



Assemblée générale

Distr. générale
8 août 2007
Français
Original : anglais

Soixante-deuxième session

Point 72 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 intérimaire de Paul Hunt, Rapporteur spécial sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, présenté conformément à la résolution 5/1 par laquelle le Conseil des droits de l'homme a décidé que les mandats pour procédures spéciales seront renouvelés jusqu'à ce qu'il les examine conformément à son programme de travail.

* A/62/150.



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

Résumé

Présenté conformément à la résolution 5/1 du Conseil des droits de l'homme, le rapport comprend trois grands chapitres.

D'abord, comment, avec un budget de santé limité, un État privilégie-t-il les interventions de santé en respectant les droits de l'homme? Après quelques observations préliminaires sur cette question complexe, toutes les parties sont invitées dans le chapitre II à se pencher davantage sur l'épineux problème de la priorité à donner à la santé.

La Commission des droits de l'homme ayant demandé au Rapporteur spécial d'étudier les évaluations d'impact sur la santé, on trouvera au chapitre III les grandes lignes d'une étude dont il est coauteur et où il présente une méthode d'évaluation d'impact sur le droit à la santé et soutient que ces évaluations aident à élaborer des politiques équitables, inclusives, robustes et durables.

Le droit au meilleur état de santé possible comporte les soins médicaux mais aussi les déterminants sous-jacents de la santé comme l'eau, l'assainissement, les aliments, le logement et la non-discrimination. Or il existe une tendance regrettable à accorder aux premiers, aux dépens des seconds, une attention disproportionnée.

Le chapitre IV porte sur deux déterminants sous-jacents de la santé : l'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat. Le cadre analytique du droit à la santé leur est appliqué et quelques recommandations destinées aux États et à d'autres acteurs y sont formulées.

Table des matières

<i>Chapitre</i>	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–10	3
II. Privilégier les interventions de santé en respectant les droits de l'homme.	11–32	4
III. Évaluations d'impact et droit au meilleur état de santé possible.	33–44	8
IV. Eau, assainissement et droit de jouir du meilleur état de santé possible.	45–102	10
V. Conclusions et recommandations.	103–107	23

I. Introduction

1. Par sa résolution 60/251 du 15 mars 2006, l'Assemblée générale a mis fin aux travaux de la Commission des droits de l'homme et créé le Conseil des droits de l'homme. Le mandat du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (« droit au meilleur état de santé possible » ou « droit à la santé »), énoncé dans les résolutions 2002/31 et 2004/27 de la Commission, a été prorogé par la résolution 5/1 du Conseil des droits de l'homme. Le présent rapport est présenté conformément à cette résolution.

2. En octobre 2006, le Rapporteur spécial est allé au Pérou pour entretiens faisant suite à sa mission de juin 2004 (voir E/CN.4/2005/51/Add.3). En août 2007, il a envoyé au Gouvernement péruvien une lettre pour demander des précisions sur la suite donnée aux recommandations figurant dans le rapport sur sa mission de 2004.

3. En février 2007, le Rapporteur spécial a effectué en Ouganda une mission qui avait deux objectifs principaux : comprendre le rôle de la Suède, et notamment de l'Agence suédoise de coopération internationale au développement, s'agissant du meilleur état de santé possible en Ouganda; et faire le suivi de la mission qu'il y avait effectuée en mars 2005 (voir E/CN.4/2006/48/Add.2). En octobre 2006, il est allé s'entretenir à Washington avec les directeurs exécutifs nordiques et baltiques à la Banque mondiale et au Fonds monétaire international. Il présentera au Conseil des droits de l'homme un rapport à ce sujet.

4. En mai 2007, le Rapporteur spécial est allé enquêter en Équateur sur les effets pour la santé du saupoudrage aérien de glyphosate le long de la frontière colombienne; un rapport sur la question sera présenté au Conseil des droits de l'homme. En Équateur, le Rapporteur spécial s'est entretenu avec des organisations de la société civile sur d'autres questions du droit à la santé, à propos desquelles il rédige une lettre au Gouvernement. Sa correspondance et la ou les réponse(s) éventuelle(s) du Gouvernement seront rendues publiques.

5. En juin 2007, le Rapporteur spécial est allé en Suède s'entretenir du rapport sur la mission qu'il y avait effectuée en janvier 2006, lequel a été présenté au Conseil à sa quatrième session, en mars 2007 (A/HRC/4/28/Add.2). Lors de cette deuxième visite, il a notamment rencontré de hautes personnalités gouvernementales et des représentants de la société civile.

6. En novembre 2006, le Conseil a, par sa décision 2/108, prié le Rapporteur spécial de recenser et d'étudier, du point de vue du droit au meilleur état de santé possible, les traits essentiels d'un système de santé efficace, intégré et accessible. Entre novembre 2006 et juillet 2007, le Rapporteur spécial a tenu plusieurs consultations à ce sujet avec des représentants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Programme commun des Nations Unies sur le syndrome d'immunodéficience acquise et le virus d'immunodéficience humaine (ONUSIDA) et du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH); avec des organisations non gouvernementales (Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative, Save the Children (Royaume-Uni) et Care-Peru), et avec plusieurs universitaires, chercheurs et professionnels de la santé. Il poursuit ses recherches et ses consultations sur la question et en rendra compte au Conseil lors d'une prochaine session.

7. Le Rapporteur spécial a envoyé des appels urgents et d'autres communications à divers gouvernements et émis des communiqués de presse. Il en rendra compte dans son rapport annuel au Conseil.

8. De janvier à juillet 2007, le Rapporteur spécial a participé à plusieurs réunions organisées par des organisations internationales, des gouvernements et par la société civile : en janvier, il a parlé à une réunion à Londres de la Fédération internationale pour la planification familiale et s'est entretenu avec le Président de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. En février, il a assisté à Genève à une réunion du groupe de référence de l'ONUSIDA et fait un discours liminaire à une conférence de la Public Health Alliance à Belfast. En mars, il a parlé à une rencontre organisée à New York par le Fonds des Nations Unies pour la population et le Centre pour les droits reproductifs lors de la session de la Commission de la condition de la femme et fait, au Trinity College, à Dublin, un exposé sur la mortalité maternelle et les droits de l'homme. Le même mois, il est allé aux Pays-Bas s'entretenir avec Médecins sans frontières et parler aux universités de Tilburg et d'Utrecht. En mars, il a suivi la quatrième session du Conseil des droits de l'homme et fait un discours liminaire à la Conférence mondiale Medsin sur la santé, à Newcastle (Royaume-Uni). En avril, il a prononcé une allocution au secrétariat international d'Amnesty International et en mai il a parlé à une réunion organisée par la société Glaxo Smith Kline (GSK), du rôle de celle-ci pour donner accès aux médicaments contre le VIH/sida. En juin, il a suivi la réunion annuelle sur les procédures spéciales du Conseil, organisée par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme. Le même mois, il a fait un discours liminaire à une conférence organisée à Prato (Italie) par Monash University (Australie) et King's College (Londres), et est allé parler en Pologne à une réunion organisée par la Fédération des femmes et de la planification familiale. En juillet, à Wellington, il a parlé à des réunions organisées par l'Agence néo-zélandaise d'aide et de développement international ainsi qu'à l'organisation de la société civile Health Promotion Forum. Il a également donné un cours sur les droits à la santé et au développement et les droits de l'homme, organisé par l'Initiative pour les droits à la santé et les droits de l'homme, Université de Nouvelle-Galles du Sud, en Australie.

9. Le Rapporteur spécial continue de préparer des projets de directives destinées aux compagnies pharmaceutiques sur l'accès aux médicaments et pense avoir un texte consultable dans les semaines qui viennent.

10. Tous les documents des Nations Unies concernant les travaux du Rapporteur spécial sont accessibles au site Web du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (<http://www.ohchr.org/french/issues/health/right/>). On les trouvera aussi, avec divers documents de conférence et d'autres renseignements, au site Web de l'Unité du droit à la santé, Centre des droits de l'homme, Université d'Essex (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm).

II. Privilégier les interventions de santé en respectant les droits de l'homme

11. Dans l'exécution de son mandat, le Rapporteur spécial a soutenu que le droit au meilleur état de santé possible devrait inspirer les politiques nationales et internationales pertinentes et y être intégré, ce qui exige des techniques et des armes nouvelles pour les droits de l'homme, car les techniques traditionnelles

(dénonciation publique, campagnes épistolaires, affaires tests, slogans, etc.), tout en pouvant encore jouer un rôle crucial pour défendre le droit à la santé¹, ne suffisent plus. Là où il faut une nouvelle technique, c'est pour surveiller la réalisation progressive de ce droit : c'est pour cela que le Rapporteur spécial a, en 2006, consacré un rapport à une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme (E/CN.4/2006/48). Autre outil auquel il faut songer davantage : les évaluations d'impact, auxquelles le présent rapport consacre un chapitre.

