



Assemblée générale

Distr. générale
9 août 2013
Français
Original : anglais

Soixante-huitième session

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

Promotion et protection des droits

de l'homme : questions relatives aux droits

de l'homme, y compris les divers moyens

de mieux assurer l'exercice effectif des droits

de l'homme et des libertés fondamentales

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

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover, lequel rapport est soumis conformément aux résolutions 6/29 et [15/22](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/68/150](#).



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

Résumé

Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial examine les obligations des États et des acteurs non étatiques liées au droit à la santé à l'égard des personnes touchées par et/ou engagées dans un conflit. La portée du rapport dépasse le cadre des conflits armés et s'étend aux troubles intérieurs et civils, manifestations, émeutes, territoires occupés et territoires avec une présence militaire constante. L'incidence des conflits sur le droit à la santé des populations touchées peut persister longtemps après la cessation des hostilités actives. Dans toute la gamme de situations qui entourent les conflits, il est alors essentiel que les États garantissent la pleine réalisation du droit à la santé des populations touchées par et/ou engagées dans un conflit.

C'est dans ce contexte que le Rapporteur spécial examine la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des établissements, produits et services sanitaires durant et après un conflit. Il décrit les obligations des États, les obligations internationales des entités autres que l'État principal et les responsabilités des groupes armés non étatiques. Le rapport examine également la situation des groupes vulnérables, qui peuvent se heurter à des obstacles plus grands à l'exercice de leur droit à la santé du fait d'un conflit, et aborde la nécessité de mettre en place des mécanismes de responsabilisation et recours en cas de violations du droit à la santé. Le Rapporteur spécial conclut son rapport en insistant sur l'importance de la participation effective des communautés touchées et en proposant un cadre de recommandations concernant des mesures concrètes et continues vers l'entière réalisation du droit à la santé des personnes touchées par les situations de conflit.

Par tourisme durable, on entend les activités touristiques qui tiennent pleinement compte de leurs incidences économiques, sociales et environnementales actuelles et futures, en prenant en considération les besoins des visiteurs, de l'industrie, de l'environnement et des communautés d'accueil. Toutes les formes de tourisme vers tous les types de destination sont concernées, notamment le tourisme de masse et les divers marchés de niche, y compris l'écotourisme. Le Secrétariat pour l'intégration touristique centraméricaine (SITCA) et les responsables du tourisme des sept pays membres ont adopté les principes du tourisme viable définis par l'OMT et reflétés dans les Critères mondiaux du tourisme durable, en tant que cadre pour le développement du tourisme dans leur planification stratégique. Le SITCA a également adopté le Code mondial d'éthique du tourisme que les offices du tourisme de certains pays sont en train de faire appliquer par leurs membres, surtout en ce qui concerne l'élimination de l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents.

I. Introduction

1. Les conflits dressent d'immenses obstacles à la réalisation du droit à la santé. Près de 1,5 milliard de personnes vivent actuellement dans des zones touchées par les conflits ou des États fragiles, qui enregistrent des niveaux de mortalité post-infantile et de malnutrition deux fois supérieurs à ceux des pays non touchés par les conflits, ainsi que des niveaux de pauvreté 21 % supérieurs, et sont les moins à même de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement¹. Le conflit affecte la santé via non seulement la violence directe, mais également la décomposition des structures sociales et systèmes de santé, ainsi que le manque de disponibilité des fondamentaux déterminants de la santé. Cette situation conduit à une forte incidence de maladies évitables et traitables, notamment le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition². Ces effets sur la santé persistent souvent bien après la fin des hostilités actives, et pèsent sur les indicateurs de la santé durant les années qui suivent³. Il est ainsi impératif de résoudre le problème du droit à la santé dans les situations de conflit et d'après conflit en vue de réaliser le droit à la santé pour tous.

2. Les conflits contemporains revêtent diverses formes, notamment les troubles intérieurs et civils, les manifestations et les émeutes outre les conflits armés relevant du droit international humanitaire. Ils incluent également la situation des territoires occupés et des territoires avec une présence militaire constante où les populations peuvent être touchées par des conflits durant de nombreuses années malgré l'absence d'hostilités actives. Le rapport définit les obligations des États au titre du droit à la santé dans toutes ces situations de conflit. Les situations ne répondant pas aux critères déterminant les contextes de conflit armé ou d'occupation sont régies exclusivement par le droit des droits de l'homme, dont le droit à la santé. Les conflits armés toutefois sont régis par le droit international humanitaire ainsi que le droit des droits de l'homme.

3. Les conflits armés se répartissent en deux catégories : les conflits armés internationaux où « il y a recours à la force armée entre États »⁴, et les conflits armés non internationaux caractérisés par une « situation de violence prolongée » impliquant au moins un groupe armé organisé non étatique⁵. Dans les deux situations, le droit international humanitaire prescrit des règles de conduite aux États et aux groupes armés non étatiques parties au conflit. Il régit les situations comme la conduite des hostilités, le traitement des prisonniers, ainsi que les garanties des droits fondamentaux comme l'accès à la justice et le régime applicable aux civils et aux biens civils.

¹ Banque mondiale, « Rapport sur le développement dans le monde 2011 : conflits, sécurité et développement » (Washington, 2011), p. 2, 5.

² Comité international de secours (IRC), « Mortalité en République démocratique du Congo : la crise économique » (New York, 2007), p. ii. Disponible à www.rescue.org/sites/default/files/migrated/where/g_belgium/2006-7_congomsurvey_a4fr.pdf, p. ii.

³ Ibid.; Banque mondiale, « Rapport sur le développement dans le monde 2011 », p. 2.

⁴ Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, « Procureur c. Dusko Tadic », affaire n° IT-94-1-A, TPIY, « Arrêt relatif à l'appel de la défense concernant l'exception préjudicielle d'incompétence », 2 octobre 1995, par. 70.

⁵ Comité international de la Croix-Rouge (CICR), « Comment le terme "conflit armé" est-il défini en droit international humanitaire? » Prise de position (Genève, 2008). Disponible à www.icrc.org/fr/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-fre.pdf.

4. Le droit des droits de l'homme continue de s'appliquer aux situations régies par le droit international humanitaire. Cela a été confirmé par la Cour internationale de Justice⁶, les organes conventionnels des droits de l'homme⁷, les organisations régionales comme la Cour européenne des droits de l'homme⁸ et les tribunaux nationaux⁹. L'Assemblée générale, dans sa résolution 57/233, et le Conseil de sécurité, dans sa résolution 1181 (1998) ont également condamné les violations des droits de l'homme en situation de conflit armé.

