⁸ *Rapport mondial sur les drogues 2021* (publication des Nations Unies, 2021).

⁶⁹ Penal Reform International, *Global Prison Trends 2015* (Londres, 2015) ; *Rapport mondial sur les drogues 2018 : les femmes et les drogues* (publication des Nations Unies, 2018).

⁷⁰ ONUSIDA, « GAP Report 2014 : People who inject drugs », 2014.

⁷¹ Résolution 43/1 du Conseil des droits de l’homme et A/HRC/47/53.

sociaux modernes ont évolué à partir des messages destinés à justifier ces institutions et l'exploitation des personnes d'ascendance africaine (ibid.)

43. Outre les confrontations avec la police, le racisme s'étend à pratiquement tous les aspects du système de justice pénale. Les Africains et les personnes d'ascendance africaine sont surreprésentés dans les prisons de nombreux pays, dont le Brésil, la Colombie, l'Équateur, les États-Unis, l'Italie et le Portugal (ibid.), et sont soumis à des décisions plus sévères en termes de libération sous caution, de poursuites, de condamnations, de durée des peines et de peine capitale.

Rôle des sociétés et des entreprises

44. Les pratiques des sociétés et des entreprises peuvent créer ou aggraver les disparités raciales en matière de santé, en même temps qu'elles peuvent influencer sur les conditions de santé, notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le cancer. Sur la base du cadre des déterminants sociaux de la santé, ces pratiques peuvent être mieux comprises comme des déterminants commerciaux de la santé⁷², définis par l'OMS comme les conditions, actions et omissions des acteurs de l'entreprise qui ont des effets sur la santé⁷³.

45. Le secteur mondial du tabac est profondément lié au colonialisme et à l'esclavage, et l'héritage de ces pratiques perdure encore aujourd'hui. Depuis des décennies, les sociétés de tabac ciblent agressivement certaines populations⁷⁴. En juillet 2022, la Rapporteuse spéciale a souscrit à une communication envoyée à sept sociétés de tabac et à quatre gouvernements, dont le pays dans lequel des violations auraient été commises et les pays où les sociétés ont leur siège, concernant des allégations de traite de personnes à des fins de travail forcé, qui a touché des métayers et leurs familles dans des exploitations de tabac. Les titulaires de mandat ont attiré l'attention sur le fait que la traite et le travail forcé pouvaient avoir des répercussions négatives sur la santé physique et mentale et que l'exposition à des produits chimiques toxiques pouvait avoir une incidence négative sur la santé humaine, notamment procréative⁷⁵.

46. Les asymétries de pouvoir dominant également les systèmes alimentaires tant à l'intérieur des pays qu'entre eux, ce qui touche de manière disproportionnée certaines populations qui sont soumises à une commercialisation agressive, n'ont souvent pas accès à des aliments nutritifs et abordables et sont exposés à des taux élevés d'insécurité alimentaire⁷⁶. Les populations du Sud qui ont été dépossédées de leurs terres pendant des générations sont aujourd'hui particulièrement exposées aux techniques de commercialisation agressives des entreprises agroalimentaires dont les produits contiennent des graisses, du sel, du sucre et des additifs associés à des facteurs de risque de maladies non transmissibles⁷⁷. Les inégalités structurelles dans

⁷² Ilona Kickbusch, Luke Allen et Christian Franz, « The commercial determinants of health », *The Lancet : Global Health*, vol. 4, n° 12 (2016).

⁷³ OMS, « Commercial determinants of health », 5 novembre 2021.

⁷⁴ Voir Kelsey Romeo-Stuppy et al., « Tobacco industry : a barrier to social justice », *Tobacco Control*, vol. 31, n° 2 (2022).

⁷⁵ Voir communications n°s GBR 8/2022 ; JPN 1/2022 ; MWI 2/2022 ; USA 10/2022 ; OTH 46/2022 ; OTH 45/2022 ; OTH 44/2022 ; OTH 43/2022 ; OTH 42/2022 ; OTH 41/2022 ; OTH 47/2022.

⁷⁶ Maywa Montenegro de Wit et al., « Editorial : resetting power in global food governance : the UN Food Systems Summit », *Development*, vol. 64, n°s 3 et 4 (décembre 2021) ; Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et al., *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde : se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques* (Rome, 2019).

⁷⁷ C.A. Monteiro et al., « Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system », *Obesity Reviews*, vol. 14, supplément n° 2 (novembre 2013).

les systèmes alimentaires ont entraîné des taux plus élevés de maladies chroniques liées à l'alimentation, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires⁷⁸.

VI. Histoire de la médecine et liens avec le racisme

47. Le colonialisme s'appuie fortement sur la création d'une hiérarchie, la suprématie blanche s'imposant clairement comme la voie privilégiée pour évoluer dans la vie⁷⁹. Le colonialisme et le racisme ont également façonné les normes médicales de ce qui est considéré comme « sain » et ont conduit à la stigmatisation du suivi et de la surveillance qui en résulte. La suprématie blanche a entraîné la création de systèmes tels que l'indice de masse corporelle, norme de santé basée principalement sur les hommes caucasiens européens, qui a été utilisée comme une arme contre les corps des personnes noires et autochtones qui, pour la plupart, ne correspondent pas aux prétendues normes de santé⁸⁰.

