



# Assemblée générale

Distr. générale  
7 avril 2021  
Français  
Original : anglais

## Conseil des droits de l'homme

### Quarante-septième session

21 juin-9 juillet 2021

Point 3 de l'ordre du jour

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

## Priorités stratégiques des travaux

### **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**

#### *Résumé*

Le présent rapport rend compte succinctement des activités menées par la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, depuis qu'elle a pris ses fonctions le 1<sup>er</sup> août 2020, et comporte un exposé des thèmes prioritaires de ses travaux pour les années à venir.

La démarche principale suivie par la Rapporteuse spéciale consistera à analyser les notions de colonialité et de racisme et leurs incidences sur le droit à la santé, ainsi que la manière de parvenir à une égalité réelle. Dans son rapport, la Rapporteuse spéciale soutient que le fait de fixer comme objectif l'égalité réelle permet de lutter contre les discriminations structurelles et indirectes, et de mettre en évidence et d'éliminer les dynamiques de pouvoir qui ont perpétué les systèmes et les modèles de privilèges et de désavantages qui ont survécu au colonialisme officiel. Afin de parvenir à une égalité réelle dans la réalisation du droit à la santé, les lois et les politiques doivent tenir compte du caractère intersectionnel des discriminations, c'est-à-dire des expériences vécues par les personnes victimes d'une discrimination fondée sur des motifs multiples. La Rapporteuse spéciale se propose d'examiner en particulier les obstacles interdépendants et profondément ancrés qui, à différents niveaux, empêchent les individus d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative.

Le présent rapport traite de sept thèmes prioritaires qui seront développés tout au long du mandat de la titulaire, ainsi que de deux questions supplémentaires qui seront examinées plus avant.

\* Nouveau tirage pour raisons techniques (5 mai 2021).



## Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	3
II. Activités menées pendant la période couverte par le rapport .....	3
III. Orientations futures : contexte, difficultés et possibilités.....	3
A. Approche du droit à la santé : importance de la non-discrimination dans les droits en matière de santé sexuelle et procréative.....	6
B. Approche du droit à la santé fondée sur l'égalité réelle.....	7
C. Droit à la santé et principe de responsabilité .....	8
IV. Thèmes prioritaires.....	9
A. La santé mondiale à l'ère de la pandémie de COVID-19 .....	9
B. Sexualité, violence fondée sur le genre et féminicide.....	11
C. Droits en matière de santé sexuelle et procréative .....	14
D. Innovation et technologie numérique : droits en matière de santé sexuelle et procréative, dispositifs numériques et télésanté.....	16
E. Racisme et droit à la santé .....	18
F. Équité en matière de santé .....	19
G. Maladies non transmissibles : cancers de l'appareil reproducteur .....	21
V. Conclusions .....	22

## I. Introduction

1. Le présent document constitue le premier rapport adressé au Conseil des droits de l'homme par la nouvelle Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, depuis sa nomination, et a été établi en application de la résolution 42/26 du Conseil des droits de l'homme.
2. La Rapporteuse spéciale y rend compte succinctement des activités qu'elle mène depuis sa nomination, qui recouvrent des communications et des activités menées en coopération avec des entités des Nations Unies et d'autres acteurs de premier plan.
3. La Rapporteuse spéciale y traite de la manière dont elle envisage l'évolution des travaux menés au titre du mandat, compte tenu du contexte actuel, des difficultés qui se posent et des possibilités qui s'offrent, dans l'optique de la pleine réalisation du droit à la santé. Elle présente les principaux thèmes qui constitueront des priorités dans les années à venir. Dans la dernière partie, la titulaire du mandat présente ses conclusions.

## II. Activités menées pendant la période couverte par le rapport

4. Entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 25 février 2021, le bureau de la Rapporteuse spéciale a adressé 134 communications à 61 États et à 10 entreprises privées, et 6 communications à d'autres acteurs, dont le Secrétaire général et la Commission européenne. Sur les 140 communications envoyées, 81 (58 %) portaient sur des violations du droit à la santé directement liées à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19). Au moment de la rédaction du présent rapport, 73 réponses avaient été reçues, soit un taux de réponse de 52 %.
5. Entre août 2020 et février 2021, la Rapporteuse spéciale a pris part à des sessions, des réunions et des manifestations liés à l'exécution de son mandat, qui se sont toutes tenues en ligne en raison de la pandémie de COVID-19. Elle a notamment assisté au cours d'initiation à l'intention des nouveaux titulaires de mandats, qui se sont tenus du 14 au 18 décembre 2020, et à la soixante-quinzième session de l'Assemblée générale, au cours de laquelle elle a présenté, le 29 octobre 2020, le dernier rapport de son prédécesseur.
6. La Rapporteuse spéciale a également collaboré avec d'autres organismes des Nations Unies et des mécanismes régionaux, notamment la Commission des stupéfiants, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Bureau régional pour l'Afrique australe et orientale du Fonds des Nations Unies pour la population, le Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités et la Banque mondiale.
7. En outre, la Rapporteuse spéciale a tenu des consultations avec un large éventail de parties prenantes de la société civile, des milieux universitaires et des organisations professionnelles médicales, de manière bilatérale ou collective, afin d'exposer et de définir les priorités fixées dans le cadre de son mandat.

## III. Orientations futures : contexte, difficultés et possibilités

8. Comme l'a affirmé l'écrivaine américaine, féministe et défenseuse des droits de l'homme Audre Lorde, « [i]l n'existe pas de lutte à enjeu unique, car nous ne vivons pas des vies à enjeu unique<sup>1</sup> ». Ce qu'elle énonçait des années avant qu'une expression n'apparaisse se perçoit mieux à travers le prisme de l'intersectionnalité, un concept qui trouve son origine dans une grille de lecture théorique conceptualisée par Kimberle Crenshaw en 1989<sup>2</sup>. Cette notion permet d'observer et de comprendre ce qu'ont vécu les femmes noires aux États-Unis d'Amérique, dont les besoins n'étaient pas suffisamment pris en compte par les discours de

<sup>1</sup> Déclaration d'Audre Lorde, « Learning from the 60s », à l'occasion de la célébration du week-end Malcolm X à l'Université de Harvard, février 1982, disponible à l'adresse <https://www.blackpast.org/african-american-history/1982-audre-lorde-learning-60s/>.

<sup>2</sup> Kimberle Crenshaw, « Demarginalizing the intersection of race and sex : a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics », *University of Chicago Legal Forum*, vol. 1989 (1).

justice sociale qui dissociaient la race du genre. Elle est utilisée depuis son apparition comme un outil permettant de comprendre de quelle manière de multiples formes d'oppression se recourent pour donner lieu à des expériences de vie complexes<sup>3</sup>.

9. La Rapporteuse spéciale gardera ces considérations à l'esprit lorsqu'elle abordera les questions les plus importantes qui relèvent de son mandat. Cette thèse se voit renforcée par les notions de colonialité et de racisme, qu'il importe de comprendre, ainsi que leurs conséquences sur le droit à la santé. La colonialité, concept forgé par Walter Mignolo vers 1995<sup>4</sup>, fait référence à l'héritage du colonialisme européen encore présent dans les ordres sociaux et les systèmes de connaissances et qui est à l'origine des hiérarchies raciales porteuses de la discrimination sociale qui a survécu au colonialisme officiel. Dans cette optique, la défense d'une institutionnalisation volontaire de l'antiracisme au sein des systèmes de santé publique – et, partant, la réalisation du droit à la santé pour tous – doivent être les principaux objectifs non seulement des travaux de la Rapporteuse spéciale, mais également de l'action de tous les défenseurs du droit à la santé.

10. Pour mettre fin à la discrimination dans la pratique, il faut porter une attention suffisante aux groupes de population qui sont en butte à des préjugés hérités de l'histoire ou tenaces, plutôt que de simplement comparer le traitement formel des individus dont la situation est comparable. Cette démarche est nécessaire pour garantir une compréhension de toutes les nuances et faire en sorte que l'exercice du pouvoir collectif permette à toutes les personnes opprimées de gagner leur liberté.

11. La Rapporteuse spéciale préconisera d'appliquer le cadre du droit à la santé afin de faire mieux comprendre les effets néfastes de la colonialité, du racisme et des structures oppressives ancrées dans l'architecture sanitaire mondiale, qui touchent de manière disproportionnée les Noirs, les communautés autochtones et les autres groupes victimes de discrimination raciale dans les pays du Sud.

12. La Rapporteuse spéciale réfléchira plus avant aux questions abordées par la Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée dans un rapport de 2018, dans lequel celle-ci avait examiné l'importance d'adopter une approche transversale de la discrimination raciale dans le cadre de la législation sur la citoyenneté, la nationalité et l'immigration, qui rende compte des effets cumulés et différenciés du sexe et du genre, entre autres facteurs, et avait souligné que les États continuaient d'appliquer des lois patriarcales qui utilisaient la discrimination fondée sur le sexe à des fins d'exclusion raciale, ethnique ou religieuse<sup>5</sup>. La Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé convient que les États devraient se conformer aux normes internationales relatives aux droits de l'homme lorsqu'ils appliquent des lois et des politiques relatives à la citoyenneté, à la nationalité ou à l'immigration, et respecter leur obligation de parvenir à une véritable égalité raciale.

13. La Rapporteuse spéciale insistera sur la nécessité de placer l'égalité réelle au cœur de la mise en œuvre du droit à la santé. Cela requiert une volonté résolue d'appliquer les principes universels des droits de l'homme consacrés par la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale et la Déclaration et le Programme d'action de Durban. La Déclaration et le Programme d'action de Durban constituent un document complet, orienté vers l'action, qui propose des mesures concrètes visant à combattre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée.