5. L'application simultanée des deux cadres de lois aux situations de conflits armés renforce les droits de la population touchée. En outre, le droit des droits de l'homme garantit la protection des populations touchées là où est contestée l'application du droit international humanitaire. Cette application simultanée offre également une aide dans les situations concernant directement le droit à la santé, comme les effets de l'insécurité générale sur la santé et ses déterminants fondamentaux dont le droit international humanitaire risque de ne pas bien tenir compte. Le droit des droits de l'homme prescrit également des obligations sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé plus précises que celles contenues dans le droit international humanitaire.

6. Le droit international humanitaire ainsi que le droit des droits de l'homme ont pour objectif commun de protéger tous les individus et se fondent l'un et l'autre sur les principes du respect de la vie, du bien-être et de la dignité humaine de la personne¹⁰. Ils offrent des protections complémentaires et synergiques¹¹. L'application du droit des droits de l'homme aux situations de conflit garantirait une meilleure protection aux populations civiles, ainsi que des mécanismes supplémentaires de responsabilisation pour les États et de réparations pour les populations touchées.

II. Cadre conceptuel

7. Le droit à la santé dans le droit international est entre autres inscrit dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). Le cadre du droit à la santé est présenté dans l'observation générale 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui interprète le droit à la santé et demande aux États de respecter, garantir et réaliser le droit à la santé de tout un chacun, notamment les personnes touchées par et/ou engagées dans un conflit.

⁶ « Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé », Avis consultatif, *Rapports de la CIJ (2004)*, p. 136, par. 112; « Affaire des activités armées sur le territoire du Congo (*République démocratique du Congo c. Ouganda*) », *Rapports de la CIJ (2005)*, par. 216.

⁷ Voir « *Sergio Euben Lopez Burgos c. Uruguay* », communication n° R.12/52, A/36/40, annexe XIX; par. 176; observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels : Israël (E/C.12/1/Add.69), par. 19.

⁸ Cour européenne des droits de l'homme, « *Loizidou c. Turquie* », Requête n° 15318/89, arrêt du 28 décembre 1996, par. 44.

⁹ « *Comité public contre la torture en Israël et autres c. Gouvernement d'Israël et autres* », Haute Cour de justice, affaire n° 769/02, 14 décembre 2006, par. 18.

¹⁰ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « La protection juridique internationale des droits de l'homme dans les conflits armés » (New York et Genève, 2011), p. 7.

¹¹ *Ibid.*, p. 2.

8. Le cadre du droit à la santé inclut divers aspects socio-économiques, nommés déterminants fondamentaux, tels les aliments nutritifs, l'eau potable, le logement, un système de santé opérationnel, ainsi que les situations de violence et de conflit. Les conflits pèsent sur d'autres déterminants fondamentaux, dans la mesure où ils peuvent détruire les systèmes et infrastructures, de santé notamment. Les conflits peuvent également détériorer la situation en matière de santé publique en occasionnant des blessures corporelles, une mauvaise santé mentale, une malnutrition en augmentation, en particulier parmi les enfants, et l'apparition de maladies transmissibles¹².

A. Cadre du droit à la santé en périodes de conflit, notamment de conflit armé

9. Les États sont tenus de mobiliser le maximum de ressources disponibles vers la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la santé. Cette obligation présente un aspect : le droit à la santé est réalisable progressivement. Toutefois, les conflits entament souvent la disponibilité des ressources en les détruisant ou en les détournant à des fins militaires ou policières, compromettant ainsi parfois le droit à la santé¹³. Même la disponibilité des ressources peut ne pas permettre aux États de les mettre à profit en raison de l'insécurité et du mauvais état des infrastructures dans de nombreuses situations de conflit.

10. Néanmoins, la réalisation progressive constitue une obligation étatique spécifique et continue. Elle ne réduit pas certaines obligations immédiates des États, notamment prendre des mesures concrètes vers l'entière réalisation du droit à la santé pour tous, sans discrimination aucune, et indépendamment de la qualité de combattant ou de civil des personnes.

11. En outre, le cadre du droit à la santé impose certaines obligations principales aux États. Ces obligations principales sont notamment un minimum fondamental du droit à la santé, lequel n'admet aucune exception et dont le non respect ne peut ainsi se justifier même en périodes de ressources limitées. Ce minimum fondamental du droit à la santé suppose notamment de : garantir un accès et une répartition équitables des établissements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés; fournir des médicaments essentiels; et formuler un plan ou une politique de la santé à l'échelon national selon une approche transparente et participative, compte étant tenu des besoins spéciaux des populations vulnérables. Ainsi, la pénurie des ressources qu'entraînent les conflits ne dispense pas les États d'assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des établissements, produits et services sanitaires de qualité, en particulier pour les groupes fragilisés par le conflit.

¹² Organisation mondiale de la Santé (OMS), Note d'information, « Conflit en Iraq : conséquences potentielles sur la santé : mars 2003 » (Genève, 2003), p. 1.

¹³ Solomon R. Benatar, « Global disparities in health and human rights: a critical commentary », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 2 (février 1998), p. 296; Barry S. Levy et Victor W. Sidel, « The health consequences of the diversion of resources to war and preparation for war », *Social Medicine*, vol. 4, n° 3 (septembre 2009), p. 133.

12. Le cadre du droit à la santé revêt une dimension cruciale : la participation efficace des populations et communautés touchées, en particulier les groupes vulnérables. Il faut en assurer la participation efficace à toutes les étapes de la formulation, de l'application et du suivi des décisions qui affectent la réalisation et l'exercice du droit à la santé en temps de conflits. Toutefois, les politiques ainsi formulées ne sauraient se borner aux avis de la majorité et devraient tenir compte des points de vue et besoins de la minorité au sein du groupe participant. Leur contribution aux processus de décision autonomise les communautés touchées et garantit l'appropriation des décisions et des ressources, et conduit ainsi à l'instauration de systèmes viables et à un possible règlement des conflits. La participation des populations touchées garantit le caractère adapté et effectif des lois et politiques en tenant compte des besoins des populations. Cela est d'une importance particulière dans les situations de conflit prolongé, à l'issue d'un conflit, ainsi que dans les régions connaissant une présence militaire constante ou sous occupation. Une participation éclairée passe nécessairement par la capacité des populations touchées de rechercher et diffuser l'information touchant leur santé.