48. Dans le sport d'élite, la discrimination sous la forme de « tests sexuels » et leurs versions actuelles basées sur la testostérone véhiculent des idées racistes sur les caractéristiques sexuelles, la physiologie et les associations entre féminité hégémonique et blancheur⁸¹. Au cours de la dernière décennie, la discrimination raciale et fondée sur le genre dans le sport a visé exclusivement les femmes (A/HRC/44/26) dans le monde du Sud, par exemple en Inde, en Afrique du Sud et en Ouganda⁸². Le 8 octobre 2021, dans un mémoire d'*amicus curiae* adressé à la Cour européenne des droits de l'homme, la Rapporteuse spéciale a affirmé que les organisations mondiales d'athlétisme avaient violé les principes de dignité humaine, d'égalité, d'autonomie et d'intégrité physique et psychologique⁸³.

49. L'un des héritages des théories du complot et des pseudosciences de la suprématie blanche visant à justifier l'esclavage, la colonisation et l'exploitation est l'affirmation selon laquelle les personnes racialisées, en particulier noires, ne ressentent pas la douleur⁸⁴, et ce préjugé racial a conduit à des diagnostics de douleur et des recommandations de traitement inexacts. Reconnaître les préjugés implicites et prendre des mesures pour faire tomber les barrières institutionnelles sont les premières étapes en vue d'éliminer les disparités raciales omniprésentes dans les soins de santé et d'améliorer les résultats pour les patients⁸⁵.

50. La rapporteuse spéciale alerte sur le fait que le colonialisme existe encore, avec l'appui des médias, du secteur médical-industriel, du secteur carcéral-industriel et, dans une large mesure, du secteur éducatif, qui s'efforcent tous de maintenir les

⁷⁸ Matthew J. Belanger et al., « COVID-19 and disparities in nutrition and obesity », *New England Journal of Medicine*, vol. 383, n° e69 (2020).

⁷⁹ Sylvia Tamale, *Decolonization and Afro-Feminism* (Ottawa, Daraja Press, 2020).

⁸⁰ Sabrina Strings, *Fearing the Black Body : The Racial Origins of Fat Phobia* (New York, New York University Press, 2019).

⁸¹ Katrina Karkazis et al., « Out of bounds ? A critique of the new policies on hyperandrogenism in elite female athletes », *The American Journal of Bioethics*, vol. 12, n° 7 (2012) ; Human Rights Watch, « *They're Chasing Us Away from Sport : Human Rights Violations in Sex Testing of Elite Women Athletes* » (2020).

⁸² Karkazis et al., 2020 ; Human Rights Watch, *They're Chasing Us Away from Sport*.

⁸³ Voir « Third party intervention/amici curiae brief by the case of Mokgadi Caster Semenya v. Switzerland », disponible à l'adresse suivante : www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/comments-legislation-and-policy.

⁸⁴ Kelly M. Hoffman et al., « Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 113, n° 16 (2016).

⁸⁵ The Henry J. Kaiser Family Foundation, « National survey of physicians part I : doctors on disparities in medical care », mars 2002.

anciennes colonies exactement comme les colonisateurs veulent qu'elles soient gérées⁸⁶.

51. L'héritage permanent du colonialisme suprématiste blanc est évident dans les reportages des médias, ainsi que dans les mesures de contrôle des frontières prises tout au long des différentes vagues de la COVID-19. Plus récemment, ONUSIDA a dénoncé la couverture médiatique internationale raciste de la variole du singe⁸⁷.

52. Les débats sur la vaccination pendant la pandémie de COVID-19 se sont déroulés de telle sorte que l'histoire de l'expérimentation sur les personnes noires réduites en esclavage a dû être effacée⁸⁸.

53. La Rapporteuse spéciale reste préoccupée par le manque d'empathie dans les informations sur la santé publique et leur diffusion, ainsi que par le fait qu'elles ne tiennent pas compte des structures plus larges de l'oppression, de la méfiance, des réalités vécues et de l'histoire des gens.

54. Dans un précédent rapport sur le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible, l'ancien Rapporteur spécial, Anand Grover, soulignait qu'il n'avait pas encore été déterminé « si le fait de mener des essais cliniques dans les pays en développement pouvait être considéré comme éthique, en particulier lorsqu'on utilise des placebos en dépit de l'existence de traitements appropriés n'ayant pas recours aux placebos » (A/64/272, par. 40). Comme ce fut le cas pour les vaccins contre la COVID-19, certains essais cliniques n'ont pas garanti l'accès au médicament dans le pays en question ou n'ont pas abouti à des exceptions de brevet bénéficiant au pays.

55. La médecine a également le pouvoir normatif de cataloguer selon des critères raciaux les gens qui ne respectent pas leur traitement, même si cela est souvent l'expression de déséquilibres de pouvoir entre, d'une part, les systèmes et les organismes et, d'autre part, les patients.