12. Mais la prise en compte du droit à la santé dans les orientations nationales et internationales pose d'autres problèmes. Par exemple, vu leurs ressources limitées, comment les décideurs peuvent-ils choisir entre différents systèmes et programmes de santé qui tous contribuent d'une manière ou d'une autre à la réalisation du droit à la santé? Une des questions les plus difficiles posées au Rapporteur spécial en mission dans les pays est la suivante : vu les contraintes budgétaires, comment le Ministre de la santé peut-il privilégier les interventions de santé en se conformant aux obligations nationales et internationales du gouvernement concernant les droits de l'homme?

13. Au cours des années, les spécialistes de la santé ont engendré quantité de documents et de pratiques sur l'art de privilégier et de rationner les interventions de santé. La rentabilité et l'équité sont au nombre des principes utilisés par les économistes et éthicistes de la santé pour guider les décideurs sur ce terrain difficile. Certes, ils sont loin d'avoir résolu les problèmes, mais ils ont porté aux questions une attention considérable.

14. Par contre, les défenseurs des droits de l'homme n'ont pas encore accordé à ces importantes questions l'attention qu'elles méritent. À part quelques exceptions honorables, il n'existe guère de documents sur les droits de l'homme où le sujet est abordé². Les organismes de l'ONU issus de traités ne donnent aucune instruction précise sur la manière dont les États peuvent privilégier la santé tout en se conformant à leurs obligations concernant les droits de l'homme.

15. Cela est d'autant plus surprenant que la fixation des priorités pose de graves questions pour les droits de l'homme car elle a souvent donné aux besoins des citoyens riches la préférence sur ceux des ruraux pauvres en marginalisant les droits à prestations des femmes, des handicapés et des groupes désavantagés. En calquant et en aggravant ainsi les schémas d'inclusion et d'exclusion on porte atteinte au droit au meilleur état de santé possible.

16. Néanmoins, on entend encore dire que les défenseurs des droits de l'homme ne devraient pas se mêler de l'établissement des priorités. Selon cette thèse, il suffirait de procurer à la santé davantage de ressources³, ce qui est en partie vrai car de nombreux pays dépensent bien moins que les 34 dollars par personne recommandés comme minimum par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS⁴. On a

¹ Par exemple, voir le rapport du Rapporteur spécial (janvier 2007) A/HRC/4/28, chap. III.

² Il en est question dans des documents et des affaires judiciaires, par exemple *Soobramoney c. le Ministre de la santé*, Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, affaire CCT 32/97, 26 novembre 1997; et F. Alvarez-Castillo, T. K. Sundari Ravindran et H. de Pinho, « Prioritisation », dans T. K. Sundari Ravindran et H. de Pinho (éd.), *The Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health* (Université du Witwatersrand, 2005).

³ Conformément à l'article 2 (1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui oblige l'État à consacrer autant de ressources que possible au droit à la santé.

⁴ Commission Macroéconomie et Santé, *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique* (OMS, 2002).

donc généralement tout lieu de préconiser l'accroissement des dépenses de santé des pays tant développés qu'en développement.

17. Mais, même avec un surcroît de ressources, il est improbable que tous les besoins de santé seront satisfaits. Autrement dit, il faudra encore faire des choix difficiles, les priorités n'ayant d'ailleurs aucun sens si les ressources de santé n'atteignent pas un minimum. Préconiser leur accroissement, sans plus, ne satisfait donc que rarement ceux qui voudraient voir le droit à la santé inspirer les décisions.

18. Le modeste but du présent chapitre est d'inviter toutes les parties à réfléchir davantage à la question complexe et délicate de l'art de fixer les priorités de santé en respectant les droits de l'homme, y compris le droit au meilleur état de santé possible. On trouvera ci-après quelques brèves observations préliminaires afin de stimuler cette réflexion⁵.

Observations préliminaires

19. Pour établir les priorités, il faut une collaboration étroite entre les spécialistes des droits de l'homme et ceux de la santé (dont les épidémiologistes et les économistes).

20. Pour les premiers, la santé bénéficie parfois d'un résultat précis et concret issu de l'établissement des priorités mais, plus souvent, ils s'en tiennent à des considérations de procédure (par exemple la participation, le suivi et la responsabilité) à prendre en compte dans la fixation des priorités.

21. Il serait très difficile, voire impossible, pour une autorité de santé d'appliquer le droit à la santé à l'établissement des priorités sans intégrer les droits de l'homme dans toutes ses responsabilités, c'est-à-dire isolément.

22. Sachant que le droit à la santé comprend le droit aux prestations médicales et aux déterminants de la santé comme l'assainissement, l'eau, la nutrition et le logement, on voit que la fixation des priorités dans toute une gamme de secteurs, au-delà de la santé, aura un effet profond sur lui. D'où l'importance cruciale de la collaboration intersectorielle pour la réalisation du droit au meilleur état de santé possible.

23. La défense des droits de l'homme n'exige pas qu'ils soient tous réalisés du jour au lendemain, ce qui serait illusoire. Reconnaisant les réalités actuelles, y compris les contraintes de ressources, elle admet la réalisation progressive du droit à la santé qu'il faut donc placer dans ce contexte.

24. La fixation des priorités doit se faire dans le cadre d'une stratégie de santé globale et nationale qui énonce la manière dont l'État compte réaliser progressivement les divers éléments du droit au meilleur état de santé possible et qu'elle-même doit s'inspirer d'une évaluation de base globale et actuelle de l'état de la santé, et de la jouissance du droit à la santé, dans toute la juridiction.

⁵ Ces renseignements sont tirés des documents préparés par Carla Clarke, Gunilla Backman, Rajat Khosla et Stephania Tripodi pour une consultation officielle organisée par la Fédération internationale des organisations de santé et des droits de l'homme et l'Université d'Essex en juillet 2005, ainsi que d'un projet de chapitre rédigé la même année par Judith Bueno de Mesquita après consultations supplémentaires. Qu'ils en soient tous remerciés.

25. Chacun ayant le droit de participer aux décisions de santé qui l'affectent⁶, l'établissement des priorités exige la participation active et informée de tous les intéressés, y compris celle des groupes marginalisés, pour programmer, décider et organiser le suivi et la responsabilisation.

26. Dans une perspective des droits de l'homme, la fixation des priorités doit s'occuper particulièrement d'améliorer la situation des populations, collectivités et personnes les plus désavantagées dans le pays en cause, et notamment de celles qui vivent dans la pauvreté. Autrement dit, la vulnérabilité et l'adversité sont au nombre des critères raisonnables et objectifs qu'il faut appliquer en fixant les priorités. Il faut aussi songer à la discrimination directe et indirecte. Les données doivent donc être ventilées au maximum.

27. Des mécanismes de suivi et de responsabilisation sont nécessaires pour choisir les priorités et les mettre en œuvre. À cette fin, des indicateurs et des repères appropriés sont essentiels.

28. Le droit à la santé comprend des obligations essentielles à effet immédiat et non pas réalisables progressivement. Elles correspondent aux niveaux élémentaires de ce droit comme la non-discrimination, l'élaboration d'une stratégie de santé nationale et globale, les soins intégrés de santé primaires (exposés dans la Déclaration d'Alma-Ata) et l'accès à l'assainissement de base. Or, malgré les pénétrants apports de divers auteurs, il reste encore beaucoup à faire pour expliciter ces obligations essentielles issues du droit à la santé⁷ et que, dans la mesure où on peut les recenser avec assez de clarté, l'établissement des priorités ne devrait pas compromettre.

29. Vu l'impératif de la réalisation progressive, tous les éléments du droit à la santé doivent au moins rester à leur niveau actuel de mise en œuvre (principe de non-régression).

30. Les droits de l'homme imposant des devoirs d'assistance et de coopération internationales, les pays donateurs devraient aider les pays en développement à établir leurs priorités en respectant le droit à la santé. Les donateurs et les organisations internationales, notamment financières, devraient veiller à ce que leurs politiques et programmes appuient les priorités nationales des pays bénéficiaires décidées par des processus démocratiques et participatifs.

Conclusions

31. Bien que les droits de l'homme puissent aider à établir les priorités, on ne peut en attendre des réponses toutes faites à des questions très complexes, pas plus qu'on en attend de l'éthique, de l'économie ou des principes généraux du droit. Mais il faut en attendre l'exclusion de processus et de choix, ce qui laisse d'ailleurs quelques options, toutes légitimes.

32. Les paragraphes qui précèdent ne sont que des points de discussion préliminaires. Il reste encore beaucoup à faire pour étudier en détail le rôle théorique et pratique des droits de l'homme dans la fixation des priorités de santé et, à mesure que le mouvement pour la santé et les droits de l'homme

⁶ E/2001/22-E/C.12/2000/21, annexe IV, observation générale 14, par. 54.

⁷ Voir Audrey R. Chapman et Sage Russell (eds), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, Anvers, 2002.

mûrit, il est très important qu'il s'en inquiète. De plus, tenir compte de ces droits dans l'établissement des priorités dissipera certains malentendus fréquents relatifs au droit au meilleur état de santé possible et aidera à délimiter le très vaste terrain d'entente entre la santé publique, la médecine et les droits de l'homme.