B. Obligations des États

13. Comme à d'autres moments, les États ont l'obligation de respecter, garantir et réaliser le droit à la santé dans les situations de conflit. Cela inclut les situations où les États occupent un territoire étranger, ou bien y exercent un contrôle effectif sous une forme ou une autre, où s'applique tout l'éventail des obligations découlant du droit à la santé¹⁴. Les États ont également d'autres obligations liées aux droits de l'homme, dont le droit à la vie et l'obligation de s'abstenir de tout acte de torture ou autres formes de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

14. L'obligation de respecter le droit à la santé exige des États de ne pas en perturber l'exercice par les populations, et ce, en s'abstenant de toute discrimination. Les États ne doivent pas formuler de politiques ni prendre des mesures tendant à dresser des barrières à l'exercice du droit à la santé, comme entraver l'accès de l'ensemble de la population ou des membres de groupes défavorisés aux établissements, produits et services sanitaires.

15. L'obligation de garantir le droit à la santé exige des États de prévenir toute perturbation extérieure. Les États doivent veiller à ce que des tiers comme les professionnels de la santé ne portent pas atteinte au droit à la santé par une dispensation discriminatoire des soins prodigués. Les États en situation de conflit peuvent éprouver des difficultés particulières à remplir cette obligation en raison de la présence de groupes armés échappant à leur contrôle. Les États devraient alors prendre des mesures concrètes de protection à l'intention des travailleurs sanitaires et des individus en quête de services de soins de santé. Ils doivent également formuler des politiques sur la manière de s'associer avec des tiers, comme les groupes armés non étatiques, pour s'acquitter de leur responsabilité au titre du droit des droits de l'homme ou du droit international humanitaire, comme l'obligation des États d'assurer la disponibilité des établissements, produits et services sanitaires et la responsabilité incombant aux groupes armés non étatiques de ne pas empêcher la fourniture des soins de santé.

¹⁴ « Conséquences juridiques de la construction d'un mur », par. 112.

16. L'obligation de réaliser le droit à la santé en créant, offrant, et favorisant les conditions propices à son exercice peut également se heurter à des difficultés dans les situations de conflit faute de moyens ou pour des raisons de sécurité. Les États doivent toutefois mettre à disposition les minimums fondamentaux en matière d'établissements, produits et services sanitaires. Par exemple, les États peuvent être obligés de réaliser le droit à la santé en mettant à disposition des ambulances lors de manifestations ou d'émeutes. Ils peuvent aussi concrétiser le droit à la santé en concluant des accords de cessez-le-feu avec des groupes armés non étatiques pour garantir la prestation de services de santé comme les programmes d'immunisation et de vaccination. Les États pourraient fournir une information sur la médecine traditionnelle et appuyer son utilisation par les populations que le conflit risque d'empêcher d'accéder à des soins institutionnels. Faute de capacités propres, les États devraient solliciter une aide auprès des autres États, de la société civile et des organisations humanitaires, afin en particulier de s'acquitter de leurs obligations majeures. Les États ne sauraient chercher à empêcher les organisations humanitaires et les professionnels de la médecine traditionnelle et communautaire de fournir des services de soins de santé.

III. Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des établissements, produits et services sanitaires

17. La disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des établissements, produits et services sanitaires de qualité sont essentielles en périodes de conflit. Un système opérationnel de prestations médicales, associant des travailleurs sanitaires, est indispensable à l'exercice, par les populations touchées par et/ou engagées dans un conflit, de leur droit à la santé.

A. Non-discrimination et impartialité médicale

18. Le cadre du droit à la santé oblige les États, notamment les fonctionnaires de la santé, à garantir l'accès aux établissements, produits et services sanitaires, sans discrimination aucune. Refuser de soigner des personnes blessées lors d'un conflit ou bien réserver un traitement préférentiel aux personnes de même allégeance constitue une atteinte directe au droit à la santé.

19. En outre, l'acceptabilité nécessite la conformité des établissements, produits et services sanitaires avec l'éthique médicale. Cela suppose l'impartialité dans la fourniture de soins et services par les professionnels de la santé à l'intention de populations touchées par les conflits¹⁵. L'impartialité médicale dans le traitement des personnes blessées est également prescrite par le droit international humanitaire¹⁶. Ainsi, les professionnels de la santé ont des obligations quant à la fourniture des services de santé aux populations touchées par et/ou engagées dans un conflit.

¹⁵ Association médicale mondiale, « Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence », par. 1 à 3.

¹⁶ CICR, « Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence » (Genève, 2013), p. 35.

20. Le cadre du droit à la santé dispose que les prisonniers et détenus ont droit à un accès égal aux établissements, produits et services sanitaires. Le droit international humanitaire exige également que les prisonniers et détenus soient traités avec humanité tout en ayant accès à des soins médicaux¹⁷. Dans de nombreuses situations de conflit toutefois, les prisonniers et détenus ne peuvent avoir accès aux établissements, produits et services sanitaires. Cela contrevient aux dispositions qui visent à les protéger contre toute discrimination en vertu du droit à la santé¹⁸.

B. Barrières juridiques

21. Les États peuvent promulguer des lois faisant obligation aux travailleurs sanitaires de signaler les personnes susceptibles d'avoir commis un crime. Toutefois, certains États ont adopté des lois et politiques restreignant ou criminalisant la fourniture de soins médicaux aux opposants à l'État, comme les manifestants politiques¹⁹ et les groupes armés non étatiques. Les lois criminalisant l'aide aux terroristes ou à d'autres opposants à l'État peuvent également avoir une application inappropriée à la fourniture de soins médicaux. C'est ainsi que des docteurs et autres travailleurs sanitaires ont été arrêtés, inculpés et condamnés dans l'exercice de leurs professions exigeant de leur part d'observer l'impartialité médicale²⁰. Ces lois peuvent dissuader les travailleurs sanitaires de fournir des services dans des situations de conflit par crainte des poursuites et ont ainsi un effet paralysant sur les prestataires de soins de santé.

22. La crainte d'être signalés à l'attention des services de maintien de l'ordre dissuade également les patients d'accéder aux établissements et services sanitaires. Cela vaut en particulier pour les personnes blessées à la suite d'une participation directe à un conflit. Toutefois, cette criminalisation a également un effet dissuasif sur les gens ne participant pas au conflit, qui peuvent alors ne pas chercher à avoir accès à des services de santé par crainte d'être suspectés de participer à un conflit.

C. Barrières matérielles

23. La disponibilité et l'accessibilité d'hôpitaux et dispensaires opérationnels sont essentielles pour l'exercice du droit à la santé. Les États sont tenus de veiller à ce que les conflits ne portent pas atteinte aux services de santé. Toutefois, un certain nombre de barrières matérielles se dressent en périodes de conflit entravant gravement l'accès aux établissements et services sanitaires. Certains obstacles comme les détours forcés, les arrêts obligatoires aux points de contrôle²¹,

¹⁷ Art. 3 commun des Conventions de Genève relatives à la protection des victimes des conflits armés internationaux de 1949 et Protocole additionnel II s'y rapportant.