14. L'égalité réelle vise à lutter contre la discrimination structurelle et indirecte et prend en considération les relations de pouvoir. Elle consiste à admettre que le « dilemme de la

<sup>3</sup> La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées s'est intéressée à la notion de discrimination croisée dans de précédents rapports. Voir, par exemple, les documents publiés sous les cotes A/HRC/34/58, A/72/133 et A/74/186.

<sup>4</sup> Walter Mignolo, *The Darker Side of the Renaissance : Literacy, Territoriality, and Colonization* (Ann Arbor, University of Michigan Press, 1995).

<sup>5</sup> A/HRC/38/52, par. 12.

différence » renvoie à la nécessité à la fois d'ignorer et de reconnaître les différences entre les êtres humains pour parvenir à l'égalité.

15. La titulaire du mandat examinera de quelle manière la problématique du genre s'étend à celle du handicap, la problématique du handicap s'ajoute à celle de la classe sociale, la classe sociale se débat contre les mauvais traitements, les mauvais traitements sont intimement liés à l'orientation sexuelle et l'orientation sexuelle s'additionne à la race, et comment, en définitive, tout cela s'empile dans le corps d'un seul être humain<sup>6</sup>. Elle analysera en particulier les obstacles qui empêchent les personnes d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. Ces obstacles, interdépendants et profondément ancrés, se situent à différents niveaux, à savoir au stade des soins cliniques comme à celui des systèmes de santé ou des déterminants fondamentaux et sociaux de la santé.

16. La Rapporteuse spéciale prévoit de suivre dans ses travaux une approche fondée sur le cycle de vie, en accordant une attention particulière aux groupes en situation de vulnérabilité ou qui ont été traditionnellement victimes de discrimination. En outre, elle continuera de prêter attention à la question de l'incrimination des relations entre personnes de même sexe, à la transdiversité ou à la situation des personnes transgenres, à l'avortement, au travail du sexe et à des questions relatives à l'état de santé, comme la situation des personnes séropositives au VIH ou qui ont reçu un diagnostic d'infection à la COVID-19. Elle entend formuler des propositions pour que les États prennent en compte les questions de genre dans leurs politiques, plans, programmes et travaux de recherche en rapport avec la santé, et mettra l'accent sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative en tant que partie intégrante du droit à la santé.

17. Le droit à la santé, tel que défini par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriés et fournis en temps opportun, mais aussi les déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'accès à une eau sans risque sanitaire et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sûrs, 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 procréative. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international<sup>7</sup>. En outre, le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation ; il s'agit notamment des droits à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit au respect de la vie privée, du droit d'accéder à l'information et des droits à la liberté d'association, de réunion et de circulation. Ces droits et libertés, et d'autres encore, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé<sup>8</sup>.

18. Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, survenue dans le cadre de la dernière décennie d'action en faveur des objectifs de développement durable, la titulaire du mandat s'efforcera de poursuivre les travaux de ses prédécesseurs tant en ce qui concerne le recensement des bonnes pratiques et la situation des professionnels de santé, qui jouent un rôle déterminant dans la garantie de la disponibilité, de l'acceptabilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de soins de santé, que pour ce qui est de la mise en œuvre effective du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Elle entend développer des thèmes comme la santé et le bien-être mental des professionnels de santé, et les prestations et la rémunération qui leur sont versées, ainsi que l'équité sur leur lieu de travail, autant d'éléments qui leur permet de fournir des services de soins de santé de qualité.

19. La crise de la COVID-19 a rappelé à la communauté internationale que la réalisation du droit à la santé dépendait de la réalisation d'autres droits de l'homme, dont elle ne pouvait être dissociée et auxquels elle était intimement liée, et que, pour atteindre les objectifs de développement durable, il faudrait faire preuve, au niveau mondial, de solidarité et d'équité

<sup>6</sup> Eli Clare, *Exile and Pride : Disability, Queerness and Liberation*, Cambridge, South End Press, 1999, p. 123.

<sup>7</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 11.

<sup>8</sup> *Ibid.*, par. 3.

dans l'accès aux médicaments essentiels, y compris aux vaccins contre la COVID-19, et partager largement les connaissances scientifiques. Les mécanismes de responsabilisation sont essentiels pour garantir le respect, la protection et la réalisation des obligations des États découlant du droit à la santé.

## **A. Approche du droit à la santé : importance de la non-discrimination dans les droits en matière de santé sexuelle et procréative**

20. Selon l'OMS<sup>9</sup>, la santé sexuelle est essentielle à la santé et au bien-être généraux des individus, des couples et des familles, ainsi qu'au développement social et économique de la société et des pays. Envisagée de manière constructive, la santé sexuelle implique une conception de la sexualité et des relations sexuelles qui soit positive et fondée sur le respect. Elle suppose également la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sans risque, à l'abri de toute contrainte, discrimination ou violence. Les questions liées à la santé sexuelle sont très variées et englobent des thèmes comme l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir.

21. Les obstacles qui empêchent les individus d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative se situent à différents niveaux, à savoir au stade des soins cliniques comme à celui des systèmes de santé ou des déterminants fondamentaux et sociaux de la santé. Les principes fondamentaux qui sous-tendent les droits de l'homme, notamment la non-discrimination, l'égalité et le respect de la vie privée, ainsi que l'intégrité, l'autonomie, la dignité et le bien-être de l'individu, en particulier eu égard aux droits en matière de santé sexuelle et procréative, sont essentiels à la réalisation du droit à la santé.

22. Il importe donc de définir une approche dans laquelle il est admis que le concept de sexualité n'est pas uniquement lié à la capacité de reproduction. La santé et le bien-être sexuels dépendent de l'accès à des informations complètes et de bonne qualité en matière de sexualité, du fait pour les personnes concernées d'être conscientes des risques auxquels elles s'exposent et de leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes que peuvent avoir des relations sexuelles non protégées, de la capacité d'accéder à des soins de santé sexuelle et du fait de vivre dans un cadre dans lequel la santé sexuelle est mise en valeur et encouragée. Ce sont là des éléments qui permettront véritablement de « ne laisser personne de côté ».

23. La Rapporteuse spéciale exprime son soutien à la Déclaration de principes sur l'égalité<sup>10</sup>, adoptée par un groupe d'experts en 2008, dans laquelle il est souligné que l'égalité est essentielle à l'exercice de tous les droits de l'homme et que non seulement chaque forme d'inégalité présente un caractère particulier, mais différentes inégalités coexistent et présentent des aspects communs fondamentaux qui les relient entre elles. S'agissant de la Déclaration, il a été noté que le cadre commun mettait en évidence les corrélations entre :

- a) Les formes de discrimination fondées sur différents motifs prohibés, comme la race, le sexe, la religion, la nationalité, le handicap, l'orientation sexuelle et l'identité de genre ;
- b) Les formes de discrimination dans différents domaines de la vie civile, politique, sociale, culturelle et économique, notamment en matière d'emploi, d'éducation et de fourniture de biens et de services ;
- c) Les formes de discrimination en ce qui concerne la jouissance et l'exercice de différents droits de l'homme ;

<sup>9</sup> Voir, par exemple, OMS, « Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach » (Genève, 2017).

<sup>10</sup> La Déclaration de principes sur l'égalité a été adoptée en 2008 lors de la conférence intitulée « Principles on Equality and the Development of Legal Standards on Equality » (Principes concernant l'égalité et le développement de normes juridiques sur l'égalité), organisée par Equal Rights Trust à Londres. La conférence a réuni 128 experts de différents horizons, notamment des universitaires, des juristes et des militants des droits de l'homme de plus de 40 pays. Le texte de la Déclaration est disponible sur le site <https://www.equalrightstrust.org/>.

d) La discrimination fondée sur le statut social et les inégalités socioéconomiques<sup>11</sup>.

24. Dans l'optique de la promotion de l'équité en matière de santé, la notion d'intersectionnalité est porteuse d'une transformation des cadres juridiques et politiques nationaux visant à promouvoir une égalité réelle qui conduise à l'édification de jurisprudences nationales progressives. L'une des approches consiste à examiner les cadres normatifs nationaux, notamment l'influence de la législation et des actions en justice, ce qui met en évidence, entre autres, l'importance de la possibilité de faire valoir le droit à la santé en justice. En ce qui concerne les discriminations inscrites dans les politiques nationales, les cadres législatifs, les lois répressives et les règles d'incrimination, il importe de souligner que la notion d'intersectionnalité n'est utile que si elle est interprétée à la lumière d'un objectif particulier.

25. Il a également été souligné que la notion d'intersectionnalité n'encourageait pas spontanément les garants du respect de la loi, tels que les juges, à prendre des décisions favorables aux personnes en situation de grande marginalisation et victimes de multiples oppressions intersectionnelles, et défavorables aux personnes occupant des postes de pouvoir ou bénéficiant de privilèges. Cela justifie d'examiner les lois nationales non seulement sous l'angle de la protection des droits de l'homme, mais également au regard de leur potentiel à être orientées de manière à porter atteinte aux droits de l'homme.

## **B. Approche du droit à la santé fondée sur l'égalité réelle**

26. Des millions de personnes ne viennent pas au monde avec les mêmes chances. Cette inégalité compromet l'accès aux déterminants de la santé, tels que l'éducation, l'accès à l'eau, un environnement propre et un logement, tous facteurs qui, à leur tour, influencent l'état de santé. Par conséquent, les problèmes de santé s'expliquent tout autant par des prédispositions individuelles ou la génétique que par l'existence de systèmes oppressifs à l'origine de hiérarchies raciales qui ont conduit à une discrimination sociale persistante allant au-delà des structures coloniales officielles et qui continuent de perpétuer des inégalités en matière de santé.