56. En raison du racisme, de la pauvreté, d'un traumatisme, de la peur de la violence ou de ses répercussions, du manque de moyens de transport, ou de tout autre obstacle ou critère établi par les structures institutionnelles en matière d'accès aux services, le meilleur ou le seul choix peut être la non-conformité⁸⁹. L'ancien Rapporteur spécial a également déclaré que « l'absence de prise en compte des déterminants de la santé a entraîné des dégâts systémiques, dont la gestion est retombée sur les particuliers » et que « ces derniers se tournaient alors vers un secteur des soins de santé mentale qui, souvent, ne disposait ni des ressources ni des stratégies qui seraient nécessaires pour remédier à ces échecs collectifs » (A/HRC/41/34, par. 7).

VII. Incidence du colonialisme sur la disponibilité des systèmes de connaissances, de la médecine et des pratiques sanitaires autochtones et traditionnelles

57. Ancré dans des conceptions et des hiérarchies impériales distinguant les connaissances « légitimes » et « non légitimes »⁹⁰, le ciblage de la médecine dans les

⁸⁶ Kehinde Andrews, « British education does perpetuate racism », partie 5 sur 6 de la vidéo, 29 avril 2017. Disponible à l'adresse suivante : www.youtube.com/watch?v=lfFmRy7PrNs.

⁸⁷ ONUSIDA, « L'ONUSIDA alerte sur la rhétorique stigmatisante qui met en péril la santé publique », 22 mai 2022.

⁸⁸ Voir www.tuskegee.edu/about-us/centers-of-excellence/bioethics-center/about-the-usphs-syphilis-study.

⁸⁹ Priscilla A. Ocen, « Punishing pregnancy ».

⁹⁰ Ingrid Waldron, « The marginalization of African indigenous healing traditions within western

colonies était une stratégie délibérée de domination mise en avant par les puissances coloniales européennes⁹¹. Les États coloniaux ont utilisé le droit civil et pénal pour supprimer ou marginaliser la plupart des pratiques thérapeutiques africaines, ciblant en particulier celles qui remettaient en cause les conceptions individualistes et matérialistes de la santé⁹².

58. La suppression, l'affaiblissement et la marginalisation des systèmes de connaissances et de la médecine traditionnels et autochtone ont des répercussions considérables sur la santé. La propriété intellectuelle permet également le vol colonial des connaissances traditionnelles et des ressources génétiques des peuples autochtones⁹³ compte tenu des brevets et des gains tirés de cette propriété intellectuelle et de la valeur extraite des peuples et des populations du Sud, ainsi que des connaissances ancestrales qui leur sont associées. Cela menace la souveraineté alimentaire et le patrimoine culturel autochtone⁹⁴.

59. Pendant longtemps, les matériaux, connaissances et pratiques de guérison des populations autochtones n'étaient pas considérés comme modernes ou efficaces, et les États coloniaux et postcoloniaux réglementaient souvent, voire incriminaient, leur utilisation⁹⁵. Avec l'expansion des droits de propriété intellectuelle vers la fin du vingtième siècle et le parti pris scientifique occidental, selon lequel la connaissance n'existe que si elle est formalisée ou privée, les entreprises pharmaceutiques ont cherché à breveter les herbes et matériaux traditionnels utilisés pour leurs propriétés médicinales⁹⁶.

60. Ces efforts de cooptation sont intimement liés aux idéologies monoculturelles, aux technologies de modification génétique et, plus largement, aux monopoles. Les manifestations socioculturelles de l'appropriation consumériste occidentale des savoirs autochtones se retrouvent dans la reprise et la monétisation du yoga, de la méditation et d'autres pratiques culturellement enracinées par les classes moyennes blanches du monde du Nord⁹⁷.

VIII. Financement de la santé et aide mondiale

61. Partout dans le monde, les systèmes de santé sont financés de diverses manières, notamment par les impôts, les dépenses personnelles et le financement des donateurs. Dans le monde du Sud, les fonds fournis par les gouvernements, les donateurs multilatéraux et la philanthropie sont les principaux moyens de financement des systèmes de santé⁹⁸.

medicine : reconciling ideological tensions and contradictions along the epistemological terrain , *Women's Health and Urban Life*, vol. 9, n° 1 (2010), p. 51.

⁹¹ Marya et Patel, *Inflamed*, p. 17.

⁹² Helen Tilley, « Medicine, empires, and ethics in colonial Africa », *AMA Journal of Ethics*, vol. 18, n° 7 (juillet 2016), p. 748.

⁹³ Martin Fredriksson, « Dilemmas of protection : decolonizing the regulation of genetic resources as cultural heritage », *International Journal of Heritage Studies*, vol. 27, n° 7 (2021),

⁹⁴ Martin Khor, « Why life forms should not be patented », Third World Network, octobre 2000 ; Third World Network, « TRIPS Council addresses patents on life forms and access to medicines », 5 mars 2010.

⁹⁵ Emilie Cloatre, « Traditional medicines, law and the (dis)ordering of temporalities », in *Law and Time*, Siân M. Beynon-Jones et Emily Grabham (dir.) (Oxon, Royaume-Uni, Routledge, 2019).

⁹⁶ Vandana Shiva, *Biopiracy : The Plunder of Nature and Knowledge* (Berkeley, Californie, North Atlantic Books, 1999).