III. Évaluations d'impact et droit au meilleur état de santé possible

33. Tout gouvernant moderne qui envisage une politique sans dogmatisme voudra examiner d'une manière équilibrée, objective et rationnelle l'impact qu'elle pourra avoir, notamment sur ceux qui vivent dans la pauvreté, et s'assurer qu'elle soit conforme aux obligations nationales et internationales de l'État, notamment celles qui intéressent les droits de l'homme.

34. Cela étant, on attend de plus en plus des gouvernements qu'ils fassent des évaluations d'impact sur les droits de l'homme avant de mettre en œuvre des politiques, des programmes et des projets. Or, à ce jour, on n'a guère entrepris d'élaborer des méthodes et des outils pour les y aider.

35. Dans son rapport initial à la Commission des droits de l'homme en 2003, le Rapporteur spécial a expliqué qu'il voulait examiner les évaluations d'impact sur le droit à la santé (E/CN.4/2003/58, par. 82 à 85). En réponse, la Commission lui a demandé expressément d'en poursuivre l'analyse des évaluations d'impact sur la santé⁸. Depuis lors, il les a étudiées compte tenu des règles et politiques commerciales⁹. De plus, lors de ses missions, il a évoqué, lorsqu'il l'a fallu, la question des évaluations d'impact¹⁰.

36. L'an dernier, avec Gillian MacNaughton, le Rapporteur spécial a rédigé un rapport sur les évaluations d'impact, la pauvreté et le droit au meilleur état de santé possible¹¹. L'UNESCO a financé ces recherches¹². Il s'agissait de travailler à l'élaboration d'une méthode pour évaluer les impacts sur les droits de l'homme, axée notamment sur le droit au meilleur état de santé possible. Le rapport a plus de 60 pages et compte 34 annexes détaillées. On en donne ici un aperçu.

37. L'évaluation d'impact sur les droits de l'homme est le processus par lequel on prévoit les conséquences potentielles, sur leur exercice, d'une politique, d'un programme ou d'un projet envisagé afin d'en informer les décideurs et la population pour qu'ils puissent l'améliorer en en réduisant les effets négatifs éventuels et en renforçant les effets positifs. L'évaluation d'impact est une notion relativement récente pour les droits de l'homme mais dans d'autres domaines – par exemple, l'environnement et la société – elle est bien établie et sert couramment dans de

⁸ Voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 2003, Supplément n° 3* (E/2003/23), sect. II A, résolution 2003/28, par. 16.

⁹ Voir E/CN.4/2004/49/Add.1, par. 53 à 56.

¹⁰ Voir par exemple A/HRC/4/28/Add.2, par. 122 et 123.

¹¹ Paul Hunt et Gillian MacNaughton, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (UNESCO, 2006). Le texte intégral est disponible au site Web de l'Université d'Essex, Centre des droits de l'homme, Unité du droit à la santé http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/projects.shtm.

¹² Le Rapporteur spécial est très reconnaissant à l'UNESCO et à M^{me} MacNaughton.

nombreux pays à évaluer les politiques, programmes et projets avant adoption. Il s'agit donc, à la même fin, de l'étendre aux droits de l'homme.

38. Le rapport examine, pour en dégager de grands critères, trois initiatives novatrices d'évaluation d'impact sur les droits de l'homme : a) le manuel de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement intitulé *Handbook in Human Rights Assessment* (2007); b) l'initiative Droits et démocratie sur l'étude d'impact sur les droits humains (*sic*); et c) l'ouvrage du Comité humaniste pour les droits de l'homme intitulé *Health rights of women assessment instrument* (2006)¹³. Le rapport est axé sur l'obligation qu'ont les gouvernements d'entreprendre des évaluations d'impact afin de se conformer à celle qu'ils ont de réaliser progressivement les droits de l'homme. Il propose donc une méthode conçue pour évaluer les politiques, programmes et projets des gouvernements¹³. La méthode, purement prospective, n'intéresse pas l'impact des initiatives déjà réalisées. Son élaboration est complexe et demandera encore des travaux et des débats. Les observations sur l'étude seront les bienvenues.

39. Pour élaborer une méthode d'évaluation d'impact, on peut suivre deux approches distinctes. Ou bien on met au point une méthode d'évaluation d'impact *sui generis* sur les droits de l'homme (comme on l'a fait pour l'environnement et la société). Ou bien on met au point une méthode pour les intégrer dans d'autres types existants d'évaluations d'impact : le rapport retient cette approche, qui est conforme à l'intégration des droits de l'homme dans tous les processus gouvernementaux mais qui exigera une collaboration interdisciplinaire entre les spécialistes des droits de l'homme et les experts en divers types d'évaluation d'impact, etc. L'étude contribue à ce processus en formulant des considérations et des cadres canevas relatifs aux droits de l'homme et en esquissant une méthode.

40. Le rapport offre une méthode en deux parties. La première expose les sept principes généraux suivants pour réaliser une évaluation d'impact fondée sur les droits : a) utiliser un canevas explicite pour les droits de l'homme; b) viser à leur réalisation progressive; c) défendre l'égalité et la non-discrimination dans le processus et l'action; d) assurer la participation authentique de tous les intéressés; e) informer et protéger la liberté d'expression; f) établir des mécanismes pour obliger l'État à rendre des comptes; et g) reconnaître l'interdépendance de tous les droits de l'homme.

41. La deuxième partie de la méthode propose les six étapes suivantes pour intégrer le droit à la santé, amorce de l'intégration de tous les droits de l'homme dans les évaluations d'impact existantes : a) procéder à un examen préliminaire de la politique envisagée pour déterminer si une évaluation d'impact complète sur le droit à la santé est nécessaire; b) préparer un plan d'évaluation et distribuer à tous les intéressés des renseignements sur la politique et le plan; c) recueillir des renseignements sur les impacts potentiels de la politique envisagée pour le droit à la santé; d) préparer un projet de rapport comparant ces impacts potentiels aux obligations qu'impose à l'État le droit à la santé; e) distribuer le projet de rapport et inviter les intéressés à évaluer les options; et f) établir le rapport final qui énoncera la décision définitive, les motifs des choix faits et le cadre d'exécution et d'évaluation.

¹³ Certaines évaluations concernant les droits de l'homme sont axées sur les acteurs non gouvernementaux comme par exemple une étude récente de l'ONU sur les évaluations d'impact et les affaires (A/HRC/4/74).

42. Le dernier chapitre du rapport propose des activités de suivi. Le Rapporteur spécial promeut l'étude lors de ses missions et elle a déjà été présentée dans certains ateliers. Moyennant un supplément de fonds, il serait bon de distribuer le rapport plus largement pour en débattre. Plus tard en 2007, le Rapporteur spécial le présentera à la huitième Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé.

43. Les travaux doivent se poursuivre pour déterminer si l'intégration de droits de l'homme comme le droit à la santé dans d'autres évaluations d'impact existantes est possible, avec études de cas sur différents types d'évaluation d'impact. Les outils – comme les répertoires, les directives pour entretiens et les diagrammes pour relier les impacts et les obligations touchant les droits de l'homme – (qui se trouvent tous dans le rapport) restent à préciser. Il faut encourager les gouvernements et les spécialistes des évaluations d'impact à suivre les approches fondées sur les droits pour évaluer les impacts et fixer les orientations à prendre.

44. En conclusion, les évaluations d'impact sur les droits de l'homme aident à élaborer des politiques équitables, inclusives, robustes et durables. Elles sont un moyen de faire prendre en compte le droit à la santé – notamment des groupes marginalisés, surtout pauvres – dans tous les processus nationaux et internationaux d'élaboration des politiques. Du point de vue du droit à la santé, tout système de santé exige une méthode d'évaluation d'impact car sans elle, comment un gouvernement peut-il savoir si les politiques, programmes et projets qu'il envisage permettront de réaliser progressivement le droit au meilleur état de santé possible qu'exige le droit international des droits de l'homme?

IV. Eau, assainissement et droit de jouir du meilleur état de santé possible

45. La santé des populations, des communautés et des individus ne se limite pas aux soins médicaux. Les conditions sociales, culturelles, économiques qui créent le besoin de soins médicaux sont tout aussi importantes¹⁴. Une commission de l'OMS étudie à l'heure actuelle les déterminants sociaux de la santé tels que le sexe, la pauvreté et l'exclusion sociale¹⁵. D'autres déterminants de la santé sont l'accès à l'eau et à l'assainissement, la nutrition, le logement et l'éducation.

46. Dans certains milieux, le droit de jouir du meilleur état de santé possible est compris au sens étroit de droit aux soins médicaux. Mais cette opinion est incompatible avec le droit international relatif aux droits de l'homme, qui s'étend à la médecine et à la santé publique. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, par exemple, et la Convention relative aux droits de l'enfant, indiquent clairement que le droit à la santé va au-delà de l'accès aux soins médicaux. L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que le droit à la santé comprend la fourniture d'aliments nutritifs, d'eau potable, la salubrité de l'environnement et autres, ainsi que les soins de santé. Le fait de mettre

¹⁴ Voir le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 1946; R. Beaglehole, « Overview and framework », in Roger Detels ed., *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford University Press, quatrième édition, 2002.