27. La Rapporteuse spéciale s'appuiera sur les travaux des précédents titulaires de mandat, en mettant l'accent sur l'égalité en tant qu'élément essentiel du droit à la santé. Tout au long de son travail, elle s'efforcera de faire le départ entre égalité formelle et égalité réelle, le but étant de parvenir à cette dernière. L'égalité formelle vise à lutter contre la discrimination directe en traitant de la même manière les personnes qui se trouvent dans une situation similaire. Elle peut aider à combattre les stéréotypes négatifs et les préjugés, mais elle ne peut offrir de solutions au « dilemme de la différence », en ce qu'elle ne conçoit n'y n'accepte l'idée qu'il existe des différences entre les êtres humains.

28. L'égalité réelle, en revanche, vise aussi à lutter contre la discrimination structurelle et indirecte et prend en considération les relations de pouvoir. Elle consiste à admettre que le « dilemme de la différence » renvoie à la nécessité à la fois d'ignorer et de reconnaître les différences entre les êtres humains pour parvenir à l'égalité<sup>12</sup>. L'égalité réelle est un principe qui met en avant la nécessité de garantir une véritable égalité des résultats. Afin de parvenir à une égalité réelle, il faut mettre en place des systèmes et des processus visant non seulement à garantir l'égalité des chances et l'égalité d'accès aux services, mais aussi à instaurer cette égalité en tenant compte des situations et des besoins particuliers de chaque personne.

29. En admettant que le « dilemme de la différence » renvoie à la nécessité à la fois d'ignorer et de reconnaître les différences entre les êtres humains, l'égalité réelle vise à lutter contre la discrimination structurelle et indirecte et tient compte des relations de pouvoir pour parvenir à l'égalité.

<sup>11</sup> Dimitrina Petrova, « Editorial », dans *Equal Rights Review – Special Focus : Intersectionality*, vol. 16 (Londres, 2016), p. 7 et 8.

<sup>12</sup> Voir Ben Smith, « Intersectional discrimination and substantive equality : a comparative and theoretical perspective », dans *Equal Rights Review – Special Focus : Intersectionality*, vol. 16, 2016.

30. La Rapporteuse spéciale relève qu'en dépit du fait que des lois relatives à l'égalité ou à la lutte contre la discrimination aient été adoptées et mises en œuvre ces dernières années aux niveaux national, régional et international, l'égalité reste hors de portée pour beaucoup. Aussi, pour remédier à cette inégalité persistante, l'égalité réelle doit être fixée comme l'objectif vers lequel tous les États devraient tendre. Cette approche permet d'aborder l'inégalité comme un problème de pouvoir structurel qui crée et perpétue des systèmes de privilèges et de désavantages dans la société.

31. Ces systèmes de privilèges et de désavantages ont des effets dans tous les domaines de la vie privée comme de la vie publique. Ils ont une incidence sur les déterminants de la santé et sur la distribution des biens de base, par exemple sur l'accès aux établissements, services et produits de santé et au logement. En outre, ils créent des mythes et des stéréotypes négatifs qui ont pour effet de désavantager certains groupes.

32. Si l'on veut parvenir à une égalité réelle dans la réalisation du droit à la santé, il convient de tenir compte du caractère intersectionnel de la discrimination, afin de s'écarter des lois et politiques qui suivent encore des modèles de discrimination « unifactoriels » et ne tiennent pas compte du vécu des personnes faisant l'objet d'une discrimination fondée sur des motifs multiples.

33. Mieux comprendre la notion d'intersectionnalité, notamment par la prise en compte de la discrimination intersectionnelle et au moyen de cadres juridiques et politiques nationaux visant à parvenir à l'égalité réelle, permettra de mieux cerner et d'éliminer les dynamiques de pouvoir qui perpétuent les systèmes et les modèles de privilèges et de désavantages.

34. La notion d'intersectionnalité, grâce à laquelle l'égalité réelle peut être réalisée, amène à admettre que l'identité ne saurait être disséquée en diverses catégories de vécu et d'analyse qui s'excluent mutuellement. Elle permet de postuler que l'identité est un mélange complexe de diverses catégories de vécu et positions sociales qui coexistent et qui déterminent l'état de santé d'une personne.

35. Au paragraphe 10 de son observation générale n° 6 (2018) sur l'égalité et la non-discrimination, le Comité des droits des personnes handicapées a mis en relief la notion d'égalité réelle, déclarant que l'égalité des chances marquait une évolution importante d'un modèle d'égalité formelle vers un modèle d'égalité réelle. L'égalité formelle vise à lutter contre la discrimination directe en traitant de la même manière les personnes qui se trouvent dans une situation similaire. Elle peut aider à combattre les stéréotypes négatifs et les préjugés, mais elle ne peut offrir de solutions au « dilemme de la différence », en ce qu'elle ne conçoit n'y n'accepte l'idée qu'il existe des différences entre les êtres humains.

### C. Droit à la santé et principe de responsabilité

36. Comme l'a souligné le précédent titulaire du mandat<sup>13</sup>, l'application du principe de responsabilité est indispensable si l'on veut que le droit à la santé ne soit pas qu'un vœu pieux. Les principales composantes du principe de responsabilité que sont la surveillance, l'examen et la réparation permettent de cerner les domaines dans lesquels des progrès ont été réalisés et ceux où les progrès se font attendre. En outre, le principe de responsabilité donne aux acteurs assujettis à des obligations l'occasion d'expliquer leurs actions et d'y apporter des changements. Il permet également aux titulaires de droits de prendre part à la promotion et à la protection de leurs droits en concertation avec les personnes chargées de la réalisation des droits, et de demander réparation lorsque des violations se sont produites.

37. À la lumière de l'examen qui précède, la Rapporteuse spéciale affirme qu'il importe de créer un environnement propice à la protection et à la promotion du droit à la santé et d'autres droits interdépendants en mettant en place des mesures de transparence, de confiance et de réparation, ainsi que des voies de recours et des cadres relatifs à l'intersectionnalité afin de parvenir à une égalité réelle et de faire véritablement en sorte de ne laisser personne de côté.

<sup>13</sup> Voir A/HRC/32/32, par. 62.

38. Par exemple, pendant la pandémie actuelle<sup>14</sup>, certains pays ont pris des mesures visant à divulguer l'identité et les données personnelles de personnes ayant contracté la COVID-19, alors qu'il n'existait aucun cadre juridique visant à protéger la confidentialité et le droit à la vie privée par une définition claire de ce qui constitue des données personnelles et médicales. Ces données font l'objet d'une protection et nécessitent la mise en place de cadres juridiques qui interdisent leur utilisation, ainsi que la publication de données personnelles relatives à la COVID-19.

39. La pandémie mondiale a mis à l'épreuve les garanties en matière de protection des données de santé. Si le système de santé publique fournit une base légale au traitement des données personnelles et des données de santé dans le but de combattre une pandémie et de contribuer à l'enrayer, le traitement des données de santé n'est légitime que lorsqu'il sert l'intérêt public et, point le plus important, que s'il est assorti de garanties juridiques suffisantes. Parmi les éléments constitutifs du droit à la santé, on peut citer le droit de chercher, de recevoir et de communiquer des informations sur des questions de santé, lequel est toutefois sans préjudice du droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel ni du droit à la protection de la vie privée.

## IV. Thèmes prioritaires

### A. La santé mondiale à l'ère de la pandémie de COVID-19

40. L'analyse de la pandémie mondiale de COVID-19 devrait consister à examiner dans quelle mesure les principes du droit à la santé ont été appliqués dans le cadre la gestion de la pandémie. La propagation et les effets de la pandémie ont montré comme jamais auparavant à quel point les droits étaient interdépendants. L'effet disproportionné de la pandémie sur les Noirs, les peuples autochtones et d'autres groupes victimes de persécutions raciales, comme les Rohingyas et les Roms<sup>15</sup>, en particulier dans les pays du Sud, trouve son origine dans les systèmes d'oppression traditionnels et actuels. Il importe de reconnaître que, dans les pays du Sud, il existe des disparités et des inégalités dans l'accès aux déterminants de la santé, situation qui nécessite des réponses à divers niveaux aux crises superposées dont pâtissent les personnes qui sont touchées de façon disproportionnée.

41. La COVID-19 fait ressortir les fractures structurelles actuelles, montrant que, même en agissant au mieux au niveau de la communauté internationale, les systèmes de santé étaient mal préparés, ne disposaient pas de ressources suffisantes et n'avaient pas la souplesse nécessaire pour se concentrer sur la situation d'urgence sanitaire mondiale sans compromettre d'autres droits et d'autres services essentiels. Entre autres choses, des soins de santé de qualité et les services y afférents ne peuvent être offerts que pour autant que les professionnels de santé soient suffisamment protégés contre une exposition dans le cadre professionnel, qu'ils soient recrutés à l'issue d'une procédure équitable et qu'ils perçoivent une rémunération juste.

42. Dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée générale en 2020, le précédent titulaire du mandat a conclu que la réalisation du droit à la santé – que ce soit avant, pendant ou après une crise de santé publique – exigeait le respect de l'ensemble des droits de l'homme<sup>16</sup>. À titre d'exemple, il a évoqué la surveillance numérique et la documentation relative à l'immunité, se disant à nouveau préoccupé par le fait que les progrès des technologies

<sup>14</sup> Voir OHCHR, « Cambodia : UN experts alarmed by 'naming and shaming' of COVID victims », 11 décembre 2020 (anglais et khmer seulement). Voir également les communications parues sous les cote KHM 10/2020, en date du 10 décembre 2020 (<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25768>), et MNE 1/2020 (<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25215>).

<sup>15</sup> OHCHR, « L'impact disproportionné de la COVID-19 sur les communautés ethniques minoritaires », 24 novembre 2020. Voir également A/HRC/46/57.

<sup>16</sup> A/75/163, par. 104.

numériques donnaient aux États et à des entités privées la capacité d'exercer un niveau de surveillance sans précédent sur des populations entières.