⁹⁷ Maryann Auger, « Westernization and cultural appropriation in yoga », An Injustice !, 10 septembre 2021.

⁹⁸ OMS, *Nouvelles perspectives sur les dépenses mondiales en santé pour la couverture sanitaire universelle* (Genève, 2017).

62. Les fonds des donateurs constituent une source importante de financement de la santé, représentant en moyenne 30 % des dépenses de santé des pays à faible revenu et plus de la moitié de ces dépenses dans quatre pays relevant de cette catégorie⁹⁹. Malheureusement, compte tenu de l'aide qui circule entre les puissances coloniales et les régions anciennement colonisées, les pratiques racistes et impérialistes continuent d'influencer le financement de la santé mondiale et le secteur de l'aide étrangère¹⁰⁰.

63. L'Experte indépendante sur la dette extérieure et les droits de l'homme, en particulier les droits économiques, sociaux et culturels rappelle que les droits humains exigent des ressources (A/HRC/49/47, par. 22 à 28), ce qui touche au cœur de la question de l'absence de réparations dues au titre du colonialisme. Compte tenu de l'obligation faite aux États de garantir le droit à la santé « au maximum de leurs ressources disponibles »¹⁰¹, il convient d'examiner les raisons racistes pour lesquelles certains États disposent de ressources abondantes tandis que d'autres sont paralysés par une histoire de dépossession et d'exploitation coloniale, suivie d'une domination capitaliste néocoloniale. C'est pour ces raisons que la Rapporteuse spéciale continue de se concentrer sur la décolonisation du financement mondial de la santé.

64. Bien qu'elle constitue un aspect important du financement des systèmes de santé à travers le monde, l'aide est donc associée à des défis tels que l'austérité, les taux d'intérêt élevés, la libéralisation du commerce, la privatisation et l'ouverture du marché des capitaux, qui marginalisent davantage les pays en développement¹⁰².

65. L'État a l'obligation de garantir l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé. Si un ou plusieurs de ces éléments ne sont pas réalisés, la discrimination et l'inégalité prospèrent. La Rapporteuse spéciale est préoccupée par le fait que les fautes administratives, la corruption et la mauvaise gestion des ressources peuvent conduire à l'effondrement des systèmes de santé publique et à l'intensification de la privatisation accrue ce qui, au pire, peut conduire à un désinvestissement de la santé publique et à des atteintes racialisées, fondées sur la classe, le genre et la capacité. Elle est également préoccupée par les ajustements structurels et les mesures d'austérité déjà prises par certains gouvernements au détriment de la santé publique¹⁰³.

66. Les personnes racisées ont été structurellement exclues de l'accès à des soins de santé de qualité en temps opportun en raison de pratiques discriminatoires, telles que les primes basées sur la race, l'établissement de « lignes rouges », les tarifs basés sur les mégadonnées, le manque de représentation des minorités dans le secteur de l'assurance, les résultats d'assurance basés sur le crédit, les prix discriminatoires, les périodes d'attente plus longues, les frais plus élevés pour les pathologies qui sont plus répandues dans certains groupes et l'offre de taux de remboursement d'assurance privée inférieurs aux médecins dans les zones urbaines où vit une importante population minoritaire¹⁰⁴.

67. Les assureurs favorisent la grossophobie en refusant de couvrir certains services de santé aux personnes qui n'entrent pas dans les normes de poids acceptables et ne correspondent pas aux idées que la société se fait de l'apparence corporelle¹⁰⁵. La

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Peter O' Dowd, « Global public health, colonialism, and why so many people die of preventable diseases », Wbur, 9 mars 2021.

¹⁰¹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2 1) ; HCDH et OMS, *The Right to Health*, fiche d'information n° 31 (2008).

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Communications reçues d'Amnesty International et de Sexual Rights Initiative.

¹⁰⁴ Jim Probasco, « The insurance industry confronts its own racism », Investopedia, 23 juin 2022.

¹⁰⁵ Marilyn Wann, « Foreword : fat studies - an invitation to revolution » (p. xi) ; Dan Burgard,

Rapporteuse spéciale affirme que l'héritage des approches hiérarchiques suprématistes blanches prévaut dans l'assurance maladie, qui n'est pas abordable pour de nombreuses personnes racialisées, d'où un nombre anormalement élevé de personnes non assurées et sous-assurées dans ce groupe social¹⁰⁶.

IX. Bonnes pratiques en matière d'interventions de santé publique

68. L'élimination du racisme est devenue un élément central de nombreuses initiatives mondiales qui visent à faire progresser la santé et d'autres droits humains, par exemple dans le cadre du programme de transformation pour la justice et l'égalité raciales (A/HRC/47/53, annexe) et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 au niveau universel, ainsi que de la Convention interaméricaine contre le racisme, la discrimination raciale et les formes connexes d'intolérance au niveau régional. Le Plan d'action de l'Union européenne contre le racisme 2020-2025 encourage les pays à adopter une législation visant à promouvoir l'équité raciale dans les domaines des soins de santé, de l'emploi, de l'éducation et du logement.