¹⁸ HCDH et Mission d'assistance des Nations Unies en Afghanistan, « Treatment of conflict-related detainees in Afghan custody » (Genève, octobre 2011), p. 3.

¹⁹ Médecins pour les droits de l'homme (PHR), « Under the gun: ongoing assaults on Bahrain's health system » (Cambridge, Massachusetts et Washington, 2012), p. 5.

²⁰ Ibid., p. 4.

²¹ Rytter *et al.*, « Effects of armed conflict on access to emergency health care in Palestinian West Bank: systematic collection of data in emergency departments », *British Medical Journal*, vol. 332, n° 1550 (13 mai 2006), p. 1123.

l'imposition d'autorisations de voyage²² et les séances d'interrogatoire des patients finissent par détériorer leur état de santé. D'autres mesures comme les blocus (S/2012/376, par. 11), les couvre-feux longs ou indéterminés et la mise en place de barrages limitent également la circulation des gens et le transport, pesant ainsi sur l'accès aux services essentiels de soins de santé dans les zones touchées par les conflits et sur la fourniture de ceux-ci²³. Des États ont également empêché des groupes civils d'accéder à des produits médicaux, en particulier aux médicaments et fournitures qui sauvent la vie, en entravant ou en limitant l'accès aux fournitures médicales, ou bien en en détournant l'usage²⁴.

24. Les États devraient adopter la solution la moins contraignante lorsqu'ils limitent le droit à la santé. Ils doivent assurer que ces barrières ont un objectif légitime à la réalisation duquel les restrictions sont proportionnées. Par exemple, les États doivent garantir que les restrictions à la circulation des populations dans les zones de conflit sont légitimes et essentielles, et autoriser dans des délais minimums des exceptions en matière d'accès aux établissements, produits et services sanitaires. Les États devraient également prendre des mesures pour permettre la circulation de personnes ayant besoin de services de santé dans des régions à forte insécurité.

25. Les personnes nécessitant des soins continus ont des besoins de santé particuliers. L'incapacité d'y répondre peut entraîner une hausse évitable de la mortalité durant le conflit. Par exemple, l'interruption des traitements et le manque de traitements disponibles peuvent exposer davantage aux problèmes de santé les personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et le cancer. Le manque de médicaments et services psychosociaux disponibles peut de même s'avérer particulièrement préjudiciable aux malades mentaux, dont certains peuvent nécessiter un traitement continu²⁵.

D. Agressions perpétrées contre les établissements sanitaires et les travailleurs sanitaires

26. La destruction des infrastructures sanitaires par les États, ou l'incapacité de se prémunir contre ce genre de destruction perpétrée par des tiers, perturbent la disponibilité et l'accessibilité des établissements, produits et services sanitaires de qualité. Le ciblage délibéré des établissements sanitaires contrevient également au principe de distinction en vertu du droit international humanitaire, qui interdit aux parties au conflit toute attaque contre les personnels, services, matériels et transports médicaux, à moins que ceux-ci ne soient utilisés pour commettre des actes hostiles en dehors de leurs fonctions médicales et humanitaires. Les actes n'impliquant aucun ciblage spécifique de services sanitaires peuvent également bafouer le droit à la santé lorsqu'ils accroissent le risque d'occasionner des dégâts

²² OMS, « Right to health: barriers to health access in Palestine Territory, 2011 and 2012 » Rapport spécial (Genève, 2013), p. 11 et 12.

²³ « Nepal: reproductive health and conflict », *IRIN Humanitarian News and Analysis* (26 avril 2006). Integrated Regional Information Network. Disponible à www.irinnews.org/report/34255/nepal-reproductive-health-and-the-conflict.

²⁴ Rapport du Groupe d'examen interne de l'action des Nations Unies à Sri Lanka établi par le Secrétaire général (novembre 2012), p. 18.

²⁵ Bayard Roberts *et al.* « Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan », *BMC Psychiatry*, vol. 9, n° 7 (2009), p.7 et 8. Disponible à www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-7.pdf.

contre les services en question ou restreignent l'accès des patients à ceux-ci, comme la mise en place d'avant-postes militaires ou d'armements dans le voisinage d'un dispensaire.

27. Les travailleurs sanitaires jouent un rôle essentiel pour garantir la disponibilité de services de soins de santé. Les États ont ainsi pour obligation immédiate et continue de fournir aux travailleurs sanitaires et organisations humanitaires la protection voulue durant les périodes de conflit.

28. Les agressions dirigées contre les travailleurs sanitaires, notamment les voies de fait, intimidations, menaces, enlèvements et meurtres, ainsi que les arrestations et poursuites, répondent toujours plus à des fins stratégiques dans les situations de conflit²⁶. Les zones touchées par les conflits ont enregistré une désorganisation des chaînes d'approvisionnement, le pillage des établissements sanitaires, des demandes d'informations confidentielles sur les patients, le pilonnage et le bombardement délibérés et répétés de dispensaires et hôpitaux, ainsi que les fusillades sur les ambulances transportant des patients, et ce, afin de cibler civils et travailleurs sanitaires dans le cadre d'une stratégie militaire²⁷. Dans les pays pâtissant d'une piètre infrastructure sanitaire, comme cela peut être le cas de la majorité des régions touchées par les conflits, la destruction ne serait-ce que d'un seul hôpital ou les attaques perpétrées contre des travailleurs sanitaires déjà peu nombreux peuvent avoir des effets dévastateurs sur la disponibilité et l'accessibilité des services de santé et ainsi sur la santé publique²⁸. En outre, les travailleurs sanitaires peuvent condamner les actions des forces de sécurité ou peuvent ne pas coopérer dans la communication de l'information sur les patients dans des contextes juridiques susceptibles d'enfreindre les droits de l'homme fondamentaux de leurs patients. Ces travailleurs sanitaires peuvent fréquemment être harcelés, transférés, torturés, arrêtés et condamnés²⁹.

29. Ces atteintes non seulement violent le droit à la santé des populations touchées par les conflits, notamment les personnes qui y sont engagées, mais peuvent également paralyser le système de santé dans son ensemble. L'insécurité résultant du ciblage des travailleurs sanitaires par les forces gouvernementales ou les groupes non étatiques peut entraîner l'exode des professionnels de la santé, entraînant une pénurie des compétences médicales dans les régions concernées³⁰. Cette situation peut conduire à une hausse des problèmes de santé évitables comme la mortalité et

²⁶ Saúl Franco, « The effects of armed conflict on the life and health in Colombia », *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, n° 2 (juin 2006), p. 357; John M. Quinn *et al.*, « Iraqi physician brain drain in prolonged conflict », *The New Iraqi Journal of Medicine*, vol. 7, n° 1 (avril 2011) p. 91 et 92; Leonard S. Rubenstein et Melanie D. Bittle, « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », *Lancet*, vol. 375, n° 9711 (23 janvier 2010), p. 332.