43. Tout au long de la pandémie, le recours à ces technologies s'est accru; on a ainsi utilisé des drones et des caméras de rue dotés de logiciels de reconnaissance faciale pour identifier les personnes dans les lieux publics qui ne portaient pas de masque, et des outils de traçage numérique pour surveiller les déplacements des individus. Ces mesures ont été toutefois mises en œuvre sans tenir compte de l'avis de la société civile sur la question de savoir si elles étaient excessives, nécessaires ou même utiles, et elles risquent d'avoir un effet paralysant et de briser la confiance au sein de la société en raison de leur manque de transparence et des difficultés à obtenir réparation en cas d'erreur.

44. La violation du droit à la dignité et d'autres droits, notamment le droit à l'égalité ou à la sécurité et le droit de participer à la vie de la société dans des conditions d'égalité, porte atteinte au droit à la santé. Les effets de la pandémie de COVID-19 s'expliquent davantage par les politiques de santé publique, les décisions des dirigeants, les inégalités socioéconomiques, le racisme systémique et la discrimination structurelle que par des facteurs biologiques. Les différences entre les pays en ce qui concerne la gestion de la pandémie ont été manifestes. Les pays dotés de services de soins de santé moins favorables, et où l'accès aux déterminants de la santé est plus limité, ont connu un plus grand nombre de cas de COVID-19 et de décès liés à cette maladie.

45. Des exemples de cas particuliers survenus dans certains pays amènent à dresser un tableau encore plus sombre de la situation, notamment au vu d'inégalités et d'injustices dans l'application de lois nationales, comme le montre une affaire qui s'est produite en Ouganda, dans laquelle, peu après l'apparition de la pandémie, des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres ont été arrêtées lors d'une descente de police dans un foyer à Kyengera au motif qu'elles n'auraient pas respecté les règles de distanciation physique. Plusieurs experts des Nations Unies se sont dits préoccupés par le fait que le foyer avait été perquisitionné en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre supposées des résidents. Ils ont mis en relief dans un communiqué de presse que l'exercice des pouvoirs d'urgence pour combattre les crises comme la pandémie de COVID-19 tirait son efficacité et sa légitimité d'une stricte adhésion à l'objectif et au but poursuivis, et ont insisté sur le fait que toute intervention d'urgence liée à la pandémie devait être proportionnée, nécessaire et non discriminatoire. Ils ont souligné que l'exercice de pouvoirs d'urgence à des fins diverses – plutôt qu'à des fins très précises et définies – pouvait constituer une mesure arbitraire. En l'espèce, des préoccupations ont été exprimées quant à une éventuelle violation de l'interdiction de la détention arbitraire<sup>17</sup>.

46. Il importe de souligner que, même si, de manière générale, des inégalités sont déjà manifestes dans les pays du Sud, les inégalités particulières constatées dans certains d'entre eux accentuent le phénomène. Il y a lieu d'en tenir compte lorsque l'on recense les difficultés qui entravent l'accès aux déterminants de la santé, alors que la non-discrimination, la décolonialité et l'antiracisme restent des idéaux non concrétisés.

47. La crise de la COVID-19 a montré que le droit fondamental de tous à l'eau potable et à l'assainissement était essentiel pour maîtriser la propagation du virus, et a également mis en évidence que ce droit était étroitement lié au droit à la santé. Dans son observation générale n° 15 (2002) sur le droit à l'eau, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a indiqué que le droit à l'eau consiste en 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 chacun. Il a également insisté sur le fait qu'un accès suffisant à l'assainissement est fondamental pour le respect de la dignité humaine et de la vie privée,

<sup>17</sup> HCDH, « UN rights experts fear Uganda is using COVID-19 emergency powers to target LGBT people », 27 avril 2020 (anglais et chinois seulement) ; communication parue sous la cote UGA 2/2020 (<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25207>).

que le droit à l'eau est indispensable pour mener une vie digne et qu'il est inextricablement lié au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint<sup>18</sup>.

48. L'accès à une eau salubre et à l'assainissement est un élément essentiel à la vie humaine et peut être l'un des facteurs qui la garantissent. Cependant, comme l'a souligné le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme à l'eau potable et à l'assainissement, si le lavage fréquent des mains est actuellement l'une des mesures préventives les plus efficaces dont on dispose pour se protéger contre la propagation de la COVID-19, on ne peut raisonnablement dire aux gens de se laver les mains fréquemment s'ils n'ont pas accès à une eau sans risque pour la santé<sup>19</sup>.

49. L'accès à une eau sans risque pour la santé a été d'une importance capitale pendant la pandémie de COVID-19 car l'un des moyens d'enrayer la propagation du virus consiste à se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon avant d'y appliquer un désinfectant à base d'alcool. Dans de nombreux pays en développement, l'obligation fondamentale minimale qu'a l'État de fournir un accès à un approvisionnement régulier en eau sans risque pour la santé et propre n'a pas été respectée. Dans de nombreux pays du Sud, par exemple, les disparités entre zones urbaines, périurbaines et rurales continuent de mettre en évidence de profondes inégalités.

## B. Sexualité, violence fondée sur le genre et féminicide

50. Dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, proclamée par l'Assemblée Générale par sa résolution 48/104, l'expression « violence à l'égard des femmes » est définie comme désignant « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. ». L'article 4 (par. c) de la Déclaration dispose que les États devraient « [a]gir avec la diligence voulue pour prévenir les actes de violence à l'égard des femmes, enquêter sur ces actes et les punir conformément à la législation nationale, qu'ils soient perpétrés par l'État ou par des personnes privées ».

51. Certaines études montrent que plus d'une femme sur trois (35,6 %) dans le monde déclare avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part de son partenaire, ou des violences sexuelles de la part d'une personne autre que son partenaire. Au niveau mondial, 38 % de tous les meurtres de femmes sont commis par leur partenaire intime. Selon les données disponibles portant sur 31 pays, 42 % des femmes qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire ont subi des blessures physiques. Dans le monde, 7,2 % des femmes adultes ont subi des violences sexuelles de la part d'une personne autre que leur partenaire<sup>20</sup>.

52. La violence à l'égard des femmes retentit sur la vie et les moyens de subsistance de femmes partout dans le monde. Elle a des conséquences préjudiciables sur la santé des femmes, les empêche de participer pleinement à la vie de la société, les empêche d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative et, dans de nombreux cas, les prive de ces droits, entraînant de graves conséquences sur les plans physique et psychologique qui ont des répercussions sur elles comme sur leurs familles.

53. La violence à l'égard des femmes et des filles se manifeste sous de nombreuses formes, dont les violences et les décès liés à la sorcellerie et à la dot, les crimes de féminicide commis au nom du prétendu « honneur », la violence familiale et les pratiques préjudiciables telles que le mariage d'enfants, le mariage précoce forcé et la mutilation génitale féminine.

<sup>18</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 15 (2002) sur le droit à l'eau, par. 1 à 3 et 29.

<sup>19</sup> HCDH, « UN expert: at time of crisis, we must guarantee water and sanitation for all », 2 novembre 2020 (anglais seulement).

<sup>20</sup> OMS, London School of Hygiene and Tropical Medicine et South African Medical Research Council: *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence* (Genève, OMS, 2013).

Elle comprend également la violence sexuelle et les diverses formes qu'elle prend, telles que la stérilisation forcée, la nudité forcée, l'avortement forcé ou le refus de pratiquer un avortement, le harcèlement sexuel et l'inceste et le viol, y compris le viol conjugal et le viol collectif<sup>21</sup>. Dans de nombreux États, les lois et les politiques empêchent les femmes d'avoir un accès égal à la terre, à la propriété et au logement. La discrimination économique et sociale limite la qualité de vie des femmes et les choix de vie qui s'offrent à elles, ce qui les rend vulnérables à la traite.

54. Cependant, des groupes particuliers de femmes touchées par diverses formes de discrimination, tels que les femmes handicapées, les femmes migrantes et les femmes lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles, sont particulièrement vulnérables à la violence. Par exemple, des femmes lesbiennes font l'objet de violences fondées sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes ont tous deux exprimé l'inquiétude que leur inspirent les cas de viols de femmes lesbiennes commis dans le but de les « guérir » de leur orientation sexuelle<sup>22</sup>.

55. La Rapporteuse spéciale estime que l'expression « viol correctif » est impropre et que l'expression « viol homophobe » exprime mieux l'idée de violence exercée sur des personnes, en particulier sur des femmes lesbiennes, en raison de leur orientation sexuelle. Elle rejette l'idée qu'il y aurait quelque chose qui, fondamentalement, ne va pas, et qu'il faut donc le corriger. Il importe également prendre en compte le phénomène de la violence fondée sur la sexualité afin de faire en sorte que la protection du droit à la santé ne soit pas uniquement axée sur le sexe d'une personne. Un autre sujet de préoccupation est celui des femmes et des filles handicapées qui sont particulièrement exposées au risque de subir une stérilisation forcée, en particulier lorsqu'elles présentent un handicap intellectuel<sup>23</sup>.

56. Selon un rapport récent de l'Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes, 69 pays incriminent encore les relations homosexuelles consenties entre adultes<sup>24</sup>. Il convient donc de souligner, eu égard aux statistiques sur la violence à l'égard des femmes mentionnées précédemment, que l'incrimination de ces relations a pour conséquence que des femmes lesbiennes et transgenres qui subissent des viols homophobes et d'autres formes de violence sexuelle, lorsqu'elles sont violées ou maltraitées, se voient refuser une assistance médicale et juridique adéquate en raison des préjugés dont elles font déjà l'objet en droit et dans la pratique.

57. L'un des précédents titulaires de mandat a expliqué que la législation incriminant les relations librement consenties entre personnes de même sexe compromettrait la réalisation du droit à la santé, car elle dissuadait les personnes ayant des relations homosexuelles librement consenties de chercher à obtenir des services de santé<sup>25</sup>. Les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes sont touchés de manière disproportionnée par la discrimination intersectionnelle en matière de santé sexuelle et procréative. Lorsqu'ils sont disponibles, les traitements d'affirmation du genre sont souvent très coûteux, et ne sont généralement pas pris en charge par une assurance maladie publique ou privée. De nombreuses personnes appartenant à ce groupe, notamment des adolescents, renoncent à s'adresser aux professionnels de la santé par crainte de faire l'objet de jugements de valeur liés à des normes sociales qui stigmatisent leur comportement sexuel.