69. Pour atténuer les effets du racisme sur la fourniture de soins et de services de santé, la Cour constitutionnelle colombienne a souligné, dans son arrêt C-882 de 2011, le droit des populations ethniques à utiliser et à produire des médicaments traditionnels et à préserver leurs plantes, animaux et minéraux médicinaux.

70. En Afrique du Sud, l'un des objectifs du Plan d'action national de lutte contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, adopté en 2019, est de préserver la dignité humaine par la promotion et la protection des droits humains. La Suède a élaboré un plan national de lutte contre le racisme, les formes semblables d'hostilité et les crimes de haine¹⁰⁷, et la Norvège a adopté le Plan d'action 2020-2023 contre le racisme et la discrimination fondée sur l'origine ethnique et la religion. Plusieurs pays d'Amérique latine, dont le Brésil¹⁰⁸, le Costa Rica¹⁰⁹, le Honduras¹¹⁰ et le Pérou¹¹¹ ont adopté des plans et des politiques visant à lutter contre les disparités raciales en matière de santé.

71. En Suisse, les demandeurs d'asile et les sans-papiers vivant dans le pays depuis plus de trois mois ont accès à différents niveaux d'assurance maladie, et des subventions pour les primes sont accordées ou peuvent être demandées par les personnes aux ressources modestes. Dans certains cantons, les personnes qui n'ont pas de permis de séjour ou pour lesquelles aucune donnée fiscale n'est disponible ne peuvent pas bénéficier de primes réduites¹¹². Tous les cantons informent les populations migrantes du fonctionnement et des particularités du système de santé

« What is "health at every size" » (p. 42 et 53), publiés dans *The Fat Studies Reader*, Esther Rothblum et Sondra Solovay (dir.) (New York, New York University Press, 2009).

¹⁰⁶ Jamila Taylor, « Racism, inequality, and health care for African Americans », The Century Foundation, 19 décembre 2019.

¹⁰⁷ Bureaux du Gouvernement suédois, *A comprehensive approach to combat racism and hate crime : National plan to combat racism, similar forms of hostility and hate crime* (2017).

¹⁰⁸ Brésil, Ministério da Saúde, *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : Uma Política do SUS* (2013).

¹⁰⁹ Costa Rica, Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes 2018-2021* (2018).

¹¹⁰ Programme des Nations Unies pour le développement et al., *Política Nacional contra el Racismo y la Discriminación Racial 2014-2022* (2014).

¹¹¹ Pérou, *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Voir <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/observatorio/politica-sectorial/Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20Intercultural.pdf>.

¹¹² Communication reçue de la Suisse.

suisse dans le cadre de la stratégie de renforcement du développement de la petite enfance¹¹³.

72. La Rapporteuse spéciale note que la loi n° 19/2020 relative au système de santé adoptée par le Gouvernement espagnol interdit toute discrimination dans l'accès formel aux services de santé pour divers motifs, notamment le sexe, la race, l'origine et la religion. Conformément à la loi, les autorités sont tenues de mettre en œuvre des programmes d'adéquation de la santé ainsi que des plans de formation et de sensibilisation du personnel de santé, entre autres initiatives menées en faveur de l'égalité de traitement et de la prévention de la discrimination¹¹⁴.

73. Certaines avancées prometteuses, comme l'adoption récente d'une politique par l'American Medical Association dans laquelle le racisme est qualifié de menace pour la santé publique, montrent que des formes structurelles, systémiques et interpersonnelles de racisme et de préjugés existent dans tous les déterminants sociaux de la santé et dans les travaux de recherche médicale. Cette politique encourage les innovateurs technologiques à analyser les implications des préjugés raciaux dans les algorithmes médicaux et d'autres innovations semblables¹¹⁵.

74. En Argentine, la Direction nationale de la santé sexuelle et procréative a élaboré un cadre de projets de formation à partir d'une approche fondée sur les droits et les aspects interculturels à l'intention des agents de santé et des promoteurs de santé locaux dans les cas de violence sexuelle dans les soins primaires¹¹⁶.

75. Au Brésil, la politique nationale pour la santé intégrale de la population noire recense les maladies qui touchent le plus la population noire et comprend des objectifs spécifiques en vue d'intégrer le thème de la lutte contre la discrimination fondée sur le genre et l'orientation sexuelle, l'accent étant mis sur les intersections avec la santé de la population noire¹¹⁷.

76. Si des programmes de mise à disposition d'aiguilles et de seringues existent dans la plupart des pays d'Eurasie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, ils font cruellement défaut dans la majorité des pays des autres régions. Un environnement politique défavorable en matière de drogues entrave la mise en place de services de réduction des risques dans de nombreux pays d'Asie, d'Amérique latine, des Caraïbes, du Moyen-Orient et d'Afrique¹¹⁸.

77. La ville de Denver, aux États-Unis, a mis en place un programme visant à envoyer des médecins et des soignants, à la place de la police, en réponse aux appels d'urgence liés à la santé mentale, au sans-abrisme et à la toxicomanie. Ainsi, les personnes en crise à Denver ont reçu de l'aide à 748 reprises sans avoir à parler à la police. Il n'y a eu aucune arrestation et les gens ont reçu des soins de santé et des solutions pour se soigner¹¹⁹. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il s'agit là d'un exemple d'initiative multisectorielle qui garantit l'accès à des soins appropriés pour les populations ciblées de manière disproportionnée par la détection et répression des infractions en matière de drogue.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Communication reçue de l'Espagne.