¹⁵ Pour obtenir des informations sur la Commission, visitez le site Web de l'OMS : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html.

le droit à la santé sur le même plan que le droit aux soins médicaux constitue une interprétation erronée du droit international relatif aux droits de l'homme.

47. Le droit de jouir du meilleur état de santé possible est un droit global dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique, et l'interdiction de la discrimination¹⁶. En bref, le droit à la santé comprend à la fois les soins médicaux et les déterminants fondamentaux de la santé.

48. Dans ses rapports, le Rapporteur spécial a toujours tenu compte des soins médicaux et des déterminants fondamentaux de la santé, notamment l'incidence de la pauvreté et la discrimination en matière de santé. Il a cependant relevé une tendance marquée chez certains gouvernements et organisations internationales à consacrer une attention et des ressources disproportionnées aux soins médicaux aux dépens des déterminants fondamentaux de la santé. Cette tendance est profondément regrettable car les deux aspects constituent des éléments clefs du droit de jouir du meilleur état de santé possible.

49. Le cadre restreint du présent rapport ne permet pas de rendre pleinement compte de toutes les questions pertinentes. La présente section se penche toutefois sur deux déterminants fondamentaux de la santé : l'accès à l'eau potable et à un système adéquat d'assainissement¹⁷ et adopte le cadre d'analyse du droit à la santé utilisé par le Rapporteur spécial dans ses rapports antérieurs, s'agissant d'autres questions de santé. Bien que l'analyse soit confinée à deux conditions essentielles de santé, à savoir l'eau et l'assainissement, elle illustre bien les autres déterminants fondamentaux de la santé, d'où sa pertinence.

Eau, assainissement et droits de l'homme

Eau, assainissement et droit à la santé

50. L'accès à une eau salubre et potable et à un assainissement adéquat sont deux déterminants fondamentaux étroitement liés, qui sont essentiels à la réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé possible. Un accès insuffisant à l'eau et à l'assainissement peut menacer la vie, mettre en péril la santé, détruire des chances, porter atteinte à la dignité humaine et accroître la marginalisation¹⁸.

51. Chaque année, 1,8 million de personnes, dont 90 % d'enfants de moins de 5 ans, vivant pour la plupart dans les pays en développement, meurent de maladies diarrhéiques (y compris du choléra). D'après l'OMS, 88 % des maladies diarrhéiques sont imputables à la mauvaise qualité de l'eau et à une hygiène

¹⁶ E/2001/22-E/C.12/2000/21, annexe IV, Observation générale n° 14, par. 11.

¹⁷ À cet égard, des expressions voisines mais en fait différentes sont parfois utilisées : « eau salubre et potable et système adéquat d'assainissement » et « eau potable sans danger et services d'assainissement de base ». Aux fins de la présente section, on utilisera « eau potable et système adéquat d'assainissement » pour les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau et l'assainissement.

¹⁸ Voir *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, PNUD, http://hdr.undp.org/hdr2006/report_fr.cfm.

défectueuse. L'amélioration de la qualité de l'eau ferait reculer de 25 % la morbidité attribuable aux maladies diarrhéiques, tandis que celle de l'assainissement ferait reculer de 32 % la morbidité attribuable aux maladies diarrhéiques¹⁹.

52. Chaque année, près de 1,3 million de personnes, dont 90 % d'enfants de moins de 5 ans, meurent du paludisme. L'irrigation intensive, les barrages, les projets hydrologiques pèsent lourdement sur la charge de morbidité. Une bonne gestion des ressources hydriques peut réduire la propagation du paludisme et des autres maladies à transmission vectorielle¹⁹.

53. De même, 160 millions de personnes sont atteintes de schistosomiase. La maladie provoque des dizaines de milliers de décès chaque année, principalement en Afrique subsaharienne. Elle est étroitement liée à l'évacuation des excréments dans de mauvaises conditions et à l'éloignement des sources d'eau salubre. L'assainissement de base peut faire reculer la maladie de 77 %¹⁹.

54. Chez 6 millions de personnes, le trachome a entraîné la cécité. Plus de 150 millions de personnes ont besoin de se faire soigner. L'amélioration de l'accès à des sources d'eau salubre et une meilleure hygiène permettraient de réduire de 27 % la morbidité attribuable au trachome¹⁹.

55. L'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat est vital dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida car, comme pour d'autres maladies, il faut de l'eau pour administrer les médicaments, faire la toilette des patients, laver les vêtements souillés et s'en tenir à une hygiène de base pour réduire les risques d'infection. Lorsqu'on donne régulièrement à des enfants nés de mères séropositives des substituts du lait maternel nutritifs, préparés avec de l'eau potable, on les protège davantage des maladies et de la mort²⁰. Comme l'a fait remarquer l'ancien Secrétaire général Kofi Annan : « Nous ne vaincrons ni le sida, ni la tuberculose, ni le paludisme, ni aucune autre maladie infectieuse qui frappe les pays en développement, avant d'avoir gagné le combat de l'eau potable, de l'assainissement et des soins de santé de base »²¹.

56. Dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et dans le Plan de mise en œuvre du Sommet mondial pour le développement durable, tenu à Johannesburg, la communauté internationale a reconnu le lien entre pauvreté, eau, assainissement, santé et développement humain, en intégrant l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène aux objectifs du Millénaire pour le développement. La cible 10 des objectifs est de réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à un assainissement de base. Mais d'après le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance, si les tendances actuelles se poursuivent, l'objectif fixé sera manqué de plus d'un demi-milliard de personnes. De même, bien que l'on soit généralement en voie d'atteindre la cible liée à l'eau potable, la tendance est cependant à la baisse²².

¹⁹ Voir http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/fr/index.html.

²⁰ ONUSIDA/UNICEF/OMS, *Le VIH et l'alimentation du nourrisson : Principes directeurs à l'intention des décideurs*, 1998.

²¹ Discours prononcé par Kofi Annan au cours de la cinquante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé à Genève le 17 mai 2001.

²² OMS/UNICEF, *Atteindre l'OMD relatif à l'eau potable et à l'assainissement : le défi urbain et rural de la décennie* (2006).

57. Atteindre la cible liée à l'eau et à l'assainissement entraînerait des bienfaits économiques considérables. D'après une étude récente de l'OMS, chaque dollar investi permettrait d'engranger des gains de 3 à 34 dollars, en fonction des régions. Atteindre l'objectif concernant l'eau et l'assainissement permettrait de réduire les dépenses de santé de 7,3 milliards de dollars par an²³. En somme, améliorer la qualité de l'eau et des systèmes d'approvisionnement représente un investissement qui non seulement sauve des vies et améliore la santé mais aussi permet de réaliser des économies appréciables dans le budget de la santé et celui des ménages²⁴.

Eau, assainissement et autres droits de l'homme

58. Outre le droit de jouir du meilleur état de santé possible, l'eau et l'assainissement permettent de bénéficier pleinement d'autres droits économiques, sociaux et culturels.

59. Dans le cadre du droit à une alimentation suffisante par exemple, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné l'importance de garantir un accès durable aux ressources en eau pour l'agriculture²⁵. Le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation a également souligné l'interdépendance entre l'eau et le droit à l'alimentation, faisant remarquer qu'une alimentation saine passe inévitablement par une eau potable salubre²⁶. Au niveau régional, dans le cadre du droit à la sécurité alimentaire, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique impose aux États de prendre les mesures nécessaires pour assurer aux femmes l'accès à l'eau potable.

60. Tant le Comité des droits économiques, sociaux et culturels que le Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation ont souligné que les écoles doivent être approvisionnées en eau potable salubre et être dotées d'installations sanitaires privées sûres et séparées pour les filles²⁷.

61. Un accès durable à l'eau potable et à un assainissement adéquat constitue également un élément fondamental du droit à un logement convenable²⁸. Le principe 2 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) énonce que « les individus ont droit à un niveau de vie suffisant pour eux-mêmes et leurs familles, y compris une alimentation, des vêtements, un logement, un approvisionnement en eau et un système d'assainissement adéquats » (voir A/Conf.171/13, chap. I, résolution 1, annexe). De plus, l'accès à l'eau et à l'assainissement est un élément clef du mandat du Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant et le Rapporteur spécial souligne qu'un manque d'accès à l'eau se solde par des conséquences particulièrement catastrophiques pour les femmes et les enfants²⁹.

²³ B. Evans *et al.*, *Closing the Sanitation Gap: Case for Better Public Funding of Sanitation and Hygiene* (OECD, 2004).

²⁴ J. Bartram *et al.*, *Focusing on improved water and sanitation for health*, *Lancet*, vol. 365 (2005).