58. Par ailleurs, les professionnels de la santé n'ont souvent pas reçu la formation voulue pour répondre aux besoins des lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres, non seulement sur le plan de la santé sexuelle, mais aussi en ce qui concerne leur santé générale. Il n'est pas

<sup>21</sup> HCDH, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Violence against Women*, disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_WHRD\\_WEB\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_WHRD_WEB_SP.pdf) (anglais et espagnol seulement).

<sup>22</sup> Voir, par exemple, CEDAW/C/ZAF/CO/4, par. 39, et A/HRC/32/42/Add.2, par. 33 et 34.

<sup>23</sup> A/HRC/20/5, par. 22.

<sup>24</sup> Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes, *Global Legislation Overview Update* (Genève, décembre 2020) ; HCDH, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons* (2020).

<sup>25</sup> A/HRC/14/20, par. 18.

rare que des professionnels de la santé refusent tout simplement de les traiter ou aient des réactions hostiles lorsqu'ils sont contraints de le faire, allant de l'humiliation publique et la violence verbale à la réalisation d'évaluations psychiatriques et de diverses interventions sous contrainte. Au nombre de celles-ci figurent la stérilisation forcée, l'examen rectal forcé et encouragé par l'État à des fins de poursuites d'actes homosexuels présumés et des examens de virginité invasifs. Dans d'autres cas, des personnes sont soumis à une hormonothérapie et à des opérations de normalisation génitale, sous couvert de thérapies dites « réparatrices » ou « de conversion ». Ces actes médicaux ne sont pratiquement jamais nécessaires d'un point de vue médical, et ils peuvent laisser des cicatrices et provoquer la perte des sensations sexuelles, des douleurs, de l'incontinence et une dépression à vie. Ces interventions peuvent également être dénuées de fondement scientifique et nuisibles et sont une source de stigmatisation dans tous les cas<sup>26</sup>.

59. Depuis 2011, le Conseil des droits de l'homme a adopté plusieurs résolutions sur les droits de l'homme, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Si, depuis sa création, les titulaires du présent mandat se sont penchés sur les violations liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, la première résolution du Conseil sur la question a été adoptée en 2011, laquelle a ouvert la voie au premier rapport complet des Nations Unies sur ladite question. Ce rapport mettait en évidence les violences et les actes de discrimination systématiques dont étaient victimes les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes dans toutes les régions. En 2016, un mandat portant spécifiquement sur ces questions a été créé.

60. Les défenseuses des droits humains sont également la cible des pouvoirs publics et sont ostracisées par leurs communautés car elles sont considérées comme des menaces pour la culture et la religion. Par exemple, lors de sa soixante-dix-neuvième session, le Groupe de travail sur la détention arbitraire a évoqué avec inquiétude la détention arbitraire, le harcèlement et les actes de torture dont une défenseuse des droits humains ougandaise œuvrant en faveur des droits des femmes et des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes aurait été victime de la part des forces de l'ordre pour avoir vivement critiqué le Président dans des médias sociaux<sup>27</sup>.

61. Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, les États ont mis en relief la nécessité d'éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et se sont engagés à prendre toutes les mesures voulues pour éliminer toutes les formes d'exploitation, de sévices, de harcèlement et de violence dont sont victimes les femmes, les adolescentes et les enfants<sup>28</sup>. De même, la Déclaration et le Programme d'action de Pékin pose que les droits des femmes comprennent le droit à la santé sexuelle et procréative, qu'elles doivent pouvoir exercer sans subir de contrainte, de discrimination ou de violence.

62. En 2013, la Commission de la condition de la femme a tenu sa cinquante-septième session, où elle a axé ses travaux sur l'élimination et la prévention de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles. Lors de cette session, la Commission a mis en relief les conséquences préjudiciables à court et à long terme de la violence à l'égard des femmes sur leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. La Commission a souligné que la protection et la réalisation des droits en matière de procréation étaient une condition nécessaire pour parvenir à l'égalité des sexes et pour autonomiser les femmes afin de leur permettre d'exercer tous leurs droits humains et toutes leurs libertés fondamentales et de prévenir et d'atténuer la violence à leur égard<sup>29</sup>.

63. La Rapporteuse spéciale pense avec la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences que la prévention des meurtres liés au genre ainsi que les enquêtes et les sanctions en cas de violence exigent que toutes les mesures prises par les États le soient en suivant une approche globale, en particulier en ce qui concerne la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la législation et des politiques. Une telle approche englobe les axes suivants : promouvoir une transformation de la société, notamment

<sup>26</sup> A/HRC/22/53, par. 76.

<sup>27</sup> Voir A/HRC/WGAD/2017/57.

<sup>28</sup> Conférence internationale sur la population et le développement, Programme d'action, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1), par. 4.9.

<sup>29</sup> Documents officiels du Conseil économique et social, 2013, Supplément n° 7 (E/2013/27), par. 22.

l'éradication des stéréotypes nuisibles ; développer des systèmes d'information et des données de qualité sur les meurtres motivés par le genre ; veiller à ce que les services de police et les autorités judiciaires garantissent comme il se doit l'exercice de recours civils et l'application de sanctions pénales ; fournir des services juridiques et sociaux et des services de santé adéquats aux femmes victimes de violence<sup>30</sup>.

64. Dans sa résolution n° 275 sur la protection contre la violence et d'autres violations des droits humains de personnes sur la base de leur identité ou orientation sexuelle réelle ou supposée, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a prié instamment les États de mettre un terme à tous les actes de violence et abus, qu'ils soient commis par des acteurs étatiques ou non étatiques, notamment en adoptant et en appliquant effectivement des lois appropriées interdisant et sanctionnant toutes les formes de violence, y compris celles ciblant des personnes sur la base de leur identité ou de leur orientation sexuelle réelle ou supposée, en garantissant une enquête appropriée et la poursuite diligente des auteurs, ainsi que des procédures judiciaires adaptées aux besoins des victimes<sup>31</sup>.

### C. Droits en matière de santé sexuelle et procréative

65. Dans son observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a précisé que le droit à la santé sexuelle et procréative faisait partie intégrante du droit à la santé. Cependant, une multitude de problèmes d'ordre structurel et systémique font que toutes les personnes n'exercent pas librement et pleinement ces droits. Non seulement ces obstacles sont-ils étroitement liés, mais ils sont ancrés dans de nombreuses sociétés à différents niveaux, notamment en ce qui concerne les soins cliniques, les systèmes de santé et les déterminants sous-jacents et sociaux de la santé. En outre, ces obstacles ont un caractère intersectionnel et ils déterminent si la situation d'une personne en matière de santé sera négative ou positive.

66. Le cadre du droit à la santé prévoit que les États ont l'obligation de respecter, de mettre en œuvre et de protéger le droit à la santé sexuelle et procréative, notamment en ce qui concerne la contraception et la planification familiale. Au nombre des violations de l'obligation de respecter le droit à la santé sexuelle et procréative figurent la mise en cause pénale des femmes qui subissent un avortement, l'incrimination de rapports sexuels consentis entre adultes, l'interdiction des services et médicaments de santé sexuelle et procréative ou le fait de refuser l'accès à ceux-ci dans la pratique, notamment du fait d'une discrimination fondée sur la race ou l'origine ethnique<sup>32</sup>, et la prescription d'interventions médicales non consenties, contraintes ou forcées – par exemple, la stérilisation forcée de femmes handicapées ou de femmes appartenant à des groupes minoritaires ou autochtones.

67. Interdire les contraceptifs ou en refuser l'accès dans la pratique, notamment en raison de l'absence d'autorisation du mari, du partenaire, d'un parent ou d'une autorité sanitaire, ou parce qu'une femme n'est pas mariée, constitue également une violation du droit à la santé sexuelle et procréative. Les États sont tenus de prendre des mesures pour empêcher des tiers d'entraver l'exercice des droits en matière de santé sexuelle et procréative et de veiller à ce que des tiers ne limitent pas l'accès des femmes aux contraceptifs, aux informations et aux services en matière de planification familiale.

68. Les États ont également l'obligation d'adopter les mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, incitatives et autres appropriées pour assurer la pleine réalisation des droits en matière de santé sexuelle et procréative, y compris ceux liés à la contraception, et pour garantir l'accès à l'information et à un large éventail de méthodes contraceptives, telles que les préservatifs et la contraception d'urgence, les médicaments pour

<sup>30</sup> Voir A/HRC/20/16.

<sup>31</sup> Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, résolution n° 275 (ACHPR/Res.275(LV)2014).

<sup>32</sup> Par exemple, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale s'est dit préoccupé par le traitement discriminatoire et les violences verbales et physiques que subissent les femmes roms quand elles s'adressent aux services de santé sexuelle et procréative, ainsi que par le fait que les femmes roms qui ont subi une stérilisation forcée en Slovaquie ne se sont pas vu accorder des réparations (CERD/C/SVK/CO/11-12, par. 23).

l'interruption volontaire de grossesse et le traitement postérieur et les médicaments, y compris les médicaments génériques, pour la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et le VIH<sup>33</sup>.

69. Ces considérations, plus que toute autre chose, devraient guider toute action touchant l'exercice des droits en matière de santé sexuelle et procréative. La dignité et la faculté de disposer de son corps sont des éléments centraux de ces droits et les États devraient donc suivre des processus de décision axés sur les droits de l'homme pour toute mesure législative, administrative, budgétaire, judiciaire et autre concernant les droits en matière de santé sexuelle et procréative.