¹¹⁵ American Medical Association, National Medical Association et National Hispanic Medical Association, « The Commission to end health disparities : unifying efforts to achieve quality care for all Americans », 2004.

¹¹⁶ Communication reçue de l'Argentine.

¹¹⁷ Communication reçue du Brésil.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Elise Schmelzer, « Call police for a woman who is changing clothes in an alley ? A new programme in Denver sends mental health professionals instead », *The Denver Post*, 7 septembre 2020.

78. Dans son arrêt T-128 de 2022, la Cour constitutionnelle colombienne a estimé que les sage-femmes afro-colombiennes de la côte Pacifique étaient des prestataires de santé et demandé au Ministère de la santé de les inclure dans le système de santé et de veiller à ce qu'elles bénéficient des mesures prévues à l'appui des prestataires de santé pendant la pandémie de COVID-19, telle que la priorité pour la vaccination et certaines récompenses économiques¹²⁰.

79. La Rapporteuse spéciale note que parmi les communications reçues, peu de bonnes pratiques aboutissant à un accès adéquat ont été soulignées, ou d'initiatives visant à soutenir la production de connaissances ou la mise en œuvre de programmes au sein et en dehors du secteur de la santé.

80. À titre d'exemple de mesures liées à l'accès aux soins de santé, l'Italie a adopté en 2015 un document qui fournit des indications sur les interventions et les actions destinées à promouvoir et à protéger la santé des Roms et des Sintis¹²¹.

81. Un autre exemple d'inclusion réussie de personnes issues de l'immigration dans une initiative de santé concerne celui de la diffusion d'informations pendant la pandémie de COVID-19. Aux Pays-Bas, les conférences de presse ont été traduites en huit langues et comprenaient toujours un interprète en langue des signes. Les affiches, dépliants et panneaux ont également été traduits pour faciliter l'accès à l'information¹²². Une organisation a également tenu des réunions de soutien pour informer les réfugiés sans-papiers de leurs droits aux soins de santé¹²³.

82. En 2014, la Colombie a adopté le décret administratif n° 1953 de 2014 portant création du système de santé autochtone interculturel, qui constitue un ensemble de politiques, normes, principes, ressources, institutions et procédures fondés sur une compréhension collective de la vie dans laquelle la sagesse ancestrale est considérée comme un guide fondamental, en harmonie avec la Terre nourricière et selon la cosmovision de chaque peuple¹²⁴.

X. Exemples de réparations dues au titre de la discrimination raciale concernant des violations et abus du droit à la santé

83. La titulaire du mandat a reçu peu de données et de communications sur les réparations dues au titre de la discrimination raciale concernant les violations et abus du droit à la santé.

84. La titulaire du mandat convient avec la Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée que « les réparations dues pour l'esclavage et le colonialisme comprennent non seulement la justice et l'obligation de rendre des comptes pour les torts historiques, mais aussi l'élimination des structures persistantes d'inégalité raciale, de subordination et de discrimination qui ont été érigées à l'époque de l'esclavage et du colonialisme afin de priver les non-Blancs de leurs droits fondamentaux » (A/74/321, par. 7).

85. Dans de nombreux pays et contextes, les mesures judiciaires sont souvent le principal moyen de traiter les violations du droit à la santé. Le Rapporteur spécial sur la promotion de la vérité, de la justice, de la réparation et des garanties de non-

¹²⁰ Communication reçue de International Planned Parenthood Federation.

¹²¹ Communication reçue de l'Italie.

¹²² Voir www.pharos.nl/corona-virus-begrijpelijke-voorlichting/begrijpelijke-informatie-over-het-nieuwe-coronavirus/.

¹²³ Communication reçue de Stichting Choice for Youth and Sexuality.

¹²⁴ Communication reçue de International Planned Parenthood Federation.

répétition a noté que, face à l'absence de réponse adéquate aux violations des droits humains et du droit international humanitaire découlant du colonialisme et d'autres formes de systèmes d'oppression, et au constat que ces violations continuent d'avoir des effets négatifs aujourd'hui, il est important de souligner que les composantes et les outils élaborés par la justice transitionnelle ces 40 dernières années offrent des enseignements et des expériences qui peuvent être utiles face au legs de ces violations (A/76/180, par. 4).

86. Dans l'affaire inédite *Laxmi Mandal contre l'hôpital Deen Dayal Harinagar et autres*¹²⁵, pour la première fois dans l'histoire, un gouvernement a été tenu responsable d'un décès maternel évitable. Le jugement final a combiné les cas individuels de deux femmes : Shanti Devi, femme de la caste répertoriée dalit, déplacée à l'intérieur du pays et vivant dans la pauvreté, et Fatima, femme musulmane pauvre et sans abri. Dans l'arrêt, non seulement des réparations ont été accordées à la famille de la défunte Shanti Devi et à la requérante Fatima, mais des instructions claires ont également été fournies sur la synthèse des différents programmes, régimes et droits afin de supprimer les obstacles et les charges, tels que les documents prouvant que l'on se trouve sous le seuil de pauvreté, qui sont difficiles à obtenir et constituent une charge supplémentaire pour les femmes et les filles¹²⁶.