²⁵ E/2000/22-E/C.12/1999/11, annexe V, observation générale n° 12, par. 12 et 13.

²⁶ A/56/210, par. 58 à 71. Voir également E/CN.4/2003/54.

²⁷ E/CN.4/2006/45, par. 129.

²⁸ E/1992/23-E/C.12/1991/4, annexe III.

²⁹ Voir E/CN.4/2003/5 et E/CN.4/2002/59.

62. En bref, l'accès à l'eau et à l'assainissement fait partie intégrante de plusieurs droits fondamentaux, notamment celui de jouir du meilleur état de santé possible.

Eau et assainissement en tant que droit fondamental

63. Bon nombre de documents internationaux, y compris de traités et de déclarations, reconnaissent le droit fondamental à l'eau et à l'assainissement comme un droit autonome. C'est également le cas de plusieurs organes gouvernementaux et non gouvernementaux et de diverses décisions judiciaires³⁰.

64. Si le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ne fait pas explicitement référence au droit à l'eau et à l'assainissement, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels estime que l'eau est un droit indépendant implicite dans le Pacte, qu'il est étroitement lié au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, au droit à un logement convenable et au droit à une nourriture suffisante.

65. Le Comité définit le droit à l'eau comme un approvisionnement suffisant, physiquement accessible et à un coût abordable, d'une eau salubre et de qualité acceptable pour les usages personnels et domestiques de chacun³¹. Il précise que le fait de garantir l'accès à un assainissement adéquat constitue un des principaux moyens de protéger la qualité de l'approvisionnement et des ressources en eau potable et que les États parties ont l'obligation de fournir progressivement des services d'assainissement sûrs, en particulier dans les zones rurales et les zones urbaines déshéritées³². En élaborant le contenu normatif de ce droit et les obligations qui en découlent, le Comité note que pendant les conflits armés, les situations d'urgence et les catastrophes naturelles, le droit à l'eau englobe les obligations qui incombent aux États parties en vertu du droit international humanitaire³³.

66. La Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme des Nations Unies confirme pour sa part dans sa résolution 2006/10 que chacun a le droit de disposer d'eau potable en quantité suffisante pour satisfaire ses besoins essentiels et de bénéficier d'installations sanitaires culturellement acceptables, accessibles, sûres et abordables, qui prennent en compte les exigences d'hygiène, de dignité humaine, de santé publique et de protection de l'environnement (voir A/HRC/2/2, chap. II).

67. Au niveau régional, le droit de disposer d'eau potable en quantité suffisante pour satisfaire ses besoins essentiels est reconnu par le Conseil de l'Europe aux paragraphes 5 et 9 de sa recommandation relative à la Charte européenne des ressources en eau (2001). De même, à leur récent sommet, les chefs d'État et de gouvernement du Mouvement des pays non alignés ont reconnu dans leur document final le droit à l'eau sans discrimination.

68. Au niveau national, les constitutions de certains pays comme l'Afrique du Sud et l'Uruguay intègrent un droit explicite à l'eau. En outre, plusieurs décisions judiciaires sont fondées sur ce droit fondamental. Par exemple, dans l'affaire

³⁰ Voir OMS, HCDH, Centre on Housing Rights and Evictions, Water Aid et Centre for economic and social rights, *The Right to Water* (2003), http://www.who.int/water_sanitation_health/rtwrev.pdf.

³¹ E/2003/22-E/C.12/2002/13, annexe IV.

³² Ibid., par. 29.

³³ Ibid., par. 22.

Residents of Bon Vista Mansions c. Southern Metropolitan Local Council, la Cour constitutionnelle sud-africaine a conclu que le fait de couper l'approvisionnement en eau semblait a priori constituer un manquement à l'obligation constitutionnelle de l'État de respecter le droit à l'eau. De même, dans l'affaire *Subhash Kumar c. State of Bihar*, la Cour suprême de l'Inde a considéré que le droit à la vie était un droit fondamental au titre de l'article 21 de la Constitution et qu'il comprenait le droit de bénéficier d'air et d'eau non pollués pour pouvoir pleinement profiter de la vie.

69. Le Rapport mondial sur le développement humain 2006 met l'accent sur l'importance d'une démarche axée sur les droits fondamentaux pour assurer l'accès à une eau potable et un assainissement adéquat. Il souligne que l'accès à l'eau est un besoin vital et un droit de l'homme fondamental. Il indique également que le droit à l'eau doit s'accompagner de la reconnaissance du droit à un approvisionnement en eau sûr, accessible et abordable³⁴. Le Rapport souligne que les gouvernements ont pour responsabilité d'entériner le droit fondamental à l'eau dans la législation habilitante et de s'employer à obtenir sa réalisation progressive.

Cadre analytique relatif au droit à la santé

70. Ces dernières années, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'OMS, les organisations de la société civile, les universitaires et beaucoup d'autres acteurs ont élaboré une façon de décortiquer ou d'analyser le droit à la santé afin de mieux faire comprendre cette notion pour l'appliquer concrètement aux politiques, programmes et projets liés à la santé. De son côté, le Rapporteur spécial s'est efforcé d'appliquer et d'affiner ce cadre d'analyse dans son rapport de pays et dans d'autres rapports³⁵. Mais surtout, le cadre a une application générale qui s'étend à tous les aspects du droit de jouir du meilleur état de santé possible, notamment aux déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'eau potable et un assainissement adéquat.

71. Bien que le cadre d'analyse soit décrit de manière plus précise ailleurs³⁶, ses éléments clefs peuvent être récapitulés comme suit :

- a) Identification des lois, règles et normes pertinentes relatives aux droits de l'homme aux niveaux national et international;
- b) Prise en considération du fait que le droit à la santé est assujéti à des ressources limitées ainsi qu'à une mise en œuvre progressive, exigeant l'identification d'indicateurs et de critères afin de mesurer les progrès accomplis au fil du temps (ou l'absence de progrès);
- c) Cela étant, prise en considération du fait qu'un certain nombre d'obligations nées du droit à la santé ne relèvent ni de ressources limitées, ni d'une mise en œuvre progressive, mais sont à effet immédiat, à titre d'exemple, l'obligation de s'abstenir de toute discrimination *de jure* ou de facto;
- d) Prise en considération du fait que le droit à la santé inclut des libertés (absence de discrimination en matière d'accès à l'eau) et des droits à prestations (fournir l'accès minimum essentiel à l'eau et à l'assainissement). Les libertés n'ont, pour la plupart, pas d'incidence budgétaire contrairement aux prestations;

³⁴ Voir *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, PNUD, p. 3 et 4.

³⁵ Voir par exemple A/61/338; voir également E/CN.4/2006/48/Add.2.

³⁶ Voir E/CN.4/2005/51.

e) Tous les services, biens et établissements sanitaires doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (cette formule est brièvement appliquée aux médicaments aux paragraphes 73 à 76 ci-après);

f) Il incombe aux États de respecter, de protéger et d'assurer le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique possible (ces dispositions sont aussi brièvement appliquées au droit à la santé, voir les paragraphes 82 et 83 ci-après);

g) Du fait de leur importance capitale, le cadre analytique exige qu'une attention spéciale soit accordée aux questions de non-discrimination, d'égalité et de vulnérabilité;

h) Le droit à la santé exige que les personnes et les communautés puissent participer activement et en connaissance de cause à la prise de toute décision ayant une incidence sur leur santé;

i) Il incombe aux pays en développement de solliciter l'assistance et la coopération internationales, tandis qu'un certain nombre des responsabilités concernant l'exercice effectif du droit à la santé dans les pays en développement sont du ressort des pays développés;

j) Le droit à la santé exige que des mécanismes de suivi et de responsabilisation efficaces, transparents et accessibles soient disponibles aux niveaux national et international.

72. À titre d'exemple, la présente section applique brièvement les éléments de ce cadre d'analyse à l'eau et à l'assainissement dans le cas du droit à la santé.

Responsabilité des États

Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité

73. Le droit à la santé exige d'un État qu'il fasse tout ce qui est en son pouvoir pour que soient mis à la disposition de chaque personne vivant sur son territoire de l'eau potable et un assainissement adéquat. La quantité d'eau disponible pour chacun devrait correspondre aux directives de l'OMS³⁷. Il existe des groupes ou des particuliers qui ont besoin d'eau en quantité plus importante pour des raisons liées à la santé, au climat ou au travail. Les États doivent par conséquent veiller à ce que l'eau soit disponible en quantité suffisante pour satisfaire les besoins de ces catégories particulières. Ils doivent adopter des mesures pour éviter la surconsommation et assurer une utilisation efficace de l'eau. Le droit à la santé surcommande aux États de veiller à rendre l'eau potable disponible pour les usages personnels et domestiques, qui sont la consommation, l'assainissement individuel, le lavage du linge, la préparation des aliments ainsi que l'hygiène personnelle et domestique³⁸.