70. La Rapporteuse spéciale, consciente des obstacles préexistants qui empêchent la libre et pleine jouissance du droit à la santé, fera fond sur le travail déjà accompli par ses prédécesseurs et continuera à examiner les sous-thèmes ci-après s'agissant de la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et procréative.

**1. Conséquences que l'incrimination et d'autres restrictions imposées par la loi continuent d'avoir sur l'avortement, le comportement pendant la grossesse, la contraception et la planification familiale, ainsi que sur la fourniture de services d'éducation et d'information en matière de santé sexuelle et procréative.**

71. La Rapporteuse spéciale entend procéder à un examen approfondi des restrictions juridiques et politiques existantes afin de mettre en évidence leur caractère discriminatoire et leurs conséquences sur la jouissance du droit à la santé. L'incrimination de certains actes est attentatoire au droit de la personne à la santé, notamment en ce qui concerne la prise de décision et l'intégrité corporelle. Elle porte atteinte à la dignité humaine, a en outre des conséquences négatives sur le plan de la santé publique et touche de manière disproportionnée les personnes qui peuvent tomber enceintes<sup>34</sup>.

**2. Incrimination des rapports sexuels consentis entre adolescents d'âge similaire**

72. L'activité sexuelle chez les adolescents est très répandue, bien que les taux varient considérablement. Cependant, de nombreux pays continuent de suivre des approches punitives de l'activité sexuelle des adolescents, qui stigmatisent les intéressés, les diabolisent et sont discriminatoires à leur égard. Le développement sexuel sain des adolescents passe à la fois par la maturation physique et une compréhension des comportements sexuels sains, ainsi que par un sentiment positif de bien-être sexuel. Les approches punitives des rapports sexuels consentis entre adolescents d'un âge similaire constituent des obstacles importants à l'accès de ceux-ci aux informations, aux services et aux biens nécessaires à la protection de leur santé sexuelle et procréative.

73. Comme l'a déjà souligné le précédent titulaire du mandat, les adolescents ont le droit de bénéficier des outils et de l'information leur permettant d'avoir des pratiques sexuelles sûres<sup>35</sup>. Les États doivent donc adopter une politique globale de santé sexuelle et procréative qui porte sur tous les adolescents et qui tienne compte des questions de genre et ne soit pas discriminatoire, et l'intégrer dans les stratégies et programmes nationaux. Cette politique doit être conforme aux normes pertinentes en matière de droits de l'homme et poser que l'inégalité d'accès des adolescents constitue une discrimination. La Rapporteuse spéciale prévoit de faire fond sur les rapports de ses prédécesseurs sur le droit à la santé des adolescents et sur l'incrimination des actes homosexuels, de l'orientation sexuelle, du travail du sexe et de la transmission du VIH, en envisageant ces questions sous l'angle de l'égalité réelle et de leurs caractère intersectionnel.

**3. Travailleurs du sexe**

74. En avril 2020, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a demandé aux pays de prendre immédiatement des mesures d'une importance primordiale, fondées sur les principes des droits de l'homme, eu égard en particulier au contexte de la

<sup>33</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22, par. 13.

<sup>34</sup> Voir A/66/254.

<sup>35</sup> A/HRC/32/32, par. 83.

pandémie de COVID-19, pour protéger la santé et les droits des travailleurs du sexe<sup>36</sup>. La Rapporteuse spéciale appuie cette demande et pense aussi que les crises sanitaires telles que la pandémie de COVID-19 mettent en évidence les inégalités existantes et touchent de manière disproportionnée les personnes déjà traitées comme des délinquantes, marginalisées ou en situation de vulnérabilité, ou vivant dans la précarité financière, et qui ne sont généralement pas prises en charge par les mécanismes de protection sociale.

75. Dans un rapport sur la privation de liberté et le droit à la santé, le précédent titulaire du mandat a évoqué les restrictions à la liberté de circulation qui sont apparues au cours des deux cents dernières années et qui ont été utilisées comme instrument de contrôle social, souvent par défaut, pour promouvoir la « morale », la sécurité publique et la santé publique. Il a mis en relief l'existence de cadres juridiques répressifs et de politiques publiques qui conduisent à la détention de personnes en raison de comportements, d'identités ou de statuts socialement qualifiés d'« immoraux ». Sont ainsi visés, notamment, le travail du sexe, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la consommation de drogues, le statut sérologique à l'égard du HIV, la non-observance du traitement contre la tuberculose et l'exposition aux maladies infectieuses, ainsi que des services de soins de santé dont seules les femmes ont besoin, tels que l'avortement. L'incarcération liée à ce type d'éléments fait obstacle à la réalisation du droit à la santé<sup>37</sup>.

76. Dans un autre rapport précédemment établi dans le cadre du présent mandat, il a été souligné que l'incrimination du travail du sexe a souvent été justifiée par l'affirmation qu'elle constituait un moyen de protéger la moralité publique et les bonnes mœurs, et que les travailleurs du sexe étaient souvent harcelés par la police à titre de sanction morale<sup>38</sup>.

77. La Rapporteuse spéciale entend se pencher plus avant sur la notion de moralité en lien avec le travail du sexe. Elle partage l'avis d'Initiative pour les droits sexuels et de Global Network of Sex Work Projects selon lequel la morale tient une place centrale dans le contrôle exercé sur la sexualité de par le fait qu'elle considère celle-ci comme déviante, et constitue un vestige de la conquête coloniale, qui visait à contrôler des peuples dans leur ensemble<sup>39</sup>. Le colonialisme a fait de la morale une marchandise que les puissances coloniales possédaient, qui a ensuite été utilisée pour fonder la nation et qui est sous-tendue par des normes et des valeurs appliquées à des sujets marginalisés s'agissant de la sexualité et du genre. Si les effets de la morale conservatrice ont été étudiés en ce qui concerne les relations entre personnes de même sexe, ils l'ont moins été en ce qui concerne la construction de la sexualité des femmes et les lois et politiques pertinentes.

#### **D. Innovation et technologie numérique : droits en matière de santé sexuelle et procréative, dispositifs numériques et télésanté**

78. Les progrès techniques accomplis dans le domaine des soins de santé se sont révélés être un élément déterminant dans la fourniture de soins de santé et ont amélioré notre qualité de vie. L'innovation et la technologie numérique ont amélioré notre capacité à stocker, partager et analyser les informations sur la santé. Ils ont également renforcé les capacités des prestataires et amélioré l'accès des patients aux services de soins de santé, autant d'éléments qui ont joué un rôle déterminant s'agissant, notamment, de faire face à la pandémie de COVID-19.

79. Par conséquent, et compte tenu de ce que l'innovation et la technologie numérique vont, plus que tout autre facteur, continuer à transformer les soins de santé, il importe que davantage d'investissements soient consacrés à leur amélioration. L'accès universel aux services de santé n'est pas possible sans politiques visant à garantir un accès abordable aux

<sup>36</sup> ONUSIDA, « La riposte à la COVID-19 ne doit pas oublier les professionnel(le)s du sexe », 8 avril 2020.

<sup>37</sup> A/HRC/38/36, par. 8 et 19.

<sup>38</sup> A/HRC/14/20, par. 4 et 42.

<sup>39</sup> Initiative pour les droits sexuels et Global Network of Sex Work Projects, communication d'octobre 2018 au Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles, par. 5.

technologies de la santé. Toutefois, les atteintes aux droits de l'homme que les technologies numériques rendent possibles suscitent des préoccupations légitimes.

80. La Rapporteuse spéciale attire l'attention sur les Interventions de santé numérique axées sur la jeunesse, un cadre interinstitutions élaboré par l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Ce cadre donne des orientations et expose des principes concernant la planification, la conception et la mise en œuvre efficaces de solutions numériques avec la participation des jeunes et à l'intention de ceux-ci, afin qu'ils soient à même de faire face aux nombreuses questions de santé qui peuvent se poser à eux lors de leur passage vers l'âge adulte. Il s'appuie sur l'expérience acquise par de nombreuses organisations et personnes travaillant dans ce domaine – y compris les jeunes eux-mêmes – et fait fond sur les connaissances actuelles et les outils existants.

81. Dans cette optique, la Rapporteuse spéciale s'efforcera de promouvoir activement les solutions numériques en matière de soins de santé tout en préconisant une vigilance constante à l'égard des mécanismes qui sous-tendent la technologie et le respect de l'obligation de rendre des comptes afin de garantir à tous un accès équitable et non discriminatoire.

82. Au nombre des questions dont il importe de se préoccuper dans le cadre de la mise en œuvre de dispositifs de santé numérique équitable figurent l'accessibilité et le caractère abordable de ceux-ci. Dans une grande partie du monde du Sud et dans d'autres régions en développement, la fracture numérique continue d'exclure de nombreuses personnes de ce que l'on a appelé la quatrième révolution industrielle. Comme l'a souligné la Rapporteuse spéciale sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée dans un rapport, les nouvelles technologies numériques exacerbent et aggravent les inégalités existantes, dont beaucoup sont fondées sur la race et l'origine ethnique ou nationale<sup>40</sup>. Il s'agit d'un élément d'important qui doit être dûment pris en considération, compte tenu du fait bien établi que le racisme est profondément ancré dans le système de soins de santé mondial, de sorte que les dispositifs numériques de soins de santé sont susceptibles de présenter ces mêmes défauts.

83. Le rapport susmentionné donne un exemple concret de ce phénomène. Une étude sur les algorithmes de soins de santé a montré comment, aux États-Unis, les patients noirs se voyaient attribuer des scores de risque inférieurs à ceux des patients blancs, alors qu'ils étaient tout aussi malades que ces derniers, ce qui les empêchait d'être orientés vers des programmes de soins de santé<sup>41</sup>.