87. Dans le sillage des excuses officielles qu'il a présentées au titre des préjudices causés par les politiques coloniales, le Gouvernement australien a lancé des programmes de réparation afin de verser une indemnisation pécuniaire aux survivants de la « génération volée » qui ont été retirés de leur famille lorsqu'ils étaient enfants et qui ont subi des abus et des traumatismes aux mains de l'État ou d'organismes religieux¹²⁷. Ces programmes varient d'un État à l'autre, mais visent à traiter les traumatismes et les préjudices résultant de l'éloignement des enfants aborigènes de leur famille, de leur communauté, de leur culture, de leur identité et de leur langue.

88. Le système interaméricain des droits humains se distingue par la mise en place d'un système de réparations intégrales, prévoyant une série de mesures et de recours que les États doivent adopter dans des cas spécifiques afin de fournir une réparation et de restaurer la dignité humaine¹²⁸. La Cour interaméricaine des droits de l'homme peut recourir à tout l'éventail des réparations prévues par le droit international¹²⁹ et les jugements relatifs à la réparation qu'elle a rendus ont porté sur des questions tant individuelles que collectives. Par exemple, elle s'est prononcée en faveur de compensations financières, de soins médicaux et de bourses d'études au niveau individuel, ainsi que de modifications législatives, d'éducation aux droits humains et de réforme des écoles et d'autres institutions au niveau collectif¹³⁰.

¹²⁵ Jameen Kaur, « Le rôle du contentieux pour garantir les droits reproductifs des femmes : une analyse du jugement Shanti Devi en Inde », *Reproductive Health Matters*, vol. 20, n° 39 (2012). Également cité dans un livre coédité par l'ancien rapporteur spécial sur le droit à la santé, Paul Hunt. Voir Paul Hunt et Tony Gray (dir.), *Maternal Mortality, Human Rights and Accountability* (Londres, Routledge, 2013).

¹²⁶ Communication reçue de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique.

¹²⁷ Voir www.aboriginalaffairs.nsw.gov.au/healing-and-reparations/stolen-generations ; www.niaa.gov.au/indigenous-affairs/community-safety/national-redress-scheme/territories-stolen-generations-redress-scheme.

¹²⁸ Douglas Cassel, « The expanding scope and impact of reparations awarded by the Inter-American Court of Human Rights », *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, vol. 7, n° 7 (2006-2007).

¹²⁹ Convention américaine relative aux droits de l'homme, art. 63.1.

¹³⁰ Jorge E. Calderón Gamboa, *La Evolución de la « Reparación Integral » en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos* (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013).

XI. Conclusions et recommandations

89. La Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé souscrit au programme de transformation pour la justice et l'égalité raciales en quatre points qui vise à mettre fin au racisme systémique et aux violations des droits humains commises par les forces de l'ordre à l'encontre des Africains et des personnes d'ascendance africaine. Elle invite à prendre en compte ce modèle dans le traitement des abus et des violations du droit à la santé, à savoir : se mobiliser, arrêter de nier et commencer à démanteler le racisme ; obtenir justice, mettre fin à l'impunité et instaurer la confiance ; écouter, pour que les personnes d'ascendance africaine soient entendues ; et réparer les legs du passé, prendre des mesures spéciales et fournir une justice réparatrice.

90. La Rapporteuse spéciale soutient également les recommandations de la Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée qui visent à mettre pleinement en œuvre les obligations juridiques internationales en matière de droits humains, de manière à octroyer des réparations pour les violations des droits humains fondées sur la discrimination raciale et à adopter une approche structurelle et globale en matière de réparations qui tienne compte des préjudices historiques causés à titre individuel et collectif, ainsi que du fait que les structures d'inégalité, de discrimination et de subordination raciales, dont l'origine remonte directement à l'esclavage et au colonialisme, n'ont pas disparu (A/74/321, par. 56 et 57).

91. De même, le Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones souligne que des mesures devraient être prises en vue de former les travailleurs de la santé autochtones à l'intégration de la médecine traditionnelle dans la prestation des services de santé et d'accroître la participation des populations autochtones à la conception de services de santé répondant à leurs besoins, notamment dans les cas liés à la santé et aux droits procréatifs¹³¹.

92. La Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé soutient la suppression de toutes les lois et politiques qui incriminent ou punissent de quelque manière que ce soit l'avortement, la contraception, la sexualité des adolescents, les relations homosexuelles et le travail du sexe¹³². Dans ses *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement* récemment mises à jour, l'OMS recommande la dépénalisation complète de l'avortement, ayant estimé, preuves à l'appui, que les lois fondées sur des motifs et les lois relatives à l'avortement fondées sur des limites gestationnelles constituent des obstacles à l'accès à des soins liés à l'avortement sûrs et de qualité¹³³.