74. En plus de cette disponibilité, le droit à la santé exige que l'eau et les services d'assainissement soient accessibles, sans discrimination, à tous. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent :

³⁷ Voir G. Howard et J. Bartram, *Domestic Water Quantity, Service Level and Health* (OMS, 2002).

³⁸ E/2003/22-E/C.12/2002/13, annexe IV.

a) L'eau et l'assainissement doivent être physiquement accessibles sans danger pour toutes les couches de la population, partout dans le pays. L'eau et l'assainissement doivent donc être physiquement accessibles soit au sein du foyer, dans les établissements d'enseignement, sur le lieu de travail ou dans des établissements de santé, soit à proximité immédiate de ces lieux³⁹. Si l'eau n'est pas accessible physiquement et sans danger, cela peut sérieusement nuire à la santé des personnes chargées de la transporter, notamment les femmes et les filles. Le fait de porter de lourds conteneurs d'eau sur de longs trajets peut être source de fatigue, de douleurs, de blessures à la colonne vertébrale ou pelviennes, voire de complications durant la grossesse et l'accouchement. De même, l'absence d'installations sanitaires privées et sûres astreint les femmes à une routine quotidienne inconfortable, stressante ou humiliante, qui peut nuire à leur santé⁴⁰. En concevant les installations sanitaires des camps de réfugiés et de personnes déplacées, il faut veiller tout particulièrement à prévenir la violence sexiste, en installant par exemple les sanitaires à des endroits sûrs se trouvant à proximité des habitations⁴¹;

b) L'eau et l'assainissement doivent être accessibles d'un point de vue économique (c'est-à-dire abordables), y compris pour ceux qui vivent dans la pauvreté. On attribue à celle-ci l'accès inégal aux services de santé, à l'eau potable et à l'assainissement. Si ceux qui vivent dans la pauvreté ne bénéficient pas d'eau potable et d'un assainissement adéquat, l'État se doit d'adopter des mesures raisonnables pour veiller à ce que chacun y ait accès;

c) L'eau et l'assainissement doivent être accessibles à tous, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits tels que le sexe, la race, l'appartenance ethnique, le handicap ou le statut socioéconomique;

d) Il faut permettre à chacun d'avoir accès à des données fiables sur l'eau et l'assainissement, pour favoriser la prise de décisions avisées.

75. Outre la disponibilité et l'accessibilité, le droit à la santé exige que les installations d'eau et d'assainissement soient respectueuses des problèmes particuliers des femmes, ainsi que de l'évolution des besoins tout au long du cycle de la vie, et qu'elles soient acceptables sur le plan culturel. Il faut, par exemple, adopter des mesures pour veiller à ce que les installations sanitaires respectent la pudeur des femmes, des hommes et des enfants.

76. Le droit à la santé nécessite des services de distribution d'eau et des installations sanitaires de bonne qualité. L'eau nécessaire pour chaque usage personnel et domestique doit être salubre et donc exempte de microbes, de substances chimiques et de risques radiologiques qui constituent une menace pour la santé⁴². Les États doivent imposer une réglementation et fixer des normes liées à la qualité de l'eau sur la base des directives de qualité pour l'eau de boisson de l'OMS⁴³. De même, les installations sanitaires doivent être de bonne qualité. Chaque personne doit avoir un accès abordable à des installations d'assainissement sanitaires qui soient suffisantes pour promouvoir et protéger la dignité et la santé de

³⁹ E/CN.4/Sub.2/2005/25, directive n° 1.3.

⁴⁰ Équipe du Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies sur l'eau et l'assainissement, *Santé, dignité et développement : comment y parvenir?* (2005).

⁴¹ Voir HCR, *Access to Water in Refugee Situations* (2005).

⁴² E/2003/22-E/C.12/2002/13, annexe IV, observation générale n° 15, par. 12 b).

⁴³ OMS, « Directives de qualité pour l'eau de boisson » (2006).

l'homme. Toutefois, il importe aussi de bien voir que la protection intégrale de la santé de l'homme passe par la protection de l'environnement contre la pollution due aux déchets humains, ce qui suppose que chacun ait accès à des moyens d'assainissement adéquats et les utilise⁴⁴. L'eau et l'assainissement de bonne qualité réduisent la vulnérabilité à l'anémie et autres situations qui sont à l'origine de la mortalité et de la morbidité infantiles et maternelles.

Lutte contre les discriminations, les inégalités et la vulnérabilité

77. Ce souci des populations vulnérables et défavorisées découle de deux principes essentiels du droit international relatif aux droits de l'homme : la non-discrimination et l'égalité. Ils amènent parfois les États à prendre des mesures en faveur des personnes et des communautés défavorisées. La non-discrimination et l'égalité ont de nombreuses répercussions dans le contexte actuel. Elles poussent par exemple un État à établir une politique en matière d'eau et d'assainissement qui tienne compte des priorités nationales et locales liées à la santé et qui intègre des programmes visant à satisfaire les besoins des populations défavorisées. Elles exigent également d'un État qu'il prête attention aux individus et aux groupes qui ont des besoins particuliers en eau et en assainissement du fait de leur état de santé, des conditions climatiques ou autres.

78. Le droit à la santé exige donc d'un État qu'il conçoive une politique nationale en matière d'eau et d'assainissement de manière à garantir l'accès équitable des catégories vulnérables et défavorisées : femmes et enfants, minorités ethniques, peuples autochtones, personnes vivant dans la pauvreté, personnes vivant avec le VIH/sida, déplacés, personnes âgées, invalides et handicapés, détenus et autres.

Réalisation progressive et obligations à effet immédiat

79. Le droit de jouir du meilleur état de santé possible – et donc des déterminants fondamentaux de la santé tels que l'eau potable et un assainissement adéquat – est une réalisation progressive liée à la disponibilité des ressources, comme le stipule le paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et politiques. En clair, la réalisation progressive signifie que les États devront mieux faire dans deux ans qu'aujourd'hui, et la disponibilité des ressources signifie que ce qui est exigé de la part des pays développés est supérieur à ce que l'on attend des pays en développement.

80. Il s'ensuit un certain nombre de conséquences importantes. Ainsi, les États ont besoin d'indicateurs et de repères appropriés pour savoir si oui ou non ils réalisent progressivement le droit à la santé (voir dans le document E/CN.4/2006/48 la description de la démarche intégrant les droits de l'homme). Mais une précision importante s'impose : le droit à la santé comporte quelques obligations de base à effet immédiat qui ne sont pas soumises à une réalisation immédiate⁴⁵ et sans lesquelles il serait largement privé de sa raison d'être⁴⁶. À titre d'exemple, conformément au droit à la santé, les États ont des obligations avec effet immédiat, notamment celle de garantir qu'il sera exercé sans discrimination aucune de viser à assurer des « moyens d'assainissement élémentaire »⁴⁷, et d'assurer l'accès à la

⁴⁴ Voir E/CN.4/Sub.2/2004/20, par. 44.

⁴⁵ E/2001/22-E/C.12/2000/21, annexe IV, observation générale n° 14, par. 43.

⁴⁶ E/1991/23-E/C.12/1990/8 et Corr.1, annexe III, observation générale n° 3, par. 10.

⁴⁷ E/2001/22-E/C.12/2000/21, annexe IV, observation générale n° 14, par. 36.

quantité d'eau essentielle, suffisante et salubre pour les usages personnels et domestiques, afin de prévenir les maladies⁴⁸.

81. En résumé, bien que l'État soit tenu de réaliser progressivement l'accès à l'eau et à l'assainissement, il a pour obligation fondamentale à effet immédiat d'assurer l'accès à la quantité d'eau essentielle, suffisante et salubre pour les usages personnels et domestiques, ainsi qu'un assainissement de base⁴⁹ sur son territoire. Les mesures rétrogrades, qui réduisent l'accès des personnes à l'eau et à l'assainissement, ne sont autorisées que lorsqu'un État peut apporter la preuve qu'il les a adoptées après avoir mûrement pesé toutes les autres solutions possibles et qu'elles sont pleinement justifiées eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte et à l'ensemble des ressources disponibles⁵⁰.

Devoirs de respect, de protection et de réalisation

82. Les États sont tenus de respecter, protéger et réaliser le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Ces dispositions sont également appliquées aux médicaments et aux déterminants fondamentaux de la santé. Dans le cadre des déterminants fondamentaux tels que l'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat, le devoir de respect impose aux États de s'abstenir de polluer l'eau ou d'entraver arbitrairement l'accès d'une personne à l'eau ou à l'assainissement. Leur devoir de protection les oblige à adopter des mesures effectives pour veiller à ce que des tiers ne bloquent pas l'accès à l'eau et à l'assainissement. Un État doit, par exemple, prendre des mesures effectives pour veiller à ce que des prestataires de services privés ne compromettent pas l'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat. Le devoir de réalisation oblige un État à assurer à ceux qui vivent dans la pauvreté l'accès à une quantité d'eau essentielle et suffisante ainsi qu'à un assainissement de base, s'ils ne sont pas en mesure d'y accéder autrement.