84. La surveillance numérique, le suivi et la reconnaissance faciale en tant qu'éléments des technologies utilisées dans l'innovation en matière de santé peuvent perpétuer le racisme et ainsi l'ancrer dans les technologies de la santé. Si rien n'est fait pour exercer un contrôle sur ces dispositifs et les remettre en question, il en résultera probablement une intégration de l'intelligence artificielle dans des programmes de santé qui continueront d'avoir un caractère raciste. Cette évolution n'est pas neutre et la discrimination peut faire que les diagnostics, les enquêtes, les analyses et les algorithmes donnent lieu à des injustices.

85. L'accès à l'information est souvent d'un coût inabordable pour les personnes pauvres. Aussi, la santé numérique et les soins autogérés doivent aller de pair avec un accès subventionné ou gratuit aux données, afin de garantir que toutes les personnes, quel que soit leur situation financière, puissent bénéficier du meilleur état de santé susceptible d'être atteint sur tous les plans, y compris au moyen de la santé numérique.

86. La Rapporteuse spéciale, dans le cadre de la mission qu'elle s'est donnée de mettre l'accent sur les questions de la non-discrimination, de l'anticolonialité et de l'intersectionnalité dans l'accomplissement de son mandat, souligne que les solutions numériques doivent aller au-delà de la technologie et qu'elles ne sont pas neutres. Elle partage l'avis selon lequel les solutions fondées sur le numérique et l'intelligence artificielle peuvent reposer sur des règles et avoir un caractère ouvert, commercial ou autoritaire, et qu'elles peuvent s'appuyer sur la participation des citoyens, des communautés et des patients,

<sup>40</sup> A/HRC/44/57, par. 4.

<sup>41</sup> Ibid., par. 30.

ou être axées sur les seuls professionnels de la santé. Il importe de comprendre en quoi une distribution inégale, une qualité inégale, des niveaux d'acceptation différents dans différentes cultures et des modèles de gouvernance différents ont une incidence sur la réussite de la mise en œuvre de ces solutions. Pour obtenir l'effet escompté et garantir les droits, il est essentiel que la réflexion dépasse l'horizon de la technologie<sup>42</sup>.

## E. Racisme et droit à la santé

87. En 2018, Charles Ngwena a écrit ce qui suit :

Il n'est guère besoin de souligner que la race a une présence existentielle et durable en tant que construit social ayant une matérialité réelle aux plans politique, économique et culturel. ... La race reste un critère d'association que les personnes revendiquent souvent comme faisant partie de leur identité ou qui peut leur être assignée par d'autres ou par la communauté politique dont elles font partie. La question de la race a des implications politiques lorsque le corps politique est racialisé, que ce soit explicitement ou implicitement, en ce que la différenciation raciale est liée à des essences hiérarchisées porteuses de significations sociales, politiques et économiques qui peuvent être positives ou négatives pour le sujet racialisé, selon le côté de la « ligne de couleur » auquel la personne appartient ou est réputée appartenir<sup>43</sup>.

88. La même réflexion peut être étendue à l'ethnicité, pour affirmer que l'ethnicité a des implications politiques lorsque le corps politique est ethnicisé, que ce soit explicitement ou implicitement, et est ainsi porteuse de significations sociales, politiques et économiques qui peuvent être positives ou négatives pour le sujet ethnicisé. Les systèmes de santé non autochtones méconnaissent souvent la conception qu'ont les peuples autochtones de la santé, ce qui crée des obstacles importants à l'accès de ceux-ci aux soins<sup>44</sup>. Partout dans le monde, les autochtones sont davantage exposés aux risques sanitaires, sont en moins bon état de santé et ont davantage de besoins non satisfaits que le reste de la population.

89. Compte tenu de ce qui précède, ci-dessus, on comprendra que la condition sociale des personnes d'ascendance africaine fait qu'ils subissent de multiples formes d'oppression systémique. Ces phénomènes, qui sont concomitants, touchent de manière disproportionnée les personnes d'ascendance africaine, augmentant notamment leur vulnérabilité à la COVID-19. Ils sont ancrés dans des pratiques discriminatoires et font que les ressources, le pouvoir et les chances sont systématiquement répartis selon des critères raciaux, de sorte que tous, en particulier les personnes d'ascendance africaine, ne peuvent pas participer pleinement et librement à la vie de la société, à l'administration des affaires publiques et à la vie économique. En ce qui concerne le droit à la santé, le racisme systémique se manifeste par un accès différencié aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé.

90. Il est largement attesté que le racisme entraîne une augmentation des taux de mortalité et de morbidité<sup>45</sup>. Aussi, pour remédier de manière globale au racisme systémique qui fait partie intrinsèque des dispositifs de santé sur le plan mondial, il convient d'adopter une approche transversale, car la race, en interaction avec d'autres facteurs sociaux, notamment le genre, l'orientation sexuelle, le niveau d'études, la situation économique, le handicap ou d'autres situations conditionne l'accès d'une personne donnée aux soins de santé.

<sup>42</sup> The Lancet and Financial Times Commission, *Growing up in a digital world*, 2019, disponible à l'adresse suivante : <http://www.governinghealthfutures2030.org/wp-content/uploads/2019/10/Two-page-Commission-brief.pdf>.

<sup>43</sup> Charles Ngwena, *What is Africanness?: Contesting Nativism in Race, Culture and Sexualities* (Pretoria, Pretoria University Law Press, 2018).

<sup>44</sup> A/HRC/30/41, par. 31.

<sup>45</sup> Voir, par exemple, Mohammad S. Razai et al., *Mitigating ethnic disparities in covid-19 and beyond*, *The BMJ*, vol. 372 (15 janvier 2021) ; Sharrelle Barber, *Death by racism*, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, n° 8 (1<sup>er</sup> 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).

91. L'intersectionnalité exige de comprendre les conséquences de l'oppression raciale et fondée sur le genre et ses manifestations. Par exemple, bien souvent les femmes d'ascendance africaine éprouvent des difficultés à accéder aux méthodes de contraception modernes<sup>46</sup>, ont eu de mauvaises expériences en matière de gestion de la douleur et ont insuffisamment accès ou n'ont pas accès à des soins prénatals et à des soins pendant la grossesse adéquats. Par rapport aux femmes blanches, les femmes noires sont plus nombreuses à mourir d'affections évitables liées à la maternité et de complications de l'accouchement, et les décès néonataux sont plus fréquents chez les enfants noirs<sup>47</sup>. En outre, les femmes noires n'ont pas accès ou ont un accès insuffisant à une aide en cas de violence familiale et à des salaires adéquats permettant de subvenir aux besoins de leur famille.

92. Dans la pratique, de nombreuses femmes et filles d'ascendance africaine ne sont pas suffisamment en mesure de faire un choix ; leur droit à l'autonomie et à l'intégrité corporelles et de décider d'avoir ou non des enfants, ou si une grossesse est supportable et peut être menée à terme, est subordonné à d'autres facteurs, tels que la possibilité pour elles de garantir le droit de leurs enfants à un niveau de vie suffisant pour assurer leur développement physique, mental, spirituel, moral et social.

93. Le racisme et son influence sur l'aménagement de l'espace urbain font que de nombreuses personnes d'ascendance africaine et leurs communautés vivent dans des zones présentant des niveaux élevés de pollution de l'air, des sols et de l'eau du fait d'activités industrielles. Les espaces à forte densité d'occupation entraînent une mauvaise aération et des taux plus élevés de maladies chroniques, autant de facteurs qui ont contribué à accroître la gravité des maladies et les taux de mortalité dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

94. L'un des aspects croisés importants qui doivent être pris en compte lorsque l'on se penche sur les nombreuses manifestations du racisme et sur les questions de genre est celui de la convergence de la race et du sport et son incidence sur la santé physique et mentale. Historiquement, les athlètes et les sportifs d'ascendance africaine ont dû subir des questionnements épuisants et parfois injustes sur leurs capacités, et ont été soumis à une application beaucoup plus sévère des règles dans leurs sports respectifs. Il convient de prendre cette tendance observable en considération lorsque l'on examine la question de la mesure dans laquelle le racisme s'infiltré dans le sport et dans d'autres institutions et a ainsi des incidences sur la vie des Noirs à différents niveaux de la société.

## F. Équité en matière de santé

95. Chacun a le besoin fondamental de disposer de services de santé, mais les inégalités en matière d'état de santé et d'accès aux services de santé persistent. Du fait de problèmes sociaux et économiques généraux, les personnes marginalisées en raison de la pauvreté, de leur sexe, de leur origine ethnique, de normes sociales ou de la stigmatisation et de la discrimination dont elles sont l'objet voient leur santé en pâtir. Les prises en charge médicales ne sont pas les principaux déterminants de la santé. Les résultats en matière de santé sont plutôt déterminés par des facteurs sous-jacents et sociaux, parmi lesquels la nutrition, le logement, les conditions de travail, l'éducation, la discrimination, la violence et la guerre ou l'absence de guerre.

96. Pour parvenir à l'équité en matière de santé, il est nécessaire d'éliminer les obstacles structurels et systémiques à l'accès aux services, biens et installations de santé. Au nombre de ces obstacles figurent la pauvreté et la discrimination et leurs conséquences, telles que l'état d'impuissance et le manque d'accès à de bons emplois rémunérés équitablement, à un enseignement de qualité, au logement et à un cadre de vie sûr.

97. En 2005, l'OMS a créé la Commission des déterminants sociaux et fondamentaux de la santé afin d'étudier les facteurs sociaux à l'origine de la mauvaise santé et des inégalités en matière de santé. Celle-ci a présenté son rapport final à l'OMS en juillet 2008. Ses

<sup>46</sup> Jennifer S. Barber et al., *Contraceptive Desert ? Black-White Differences in Characteristics of Nearby Pharmacies*, *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, vol. 6 (20 février 2019).