93. Le consentement éclairé est une composante essentielle du droit à la santé qui doit être respecté, de même que toutes les normes déontologiques et professionnelles.

94. Il est important de reconnaître et de garantir la pleine réalisation du droit de bénéficier des avantages tirés du progrès scientifique et de ses applications¹³⁴ grâce à un accès équitable des populations marginalisées aux diagnostics, aux

¹³¹ Voir A/HRC/18/35/Add.5 ; E/CN.4/2004/80/Add.3 ; E/CN.4/2005/88/Add.2 ; A/HRC/42/37/ADD.1 ; A/HRC/33/42/Add.2 ; A/HRC/18/35/Add.5 ;

¹³² A/HRC/14/20 et A/66/254.

¹³³ OMS, *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement* (Genève, 2022).

¹³⁴ Voir, par exemple, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 25 (2020), notamment par. 69, 70 et 83.

traitements thérapeutiques et aux vaccins contre la COVID-19, ainsi qu'aux méthodes modernes de contraception et de fécondité assistée.

95. L'épidémie de COVID-19 a attiré l'attention sur le besoin urgent d'investissements stratégiques et équitables dans les infrastructures de santé publique. La Rapporteuse spéciale souscrit aux appels à une nouvelle conception audacieuse des politiques et pratiques de santé publique, de la préparation aux pandémies, de la solidarité internationale et de la mesure dans laquelle les droits humains sont respectés, réalisés et protégés, ce qui déterminera en fin de compte le succès des mesures de lutte contre les pandémies.

96. Pour assurer des soins de santé acceptables, il est urgent de mettre un terme à la diabolisation et à la dévalorisation des soins de santé autochtones et traditionnels, et de promouvoir au contraire une approche inclusive et respectueuse, qui cherche à comprendre et à soutenir l'intégration dans les soins de santé primaires.

97. Il faut mener en permanence des travaux de recherche spécifiques sur les répercussions multiples et croisées du racisme sur la santé. Les données désagrégées sont essentielles pour comprendre non seulement les répercussions du racisme sur la santé et de la discrimination structurelle sur certaines populations, mais aussi pour adapter la budgétisation et les dépenses relatives aux mesures préventives, curatives et palliatives, qui sont essentielles à une réponse adéquate. Elles sont également cruciales pour concrétiser l'appel à l'action en faveur des droits humains, mettre en œuvre le rapport du Secrétaire général intitulé « Notre Programme commun », réaliser les objectifs de développement durable et appliquer le principe consistant à ne laisser personne de côté¹³⁵.

98. La Rapporteuse spéciale souligne que les gouvernements doivent créer intentionnellement des lignes de budget et de recherche consacrées aux risques épidémiologiques liés au fait d'être soumis au racisme tout au long de sa vie¹³⁶ et exhorte les institutions de soins de santé, les cabinets médicaux et les centres médicaux universitaires à prendre en compte, traiter et atténuer les effets du racisme sur les patients, les prestataires, les diplômés internationaux en médecine et les populations¹³⁷.

99. Il est important de se concentrer sur les maladies négligées et les traitements possibles des maladies touchant principalement les personnes vivant dans le monde du Sud, et de veiller en même temps à ne pas reprocher aux personnes noires, aux personnes d'ascendance africaine, aux populations autochtones et à d'autres personnes racisées la façon dont le racisme se manifeste sur leur corps.

100. Afin de décoloniser véritablement l'aide, il faut réexaminer la structure du système actuel de financement et la manière dont les priorités ont été fixées¹³⁸. Les États donateurs, les institutions financières internationales et d'autres créanciers et donateurs devraient adopter une approche fondée sur les droits humains, ainsi qu'une perspective fondée sur le genre et la santé, et veiller à ce que l'aide, notamment financière, soit durable, conçue avec la participation

¹³⁵ Voir <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>.

¹³⁶ American Medical Association, National Medical Association et National Hispanic Medical Association, « The Commission to end health disparities ».

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Ibid.

véritable des titulaires de droits et ne soit soumise à aucune condition, telle que des mesures d'austérité, des privatisations et des ajustements structurels¹³⁹.

101. La Rapporteuse spéciale recommande que les bonnes pratiques, la politique de santé publique et les initiatives soulignées dans le présent rapport soient mises en œuvre dans les contextes pertinents par les États, et que les progrès soient suivis avec la souplesse nécessaire des systèmes de santé afin de concrétiser le droit à un système de protection de la santé qui donne à tous la possibilité de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

102. Il faut adopter d'urgence une approche intersectionnelle fondée sur les droits qui vise à mettre un terme au racisme en tant que déterminant de la santé afin de progresser vers une égalité réelle et de restaurer la dignité de toutes les personnes.

¹³⁹ Voir, par exemple, [A/67/302](#), par. 28 ; Juan Pablo Bohoslavsky, « COVID-19 : urgent appeal for a human rights response to the economic recession », 15 avril 2020, p. 12. Cela faisait partie des recommandations formulées par 354 organisations et 643 personnes dans une déclaration conjointe sur l'avortement présentée au Conseil des droits de l'homme en septembre 2020, voir www.sexualrightsinitiative.org/resources/hrc-45-joint-civil-society-statement-abortion.