83. En d'autres termes, que la fourniture d'eau et les services d'assainissement incombent à une société privée ou publique, l'État a la responsabilité de réglementer de manière appropriée ses systèmes de distribution d'eau et d'assainissement et de veiller à la santé et au bien-être des personnes les plus défavorisées vivant sur son territoire.

Participation

84. La participation active et éclairée des citoyens et des communautés à la définition des politiques sanitaires qui les concernent est un important élément du droit au meilleur état de santé possible. Ce droit exige de déployer des efforts particuliers afin de garantir la participation des catégories qui ont été traditionnellement exclues ou marginalisées. Dans le cadre de l'eau et de l'assainissement, par exemple, bien que les femmes assument une part disproportionnée du fardeau que constituent la collecte de l'eau et l'écoulement des

⁴⁸ Il existe une différence entre l'obligation de base liée à l'eau dans l'observation générale n° 14, par. 36 et l'observation générale n° 15, par. 37 a). Le document recourt à la plus modeste des deux, à savoir la seconde.

⁴⁹ L'assainissement de base est défini par l'Équipe du Projet Objectifs du Millénaire sur l'eau et l'assainissement comme « la technologie la moins coûteuse qui assure un accès durable à des installations sûres et pratiques et l'évacuation hygiénique des excréments et des eaux ménagères ainsi qu'un milieu de vie propre et sain tant à domicile que dans le voisinage des utilisateurs ».

⁵⁰ E/2001/22-E/C.12/2000/21, annexe IV, observation générale n°14, par. 32.

eaux usées du foyer, elles sont souvent exclues des prises de décisions pertinentes. Les États doivent par conséquent adopter des mesures pour faire en sorte qu'elles ne soient pas exclues des prises de décisions qui ont trait à la gestion de l'eau et de l'assainissement.

85. Dans la majeure partie des cas, les communautés et les groupes sont mieux à même de définir les services dont ils ont besoin concernant l'eau et l'assainissement et la façon de les gérer. Par conséquent, en formulant ses politiques et programmes nationaux en matière d'eau et d'assainissement, l'État doit prendre des mesures pour assurer la participation active et éclairée de toutes les personnes concernées.

Aide et coopération internationales

86. Les États sont tenus de prendre des mesures, individuellement ou dans le cadre de l'aide et de la coopération internationales, pour la réalisation pleine et entière des divers droits, dont le droit à la santé. En fonction de la disponibilité des ressources, les pays développés doivent fournir aux pays en développement une aide financière et technique qui viendra compléter les leurs, le but étant que chacun puisse avoir rapidement accès à de l'eau potable et à un assainissement adéquat.

87. Au vu du défi monumental que représente l'insuffisance de l'eau et des services d'assainissement dans les pays en développement, le Rapporteur spécial a rappelé aux États les engagements souscrits dans la Déclaration du Millénaire et au cours du Sommet mondial pour le développement durable. Il a souligné la nécessité d'un partenariat mondial visant à établir un réseau efficace et intégré pour garantir à tous une distribution en eau potable abordable et de qualité et des services d'assainissement adéquats.

Surveillance et contrôles

88. Qui dit droit à la santé dit aussi nécessité impérieuse de mettre en place des mécanismes de surveillance et de contrôle accessibles, transparents et efficaces. Les responsables chargés de faire appliquer ce droit doivent rendre compte de leurs activités; c'est ainsi que les réussites et les problèmes pourront être identifiés et que les politiques et les grandes orientations pourront être corrigées en conséquence. Les mécanismes de surveillance et de contrôles peuvent prendre différentes formes. Il appartient aux États de décider lequel leur convient le mieux, tous les mécanismes devant toutefois être efficaces, accessibles et transparents.

89. Une politique nationale en matière d'eau et d'assainissement doit faire l'objet d'une surveillance et de contrôles appropriés. Elle doit énoncer les obligations de l'État en matière de droit à la santé dans le cas de l'eau et de l'assainissement et prévoir un plan de mise en œuvre indiquant les objectifs, les délais, les autorités responsables et leurs attributions, les indicateurs et les valeurs de référence, ainsi que les modalités d'établissement des rapports. De temps à autre, un organe national compétent (par exemple le bureau du médiateur de la santé ou un responsable de l'eau et de l'assainissement) sera appelé à examiner le travail des responsables chargés d'appliquer la politique nationale en matière d'eau et d'assainissement, non pas pour les sanctionner ou les punir mais pour déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les programmes et les institutions, le but étant d'améliorer la réalisation du droit à l'eau et l'assainissement pour tous.

Questions principales

90. L'accès universel à l'eau et à l'assainissement soulève un certain nombre de questions précises pratiques et importantes. La présente section évoque brièvement quelques-unes de ces questions à titre d'exemple, tout en préservant le caractère analytique du rapport.

Privatisation du secteur de l'eau

91. Certains milieux préconisent la privatisation du secteur de l'eau comme constituant une solution au problème mondial de l'approvisionnement en eau tout en garantissant un accès universel à cette ressource. Il est toutefois établi que la privatisation du secteur peut entraîner des augmentations de prix faisant fi de la solvabilité des consommateurs aux revenus plus faibles. Ainsi, après la privatisation du secteur en Bolivie, les habitants de Cochabamba dépensaient par ménage plus du quart de leurs revenus moyens en eau, ce qui a déclenché de violentes manifestations au début de 2000⁵¹. De même, la privatisation du secteur aux Philippines a entraîné une hausse du prix de l'eau de 60 à 65 %, la mettant hors de portée de nombreux ménages⁵².

92. L'augmentation du prix de l'eau peut contraindre les ménages à trouver de l'eau ailleurs avec un risque pour la santé; elle peut également les forcer à réduire leur consommation au point de compromettre leur santé et leur hygiène⁵³.

93. Le droit international relatif aux droits de l'homme ne fournit aucune directive quant à la forme des prestations du service public ou à la politique du prix de l'eau. Les États doivent cependant veiller à ce que les prestataires privés de services d'assainissement et d'approvisionnement en eau offrent des services qui soient d'un coût raisonnable et physiquement accessibles⁵⁴. Que ces services soient fournis par une société publique ou privée, les États sont tenus de mettre en œuvre une réglementation efficace garantissant notamment un approvisionnement minimal en eau et en services sanitaires essentiels aux populations touchées par la pauvreté⁵⁵.

Trois obstacles majeurs

1. *La pauvreté*

94. Les groupes pauvres et marginalisés éprouvent les plus grandes difficultés à avoir accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat. D'innombrables personnes démunies vivent dans des habitations insalubres, des établissements spontanés et des communautés rurales et, par conséquent, n'ont pas l'eau courante. Elles consomment donc une eau insalubre et, avec un assainissement insuffisant, ont des taux de morbidité et de mortalité élevés.

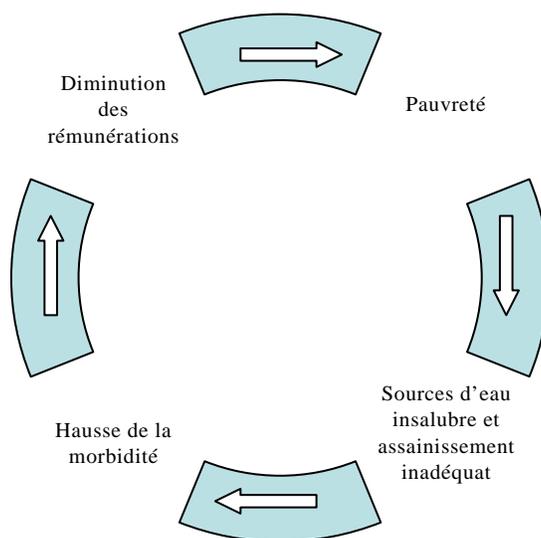
⁵¹ *Private Sector Finance for Water Sector Infrastructure: What does Cochabamba Tell Us About Using this Instrument*, Occasional Paper n° 37, SOAS, 2001.

⁵² Marites Sison, *Philippines: Awash in Water Bills After Privatisation*, Inter Press Service, 22 janvier 2003.

⁵³ *Guidelines for drinking water quality*, OMS, 2006, p. 92.

⁵⁴ Voir les rapports du Rapporteur spécial sur l'Organisation mondiale du commerce (E/CN.4/2004/49/Add.1, par. 11).

⁵⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, commentaire général 15, par. 24.



95. L'accroissement de la morbidité suscite une diminution des rémunérations, ce qui engendre un cercle vicieux de pauvreté et de maladie lourde de conséquences pour les groupes les plus démunis (voir schéma 1 ci-dessus). Les couches défavorisées ne sont pas à même de se prémunir contre les maladies ou de se faire soigner. La pauvreté est à son tour renforcée par la maladie, les coûts élevés des soins de santé, et une capacité réduite de travailler.

96. L'eau potable et l'assainissement permettront non seulement de réduire la morbidité et la mortalité, mais aideront aussi à réduire la pauvreté.