²⁷ Human Rights Watch, « Sri Lanka: repeated shelling of hospitals evidence of war crimes » (8 mai 2009). Disponible à www.hrw.org/news/2009/05/08/sri-lanka-repeated-shelling-hospitals-evidence-war-crimes.

²⁸ CICR, « Health care in danger: a sixteen-country study » (Genève, juillet 2011), p. 3. Disponible en anglais à www.icrc.org.

²⁹ PHR, « Under the Gun », p. 6; Médecins Sans Frontières (MSF), « Urgence Syrie 2 ans de conflit. L'aide humanitaire dans l'impasse », Rapport spécial (New York, 6 mars 2013). Disponible à www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6669.

³⁰ David Stein et Barbara Ayotte, « East Timor: extreme deprivation of health and human rights », *Lancet*, vol. 354, n° 9195 (11 décembre 1999) p. 2075.

la morbidité maternelles et post-infantiles, hormis la morbidité causée par les conflits eux-mêmes³¹.

E. Utilisation militaire et militarisation des établissements sanitaires

30. La militarisation désigne la prise de contrôle ou l'utilisation des établissements et services sanitaires par les forces armées ou les services de maintien de l'ordre à des fins militaires. Cette utilisation militaire représente un risque grave pour la vie et la santé des patients et travailleurs sanitaires, et sape le rôle et l'image des hôpitaux en tant qu'espace sécurisé permettant l'accès à des soins de santé. L'impartialité des services médicaux est souvent compromise par la constante présence des forces de sécurité dans les hôpitaux ainsi que par l'intimidation des patients et travailleurs sanitaires des hôpitaux et dispensaires³². Les forces de sécurité prennent le contrôle parfois des hôpitaux et dispensaires pour identifier ou arrêter des manifestants blessés lors des heurts avec les forces progouvernementales. Ceux qui sont identifiés comme ayant été blessés lors de manifestations sont souvent empêchés de bénéficier de soins d'urgence, écartés des services de médicaux, torturés ou arrêtés (A/HRC/19/69, par. 63). La militarisation des services de soins de santé a également des conséquences indésirables sur le respect de l'accès aux soins de santé de base dans certains pays. La crainte généralisée de persécutions dissuade les civils de chercher à se faire soigner au sein des services de santé et les incite à recourir à des traitements dans des conditions dangereuses (ibid.). Ces persécutions enfreignent le droit à la santé des personnes en entravant leur accès à des services de santé de qualité.

31. Dans les territoires occupés et les régions où les soins de santé sont financés ou fournis par l'armée, les travailleurs sanitaires ont été ciblés en raison de leur association supposée avec les forces militaires³³. Les professionnels de la santé peuvent également être ciblés en raison de l'aide qu'ils apporteraient aux groupes anti-gouvernementaux en leur fournissant des services³⁴. Le détournement des programmes de prestation de soins de santé, comme les programmes de vaccination, à des fins militaires peut mettre à mal la perception de l'impartialité du personnel médical et susciter la méfiance à l'égard des agents de santé de la part de la population civile, et ainsi inciter aux meurtres des travailleurs sanitaires et au rejet des programmes de vaccination au détriment de la santé publique³⁵. La mise à disposition d'établissements, produits et services sanitaires via des structures

³¹ Paul C. Webster, « Roots of Iraq's maternal and child health crisis run deep », *Lancet*, vol. 381, n° 9870 (16 mars 2013), p. 892; Bernadette AM O'Hare et David P. Southall, « First do no harm: the impact of recent armed conflict on maternal and child health in Sub-Saharan Africa », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 100, n° 12 (décembre 2007) p. 565.

³² PHR, « Do no harm: a call for Bahrain to end systemic attacks on doctors and patients » (Cambridge, Massachusetts, et Washington, avril 2011), p. 27 à 29.

³³ MSF, « Dans l'œil des autres : Perception de l'action humanitaire et de MSF » (New York, 2012), p. 134 à 154.

³⁴ Peter Apps, « Once seen as neutral, aid workers fight perceived bias », *Reuters* (31 août 2007). Disponible à www.reuters.com/article/2007/08/31/us-aid-bias-idUSL3184999120070831.

³⁵ Dara Mohammadi, « The final push for polio eradication », *Lancet*, vol. 380, n° 9840 (2 août 2012); Liz Borkowski, « Pakistan sees first polio case since vaccination camp disrupted », *Science Blogs* (9 mai 2013). Disponible à <http://scienceblogs.com/thepumphandle/2013/05/09/pakistan-sees-first-polio-case-since-vaccination-campaign-disrupted/>.

civiles, et non militaires, peut dissiper cette appréhension et élargir l'accès aux services de soins de santé.

F. Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des établissements, produits et services sanitaires après les conflits

32. Les États, après un conflit, sont susceptibles d'être confrontés à un épuisement des ressources, à une instabilité politique, et à un éclatement des infrastructures, notamment les systèmes de santé³⁶. La reconstruction postconflit a lieu pour l'essentiel après que le conflit a baissé en intensité alors qu'il persiste ou réapparaît dans certaines régions du pays. En outre, les États ayant déjà été en situations de conflit sont plus susceptibles de subir des cycles répétés de violence qui pèsent d'autant plus sur les ressources et systèmes de santé existants. Au surplus, ces États se caractérisent par une charge de morbidité élevée, aussi bien mentale que physique³⁷.

33. Les politiques pour les États se relevant d'un conflit doivent se pencher sur de multiples questions : diminution de la charge de morbidité; traitement immédiat et rééducation de long terme des blessés; reconstruction des infrastructures; augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des établissements, produits et services sanitaires de qualité; ainsi que viabilité des systèmes de santé. Les États doivent ainsi formuler des plans détaillés assortis de délais pour la reconstruction des dispositifs, notamment pour fournir les déterminants fondamentaux de la santé, ainsi que la restauration de structures communautaires et sociales, selon une approche participative et transparente. La participation des communautés touchées garantit l'adoption de politiques adaptées et encourage leur appropriation de ces processus.