<sup>47</sup> Brad N. Greenwood et al., *Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns*, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 117, n° 35 (17 août 2020).

principales recommandations étaient d'améliorer les conditions de vie, de s'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources et de mesurer l'ampleur du problème en vue d'évaluer l'incidence des mesures prises.

98. Dans un rapport sur le rôle essentiel joué par les déterminants sociaux et fondamentaux de la santé dans la progression de la réalisation du droit à la santé mentale, le précédent titulaire du mandat a réaffirmé que le droit à la santé n'était pas le droit d'être en bonne santé, mais celui de bénéficier de conditions et de services permettant de vivre dignement, d'avoir accès aux mêmes chances que les autres personnes et de ne subir aucune discrimination en matière de santé<sup>48</sup>. Aux conditions préalables qui doivent être remplies pour assurer la santé des personnes les plus couramment énumérées – alimentation, logement, éducation et travail –, il a ajouté les éléments psychosociaux qui favorisent le bien-être des personnes et de la société.

99. La qualité des relations entre les personnes, les familles et les communautés tissées au cours d'une vie, entre différentes générations, entre le gouvernement et la population, entre différentes nations et entre l'homme et la nature est déterminante sur les plan de la santé mentale. Ces relations sont à leur tour façonnées par les structures socioéconomiques, politiques et culturelles dans les foyers, les écoles, les lieux de travail, les établissements de santé et la communauté, et elles se ressentent de problèmes tels que les relations violentes, la violence et les disparités sociales.

100. Il a déjà été démontré que la pandémie de COVID-19 était source d'inégalités qui menacent l'intégrité des processus de déploiement des vaccins contre la COVID-19. À cet égard, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné le droit de chacun de bénéficier des bienfaits du progrès scientifique. Il a souligné que les pandémies illustrent de manière exemplaire combien la coopération scientifique internationale est nécessaire pour faire face aux menaces transnationales. Les virus et autres agents pathogènes ne respectent pas les frontières. Pour lutter efficacement contre les pandémies, les États doivent soutenir davantage la coopération scientifique internationale, car les solutions nationales sont insuffisantes. En cas de pandémie, le partage des meilleures connaissances scientifiques et de leurs applications, en particulier dans le domaine médical, devient indispensable pour atténuer l'impact de la maladie et accélérer la découverte de traitements et de vaccins efficaces<sup>49</sup>.

101. Malheureusement, il semble que certains gouvernements n'aient veillé à la disponibilité de vaccins que pour la seule population du pays<sup>50</sup>. Les politiques de santé et les procédures de passation de marchés isolationnistes sont incompatibles avec les normes internationales relatives aux droits de l'homme. D'aucuns se sont inquiétés du fait que les pays disposant de ressources financières plus importantes ont signé des accords d'accès préférentiel aux vaccins contre la COVID-19, ce qui risque de laisser d'autres pays sur le bord du chemin. L'OMS et d'autres organismes ont mis en garde contre les dangers du nationalisme en matière d'approvisionnement et de vaccins. Dans une déclaration faite lors de la réunion du Conseil des aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce de l'Organisation mondiale du commerce tenue en juillet 2020, l'Afrique du Sud a souligné que des dirigeants de pays du Nord et du Sud avaient qualifié les vaccins de bien public mondial qui devrait être disponible de manière juste et équitable dans le monde entier, en ne laissant personne de côté, et que le moment était venu de mettre ce principe en pratique<sup>51</sup>.

102. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a réaffirmé que toute personne avait le droit d'avoir accès à un vaccin contre la COVID-19 qui soit sûr, efficace et fondé sur

<sup>48</sup> A/HRC/41/34, par. 11.

<sup>49</sup> E/C.12/2020/1, par. 23. Voir également E/C.12/2020/2.

<sup>50</sup> HCDH, *Statement by UN Human Rights Experts: Universal access to vaccines is essential for prevention and containment of COVID-19 around the world*, communiqué de presse (anglais seulement), 9 novembre 2020.

<sup>51</sup> Déclaration faite par l'Afrique du Sud lors de la réunion du Conseil des aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce de l'Organisation mondiale du commerce du 30 juillet 2020, disponible à l'adresse suivante : [www.keionline.org/33593](http://www.keionline.org/33593).

les meilleures connaissances scientifiques disponibles<sup>52</sup>. Par conséquent, comme l'a également rappelé le Comité, les États sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires, en y consacrant le maximum de leurs ressources disponibles, pour garantir à chacun, sans discrimination, l'accès aux vaccins contre la COVID-19. Les États ont en outre l'obligation d'éviter que l'accès aux vaccins contre la COVID-19 soit source de discriminations et d'inégalités injustifiées et de garantir l'accès universel et équitable aux vaccins contre la COVID-19.

103. Cette question revête une importance particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité, qui bien souvent sont laissées de côté en ce qui concerne les soins de santé, notamment les personnes vivant dans la pauvreté, les femmes, les autochtones, les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes appartenant à une minorité, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les personnes vivant dans des lieux surpeuplés et dans des institutions d'accueil, les personnes en détention, les personnes sans domicile fixe, les migrants et les réfugiés, les consommateurs de drogues et les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et de genre variant.

104. On ne saurait faire passer le bénéfice des industriels et des entreprises privées avant les droits à la vie et à la santé de milliards de personnes, en particulier avec de si lourdes conséquences. Le Comité a également souligné que, si les entreprises privées reçoivent une compensation raisonnable pour les investissements et les recherches qu'elles ont réalisés dans le domaine des vaccins, elles devraient s'abstenir d'invoquer les droits de la propriété intellectuelle si cela va à l'encontre du droit de toute personne d'avoir accès à un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19<sup>53</sup>. À cet égard, il importe de veiller, dans le cadre des programmes de déploiement des vaccins, à ce que personne ne soit laissé pour compte, dans l'intérêt de l'humanité tout entière.

## **G. Maladies non transmissibles : cancers de l'appareil reproducteur**

105. L'OMS s'est fixé pour objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici à 2050 afin d'éviter le décès de millions de femmes et de jeunes filles. Cette stratégie, qui a reçu le soutien des États membres de l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la Santé 2020, consiste à vacciner 90 % des filles avant l'âge de 15 ans, à faire passer un test de dépistage à 70 % des femmes avant l'âge de 35 ans, puis à nouveau avant l'âge de 45 ans, et à traiter 90 % des femmes chez qui on a diagnostiqué une maladie du col de l'utérus. Les chiffres pour 2018 indiquent que 570 000 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus et que 311 000 femmes sont décédées de cette affection. On prévoit que s'il n'est pas mis fin à cette situation, le nombre annuel de cas devrait atteindre 700 000 d'ici à 2030, et le nombre de décès qui y sont liés s'élever à 400 000<sup>54</sup>.

106. L'état actuel de la disponibilité actuelle des vaccins contre le papillomavirus humain, qui est la cause du cancer du col de l'utérus, présente une asymétrie en faveur des pays les plus riches. Comme c'est le cas pour la COVID-19, les États doivent faire preuve de solidarité pour faire en sorte que chacun ait un accès équitable à des vaccins abordables et aux technologies de l'intelligence artificielle pour dépister le cancer du col de l'utérus.

107. Conformément à l'approche de la Rapporteuse spéciale s'agissant de garantir à tous la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, les principes de non-discrimination, de lutte contre le racisme et d'intersectionnalité seront mis en avant pour orienter l'engagement des États à faire preuve de solidarité dans la fourniture des vaccins et des technologies de dépistage nécessaires pour mettre fin au cancer du col de l'utérus.

108. La Rapporteuse spéciale envisage, au titre de ses tâches prioritaires, d'analyser les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable au cours de la dernière décennie, et les difficultés rencontrées à cet égard. Elle envisage également de procéder à une analyse du rôle des déterminants de la santé – notamment les changements

<sup>52</sup> E/C.12/2020/2.

<sup>53</sup> E/C.12/2021/1.

<sup>54</sup> OMS, Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem (Genève, 2020).

climatiques et l'environnement, l'eau et l'assainissement, l'éducation et l'égalité des sexes – et du rôle des partenariats, de la hiérarchie et des Nations Unies dans ce processus.

109. Enfin, la Rapporteuse spéciale envisage d'examiner le rôle joué par la privatisation des services de santé, ainsi que des partenariats public-privé, de l'aide financière et de la philanthropie dans les efforts visant à assurer une couverture sanitaire universelle.

## V. Conclusions

110. Bien que les progrès des technologies des soins de santé aient contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé au cours des dernières décennies, les inégalités ancrées dans les systèmes de santé publique font que l'accès aux bienfaits de ces progrès est incomplet et insuffisant. Trop de personnes ont été laissées pour compte et continuent de l'être, en raison de la réticence des sociétés à mettre au jour et à nommer les systèmes d'organisation sociale oppressifs.

111. Eu égard aux contributions novatrices du précédent titulaire du mandat, qui a approfondi la compréhension de la question de l'autonomie et des droits de l'homme s'agissant des adolescents, entre autres choses, on peut affirmer que l'influence du présent mandat en ce qui concerne les politiques centrées sur les droits de l'homme est bien établie. Le Rapporteuse spéciale espère étendre encore cette influence sur la réalisation du droit à la santé en livrant des réflexions sur les moyens de continuer à contribuer à la pleine réalisation du droit à la santé en tirant parti des possibilités qui s'offrent d'apporter une réponse aux problèmes qui se posent actuellement.

112. Dans le cadre des efforts tendant à la réalisation du droit de tous à la santé, les approches qui tiennent compte de la pluralité de l'expérience humaine doivent rester une priorité des États dans l'action qu'ils mènent pour respecter, réaliser et protéger le droit de tous à la santé.

113. L'égalité doit être comprise à la lumière des injustices historiques qui la rendent nécessaire. Les solutions visant à parvenir à l'égalité ne sauraient donc méconnaître la place qu'occupent les personnes qu'elles veulent servir dans la structure du pouvoir social.

---