2. *L'inégalité des sexes*

97. La corrélation entre la pauvreté et l'inégalité des sexes est bien établie. Les tâches traditionnellement remplies par les femmes et qui leur sont réservées, comme par exemple la corvée d'eau, les soins donnés aux enfants, aux personnes âgées et aux malades, font que les femmes sont fréquemment dans l'incapacité de suivre une formation, et se voient également privées de l'accès à certains emplois, facteurs pouvant entraîner leur appauvrissement et la dégradation de leur état de santé. Dans certaines sociétés, les femmes ont la pénible tâche de jeter les eaux sales et les excréments du ménage, ce qui met leur santé en danger. Les femmes sont donc particulièrement concernées par le manque d'eau et les services d'assainissement inadéquats.

98. Les besoins d'eau et d'assainissement des femmes diffèrent de ceux des hommes. Ainsi, les femmes accordent plus d'importance que les hommes à la présence de toilettes à domicile; elles sont pourtant souvent exclues des décisions et du choix des priorités. De ce fait, les besoins distincts en eau et en assainissement des filles et des femmes (par exemple pendant leurs menstruations, la période pré et postnatale) sont rarement pris en considération lors des discussions relatives aux questions d'assainissement et d'hygiène.

99. Des services d'assainissement et un accès à l'eau inadéquats portent gravement atteinte à la santé, la productivité, la sécurité et la dignité physiques, ainsi qu'aux revenus des femmes vivant dans la pauvreté. Le Rapporteur spécial souligne la nécessité de garantir la participation des femmes aux décisions et à l'établissement des priorités. Il encourage également les États à suivre une démarche sexospécifique dans le choix des politiques. La participation des femmes aux décisions aura par ailleurs des répercussions positives sur l'état de santé de la population.

3. *Le réchauffement climatique*

100. Les personnes démunies sont touchées de manière disproportionnée par les conséquences négatives du réchauffement climatique, qui réduit la quantité d'eau potable disponible et perturbe les écosystèmes naturels. La hausse de la température et de l'hygrométrie due au changement climatique élargit les zones où les vecteurs de maladie sont actifs et prolonge leur durée annuelle d'activité. Ainsi, les moustiques et les mouches tsé-tsé propagent des maladies telles que le paludisme, la dengue, la fièvre jaune et l'encéphalite⁵⁶.

101. Le réchauffement climatique aura un effet délétère sur le cycle planétaire de l'eau, provoquant davantage d'inondations et de sécheresses, ces événements climatiques présentant de graves dangers en matière de santé⁵⁷. Du fait de la disparition de beaucoup de points d'eau potable, la population consomme une eau de qualité douteuse pouvant entraîner des épidémies de maladies d'origine hydrique. Les inondations augmentent le risque de noyade et de destruction des cultures; elles propagent aussi des maladies en augmentant le nombre d'organismes pathogènes et en contaminant les points d'eau avec des résidus agricoles nocifs⁵⁷.

102. Malgré l'apparition de ces phénomènes, la communauté internationale ne s'est pas encore attelée à la gestion des problèmes critiques de santé posés par le réchauffement. Ce grave manquement va menacer la vie de millions de personnes à travers le monde.

V. Conclusions et recommandations

103. Les conclusions et recommandations suivantes portent sur la section IV.

104. **Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint comprend non seulement les soins de santé, mais également les déterminants fondamentaux de la santé, à savoir la fourniture d'eau potable, de services d'assainissement adéquats, de conditions de vie et de travail salubres, ainsi que l'absence de discrimination. Les soins de santé sont trop souvent au premier rang des préoccupations de la communauté internationale au détriment des déterminants fondamentaux de la santé.**

105. **Bien que ce rapport soit axé sur l'accès à l'eau et aux services d'assainissement, il ne faut pas oublier que le droit à la santé comprend de nombreux autres facteurs tout aussi essentiels auxquels peut s'appliquer le cadre d'analyse de ce rapport.**

⁵⁶ A. J. McMichael et al., *Climate change and human health*, OMS/PNUE/CMAG, 2003.

⁵⁷ New Economics Foundation, *The End of Development*, 2006, p. 1.

106. Bien qu'ils soient la condition de la survie, le développement, la croissance économique et le droit à la santé, à l'eau et aux moyens d'assainissement sont trop souvent oubliés. De nombreux gouvernements affectent un budget insuffisant à l'adduction d'eau et à l'assainissement et omettent de mettre en place des projets, des politiques, des programmes et des lois à cet égard. Par le passé, les organisations internationales n'ont pas accordé la priorité au droit à l'eau et aux services d'assainissement, bien que l'OMS et le Haut-Commissariat aux droits de l'homme aient réalisé des progrès importants à ce sujet. L'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement adéquats n'a pas toujours fait partie des priorités des donateurs, mais on constate à présent quelques progrès en la matière. Des associations ont fait avancer de façon appréciable l'analyse des questions de l'eau, de l'assainissement et des droits de l'homme⁵⁸.

107. Afin de combler toutes ces lacunes, le Rapporteur spécial émet les recommandations suivantes :

a) *Reconnaissance officielle.* Les États doivent reconnaître formellement que le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint comprend l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement adéquats;

b) *Lois, plans, politiques, programmes et projets.* Les États s'engagent à élaborer et à mettre en place, par des processus participatifs, des lois, un système de planification, des politiques, des programmes et des projets améliorant l'accès universel à l'eau potable et à des services d'assainissement adéquats;

c) *Budgets nationaux et aide internationale.* Les budgets nationaux et l'aide et la coopération internationales doivent chercher à assurer l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement qui sont d'importance vitale pour l'exercice du droit à la santé;

d) *Groupes et personnes défavorisées.* Conformément au droit international des droits de l'homme, les mesures prises, tant au niveau national qu'international, pour améliorer l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement appropriés doivent prêter particulièrement attention aux groupes et personnes défavorisés, par exemple dans les communautés rurales, les implantations urbaines spontanées et les populations démunies, indépendamment de leur situation en matière de sécurité d'occupation;

e) *Égalité des sexes.* Il est capital que les États, les organisations internationales et les autres acteurs adoptent une méthode antisexiste d'élaboration des politiques de l'eau, de l'assainissement et du droit à la santé;

f) *Approche intégrée.* Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint suppose une conception intégrée de l'adduction d'eau, de l'assainissement et de l'hygiène publique;

g) *Campagnes de sensibilisation de l'opinion publique.* Il est indispensable de diffuser largement, par de vastes campagnes de sensibilisation, des informations sur l'eau et l'assainissement (hygiène, stockage d'eau potable, contrôle de la qualité de l'eau, etc.), en particulier parmi les ménages à faible revenu qui dépendent de petites installations de distribution de l'eau et d'assainissement;

⁵⁸ Voir, par exemple, « The Right to Water Programme », *Center for Housing Rights and Evictions*, www.cohre.org; *Water Law Research Programme*, www.ielrc.org; *Water Aid*, www.wateraid.org.

h) *Année internationale de l'assainissement (2008)*. L'Assemblée générale des Nations Unies a récemment déclaré que 2008 serait l'Année internationale de l'assainissement afin de sensibiliser l'opinion publique à l'importance des services d'assainissement⁵⁹. Le Rapporteur spécial prie instamment les États de ne pas manquer l'occasion qui leur est ainsi offerte de prendre des mesures concertées pour réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement ayant trait à l'eau et à l'assainissement;

i) *Suivi et responsabilités*. La mise en place d'un système de suivi et de contrôle qui soit efficace, transparent et accessible constitue l'une des mesures les plus importantes que les États doivent prendre pour réaliser le droit à la santé, et plus particulièrement, assurer l'accès à l'eau et aux services d'assainissement. Pour ce faire, les États peuvent avoir recours à un organisme national de suivi des droits de l'homme, à un médiateur de la santé publique ou à un organisme de contrôle de l'eau et des services d'assainissement. Le système mis en place aurait comme objectifs d'assurer un accès universel à l'eau et aux services d'assainissement sur le plan national, ainsi que le suivi et le contrôle des prestataires de service, tant publics que privés;

j) *Réchauffement climatique*. Le Rapporteur spécial invite le Conseil des droits de l'homme à étudier d'urgence les répercussions du réchauffement climatique sur les droits de l'homme, et plus particulièrement sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint;

k) *L'eau et l'assainissement : un droit fondamental*. À son actif, le Conseil des droits de l'homme a commencé à étudier la question de l'accès à l'eau⁶⁰. Il est suggéré que le Conseil nomme un rapporteur spécial pour le droit à l'eau et à l'assainissement, qui serait chargé d'aider les États à analyser leurs obligations juridiques, recenser et diffuser les pratiques optimales, et contrôler la réalisation progressive de ce droit fondamental. Les États doivent de leur côté reconnaître l'adduction d'eau et l'assainissement comme un droit fondamental.

⁵⁹ A/C.2/61/L.16/Rev.1

⁶⁰ *Human rights and access to water*, A/HCR/L.3/Rev.3, 21 novembre 2006.