34. Les États doivent répondre aux problèmes imminents de santé publique, notamment les blessures et handicaps infligés durant le conflit, et les effets moins visibles sur la santé comme les problèmes de santé mentale. Par exemple, les troubles post-traumatiques et la dépression sont courants dans les États se relevant d'un conflit et doivent trouver des réponses adéquates³⁸. La mise en place de services de santé mentale disponibles et accessibles est essentielle et aide également à autonomiser les populations et communautés touchées par le conflit et peut leur permettre d'apporter des changements à leur environnement social et politique³⁹.

³⁶ Ibid.; Graeme MacQueen et Joanna Santa-Barbara, « Peace building through health initiatives », *British Media Journal*, vol. 321, n° 7256 (29 juillet 2000), p. 293 à 296.

³⁷ Bayard Roberts, Preeti Patel, et Martin McKee, « Noncommunicable diseases and post conflict countries », *Bulletin de l'OMS*, vol. 90, n° 2-2A (2012); Hazam Adam Ghobarah, Paul Huth et Bruce Russett, « The post-war public health effects of civil conflict », *Social Science and Medicine*, vol. 59, n° 4 (août 2004).

³⁸ Charlson, F. *et al.*, « Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements », *PLoS Med*, vol. 7, n° 7 (juillet 2012). Disponible à www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040593.

³⁹ OMS, Bureau régional pour l'Europe, « User empowerment in mental health » (Copenhague, 2010), p. 1 à 14, p. 1 et 2. Disponible à www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf.

35. L'épuisement des ressources, l'exode des médecins et du personnel de santé, ainsi que les attaques dont sont victimes les travailleurs sanitaires⁴⁰, peuvent entraîner une dépendance des pays et zones en situations postconflituelles aux donateurs internationaux et initiatives conduites par les organisations non gouvernementales et intergouvernementales en vue de la reconstruction de leurs systèmes de santé. Ces initiatives de santé peuvent être utilisées comme outil de consolidation de la paix⁴¹. Les organismes d'aide internationaux ont utilisé ces stratégies pour briser les clivages ethniques, ainsi accroître la disponibilité et l'accessibilité des établissements, produits et services sanitaires et réduire la discrimination⁴². Afin d'assurer l'acceptabilité et l'accessibilité des services de santé, les organisations humanitaires internationales doivent connaître la culture des pays et communautés. Par exemple, dans certains pays, la fourniture de services de santé aux femmes enceintes par des docteurs hommes risque de ne pas être culturellement acceptable et peut ainsi entraver leur accessibilité⁴³.

36. La viabilité des politiques et initiatives bénéficiant de l'aide des donateurs est essentielle pour assurer la disponibilité et l'accessibilité de long terme des établissements, produits et services sanitaires de qualité dans les pays se relevant d'un conflit. Garantir la participation et l'appropriation à chacune des phases des processus de prise de décision par les populations touchées est indispensable pour le succès et la viabilité de la reconstruction du système de santé bénéficiant de l'aide des donateurs⁴⁴. Ces initiatives sanitaires pourraient réussir via une collaboration et une coopération continues auprès de la population locale, et via le partage du savoir-faire technique avec celles-ci. Une compréhension des réalités politiques, en particulier dans les zones de conflits prolongés et les sociétés en transition, importe également pour assurer la viabilité des initiatives bénéficiant de l'aide des donateurs⁴⁵.

IV. Groupes vulnérables

37. Les États doivent accorder une attention particulière aux personnes fragilisées par le conflit, comme les femmes, enfants, personnes âgées, personnes handicapées et membres de communautés déplacées. Cette approche exige des États de remédier aux problèmes ci-après : marginalisation résultant de l'exclusion sociale, politique et économique; discrimination à l'égard des personnes appartenant à une communauté spécifique ou supposées y appartenir; fragilité due aux problèmes de santé; et stratégies de conflit fragilisant délibérément certaines communautés. Ces facteurs, pris individuellement ou conjointement, peuvent exposer certains groupes

⁴⁰ CICR, « Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence » (Genève, 2012), p. 6.

⁴¹ MacQueen et Santa-Barbara, « Peace building through health initiatives », p. 293.

⁴² OMS/Ministère du développement international (Royaume-Uni), « Peace through health programme: a case study prepared by the WHO field team in Bosnia and Herzegovina », document EUR/ICP/CORD 030501 (Copenhague, septembre 1998).

⁴³ Rita Giacaman, Hanan F. Abdul-Rahim et Laura Wick, « Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories: targeting the forest or the trees? » *Health Policy Plan* vol. 18, n° 1 (mars 2003), p. 59.

⁴⁴ Nelson Martins *et al.*, « Reconstructing tuberculosis services after major conflict: experiences and lessons learned in East Timor », *PLoS Med*, vol. 3, n° 10 (octobre 2006), p. 1765 à 1775.

⁴⁵ Ibid.; Giacaman, Abdul-Rahim et Wick, « Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories », p. 10.

à de multiples vulnérabilités et à un risque accru de violation de leur droit à la santé. Reconnaître les diverses vulnérabilités au sein des différentes communautés et donner à celles-ci les moyens de participer à tous les processus de prise de décision touchant leur santé permet aux États de s'acquitter de leurs obligations inhérentes au droit à la santé durant les conflits, et favorise également un rétablissement durable à la suite des conflits.

A. Communautés marginalisées

38. Les communautés exclues du cadre institutionnel social, politique et économique sont souvent marginalisées et habitent les zones pâtissant d'une infrastructure faible et d'une mauvaise gouvernance, comme les taudis urbains, ghettos et zones frontalières. L'incidence des conflits peut aggraver la détérioration des déterminants fondamentaux, comme les produits alimentaires et le logement, et entraîner une hausse disproportionnée de la vulnérabilité des communautés marginalisées à la maladie. Cette vulnérabilité s'aggrave durant les conflits du fait d'une distribution inappropriée et inéquitable des ressources avant et après le conflit.

39. Des services de soins de santé inabordables, une imposition élevée et la confiscation de fournitures essentielles par les belligérants augmentent la vulnérabilité des communautés marginalisées⁴⁶. L'accessibilité peut en outre être entravée par le manque d'informations et services de santé adaptés du point de vue linguistique et culturelle. L'incapacité de cerner les différents besoins des communautés marginalisées peut les dissuader d'accéder aux soins de santé, et contribue à nourrir un profond sentiment d'isolement et de marginalisation.

40. Les besoins sanitaires de certains groupes sont souvent négligés durant les conflits, les services de santé étant limités ou interrompus. Les personnes âgées sont davantage en danger en période de conflit du fait de leur piètre mobilité et sont moins à même de se rendre aux établissements sanitaires. Elles peuvent être dans l'incapacité de transporter de lourds paquets de nourriture ou conteneurs d'eau, et sont souvent privées de toute aide familiale, étant ainsi exposées à des niveaux plus élevés de malnutrition et de maladie⁴⁷. De même, les personnes handicapées, souvent abandonnées par les familles fuyant les conflits, peuvent courir des risques accrus en matière de santé et sécurité⁴⁸. De nombreux établissements ne sont pas en mesure de dispenser des traitements et soins adaptés aux enfants handicapés ainsi qu'à leurs besoins du point de vue de leur développement physique, situation qui entrave ainsi leur capacité d'exercer leur droit à la santé⁴⁹.

⁴⁶ Groupement pour les droits des minorités (MRG), « Uganda: The Marginalization of Minorities » (Londres, MRG International, 2001), p. 17.

⁴⁷ Unni Karunakara *et al.*, « Ending neglect of older people in the response to humanitarian emergencies », *PLOS Medicine*, vol. 9, n° 12 (décembre 2012), p. 1 à 3.

⁴⁸ HRW, « As if we weren't human: discrimination and violence against women with disabilities in Northern Uganda » (New York, 2010), p. 29.

⁴⁹ Tami Tamashiro, « Impact of conflict on children's health and disability », Document commandé pour le *Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2011* intitulé « La crise cachée : les conflits armés et l'éducation » (Paris, UNESCO, 2011).

B. Communautés déplacées

41. Les conflits conduisent souvent à des déplacements de populations, à l'intérieur des États et à travers les frontières. Les personnes déplacées peuvent être privées des mêmes droits et déterminants fondamentaux que les communautés d'accueil. Un grand nombre de personnes déplacées peuvent être forcées de s'installer dans des camps de secours délabrés et surpeuplés manquant des services de base voulus et contribuant ainsi à la diffusion des maladies transmissibles. Les personnes déplacées peuvent également être forcées de s'installer dans les taudis urbains, où risquent de les fragiliser non seulement le manque de capacités et de moyens, mais également le peu d'empressement de l'État de répondre à leurs besoins.

42. En outre, les personnes déplacées sont particulièrement vulnérables lorsque leur statut juridique les empêche d'accéder aux établissements, produits et services sanitaires, et de profiter des perspectives économiques. Nombreuses sont celles qui peuvent se voir forcées de travailler dans des conditions dangereuses et mauvaises les exposant davantage à des problèmes de santé. Des impératifs concurrents concernant l'accès aux soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé peuvent aggraver les tensions aux dépens des communautés d'accueil aussi bien que des communautés déplacées. Les communautés déplacées peuvent alors se heurter à un accès discriminatoire aux établissements, produits et services sanitaires et aux déterminants fondamentaux de la santé.

C. Les femmes

43. Les conflits peuvent aggraver la vulnérabilité des femmes aux problèmes de santé, à la discrimination ainsi qu'à la violence sexiste. Les femmes souffrent souvent davantage de problèmes de santé durant les conflits du fait de leurs besoins physiques et en santé procréative durant la grossesse et l'accouchement⁵⁰. La plupart des décès maternels lors de conflits ont lieu au cours de l'accouchement ou immédiatement après faute de services de qualité de soins de santé procréatrice et maternelle, comme la planification de la famille, les services obstétriques d'urgence, ainsi que les soins prénatals et postnatals⁵¹. Lors de conflits, les femmes en situation de grossesse non désirée sont plus susceptibles de recourir à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses⁵².

44. Les femmes sont également souvent les premiers dispensateurs de soins dans les situations de conflit et peuvent se battre pour pourvoir aux besoins de leurs familles en négligeant les leurs. L'inégalité d'accès aux ressources comme la propriété foncière, l'emploi et les prêts financiers peut laisser de nombreuses femmes et leurs familles sans ressources et les fragiliser⁵³. Confrontées à des choix

⁵⁰ CICR, « Répondre aux besoins des femmes affectées par les conflits armés » (Genève, 2004), p. 10, 121, 133.

⁵¹ MSF, « Mortalité maternelle : une crise évitable » (New York, 2012); Howard *et al.*, « Reproductive health for refugees by refugees in Guinea III: maternal health », *Conflict and Health*, vol. 5, n° 5 (12 avril 2011), p. 1.

⁵² Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), « The impact of armed conflict on women and girls: a consultative meeting on mainstreaming gender in areas of conflict and reconstruction, Bratislava, 13-15 November 2001 » (New York, 2002), p. 44.

⁵³ Agence autrichienne de développement, « Focus: women, gender and armed conflict » (Vienne, 2009), p. 2 et 3. Disponible à www.oecd.org.

limités, les femmes peuvent se tourner vers des emplois peu qualifiés ou bien le secteur informel, moins intéressant et comportant des risques, d'exploitation notamment⁵⁴. Les femmes qui dépendent des groupes armés et des organismes d'aide peuvent également se prostituer pour de l'argent, un logement, de la nourriture ou d'autres produits essentiels⁵⁵. Cette situation risque d'exposer d'autant plus les femmes au VIH et à la transmission de maladies sexuellement transmissibles⁵⁶.

45. Les déplacements massifs de population, le bouleversement des réseaux communautaires et familiaux, enfin l'effondrement institutionnel risquent de créer un vide exposant les femmes et les jeunes filles à la violence sexuelle⁵⁷. Elles courent un risque accru d'être victimes d'exploitation sexuelle et de la traite, et font face à une recrudescence de la violence domestique et familiale. Les établissements sanitaires qui manquent de professionnels de la santé qualifiés, de mécanismes d'orientation des patients et de services de conseils psychologiques peuvent ne pas être en mesure de repérer et traiter ces formes de violences sexuelles liées aux conflits. Cela vaut particulièrement lorsque les services de santé se contentent de traiter les victimes de violences sexuelles perpétrées par les groupes armés⁵⁸. L'opprobre associé à la violence sexuelle et au VIH, et l'absence de mécanismes de protection voulus peuvent également contribuer à l'apparition de problèmes de santé physique et mentale. L'opprobre, l'abandon par les familles et les communautés, ainsi que les actes de représailles menés par les auteurs de violences instaurent une atmosphère qui perpétue la violence sexiste et conduit à l'exclusion et la marginalisation des victimes. L'incapacité de fournir des services propices à la sécurité et au respect de la confidentialité concernant les victimes compromet leur pleine participation à la société, en particulier aux activités de reconstruction postconflit.

D. Les enfants

46. Les enfants sont particulièrement vulnérables durant les conflits en raison d'une hygiène suffisante et de l'insécurité alimentaire⁵⁹. La malnutrition, en particulier, compromet l'immunité et la résistance des enfants aux maladies évitables et transmissibles, comme la diarrhée ou le paludisme⁶⁰. La dégradation

⁵⁴ « Women, Peace and Security » (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.IV.9), p. 115 à 117.

⁵⁵ Kirsti Lattu, « To complain or not to complain still the question: consultations with humanitarian aid beneficiaries on their perceptions of efforts to prevent and respond to sexual exploitation and abuse », Genève, Humanitarian Accountability Partnership (2008), p. 20 à 22.

⁵⁶ OMS, Bureau régional pour l'Europe, « Violence against women living in situations of armed conflict », Copenhague (2000), p. 13.

⁵⁷ FNUAP, « HIV/AIDS, gender and conflict situations », p. 1. Disponible à www.unfpa.org/hiv/docs/factsheet_conflict.pdf.

⁵⁸ Human Security Research Group, « Human Security Report 2012: sexual violence education and war: beyond the mainstream narrative » (Vancouver, Human Security Press, 2012), p. 34 et 35, 45.

⁵⁹ Bureau international des droits des enfants (IBCR), « Les enfants et les conflits armés. Un guide en matière de droit international humanitaire et de droit international des droits de la personne » (Montréal, 2010), p. 160.

⁶⁰ Flavia Bustreo *et al.*, « Improving child health in post-conflict countries: can the World Bank contribute? » (Washington, Banque mondiale, 2005).

des systèmes de surveillance des maladies et de vaccination contribue également à la vulnérabilité des enfants aux problèmes de santé et entrave leur droit à la santé⁶¹.

47. Les conflits peuvent avoir des effets psychologiques dévastateurs sur le bien-être et le développement des enfants. Des expériences déchirantes, les violences et le stress chronique peuvent accroître le risque de traumatisme, en particulier lorsque les enfants sont séparés de leurs familles. Les besoins des enfants en santé mentale peuvent toutefois être ignorés faute de services psychosociaux disponibles⁶².

48. Les conflits peuvent également amener les enfants à assumer de nouveaux rôles et responsabilités susceptibles de les exposer davantage à la violence sexuelle et à l'exploitation⁶³. Les établissements sanitaires durant les conflits manquent souvent de services à l'intention des victimes de violences sexuelles adaptés aux enfants, en particulier aux garçons. L'exposition aux violences sexuelles accroît le risque d'autres violences à l'égard des filles. Par exemple, le mariage avec l'auteur des violences apparaît souvent comme un moyen de « protéger l'honneur d'une fille »⁶⁴. Toutefois, forcer les victimes de violences sexuelles à se marier avec leurs agresseurs aggrave leur souffrance et conduit à la légitimation des actes des auteurs ainsi qu'à l'acceptation sociale des violences sexuelles (voir [A/66/657- S/2012/33](#)).

E. Stratégies de conflit

49. Comme l'a signalé notamment le Conseil de sécurité dans sa résolution 1820 (2008)⁶⁵, certains civils risquent d'être ciblés en raison de leur association supposée ou réelle avec des groupes ethniques, religieux ou politiques. Ces stratégies bafouent la dignité humaine et sont à l'évidence incompatibles avec le droit à la santé. Dans certaines circonstances, elles peuvent entrer dans les catégories de crimes contre l'humanité, génocides ou crimes de guerre. Par exemple, l'utilisation de la violence sexiste comme stratégie de conflit a été bien étudiée⁶⁶. Cette violence peut inclure le viol incestueux et le viol en public, le viol comme vecteur de contamination délibérée du VIH, la mise en place de camps conçus spécifiquement pour l'insémination forcée des femmes, et le viol prémédité comme

⁶¹ Ibid., IBCR, p. 160.

⁶² Hasanović *et al.*, « Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina », *Croatian Medical Journal*, vol. 47, n° 1 (2006), p. 86 et 87.

⁶³ Watch List on Children and Armed Conflict, « Caught in the middle: mounting violations against children in Nepal's armed control » (New York, 2005), p. 30 et 31.

⁶⁴ Save the Children, « Unspeakable crimes against children » (Londres, 2013), p. 7; Megan Bastick, Karin Grimm et Rahel Kunz, « Sexual violence in armed conflict: global overview and implications for the security sector » (Genève, Centre de Genève pour le contrôle démocratique des forces armées, 2007), p. 14.

⁶⁵ Commission interaméricaine des droits de l'homme, « Violence and discrimination against women in the armed conflict in Colombia ». OEA/Ser.L/V/II, doc. 67, 16 octobre 2006, par. 47.

⁶⁶ Le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY) et le Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR) ont confirmé les condamnations pour violences sexuelles comme instrument de crimes contre l'humanité (TPIR, *le Procureur c. Jean-Paul Akayesu*, affaire ICTR-96-4-T, jugement du 2 septembre 1998, par. 596), crimes de guerre (TPIY, *le Procureur c. Zejnil Delalic, Zdravko Mucic, Hazim Delic et Esad Landzo*, affaire n° IT-96-21-T, jugement du 15 novembre 1998, par. 495), et éléments permettant de déterminer une réduction en esclavage (TPIY, *Le Procureur c. Dragoljub Kunerac, Radomir Kovas et Zoran Vukovic*, affaires n° IT-96-23-T et IT-96-23/1-T, par. 543).

outil de répression politique⁶⁷. Les femmes et les filles sont les victimes habituelles des violences sexuelles, encore que les hommes et les jeunes garçons puissent avoir à subir ce genre d'agressions avec la même gravité⁶⁸. Comme l'indique entre autres le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme (voir E/CN.4/2004/19)⁶⁹, les groupes armés peuvent aussi s'attaquer spécifiquement aux travailleurs du sexe, à des minorités sexuelles et ethniques ainsi qu'à d'autres communautés, comme forme de nettoyage social d'éléments indésirables. En assimilant les civils à des objets de conflit, l'incidence physique et psychologique des violences sexuelles peut s'étendre au-delà des victimes immédiates et marginaliser des communautés entières⁷⁰. L'opprobre attaché aux violences sexuelles réduit souvent les victimes au silence et les tient à l'écart de leurs communautés⁷¹. L'impact des violences sexuelles sur la santé mentale des victimes, ainsi que leur famille et leur communauté peut persister pendant des générations⁷². La violence sexuelle compromet la participation des communautés ciblées aux efforts de santé publique longtemps après la fin des conflits.

50. Les parties au conflit peuvent aussi utiliser les services de santé comme stratégie d'agression de populations particulières. Les belligérants risquent de refuser délibérément des services d'aide humanitaire et de santé à certains individus ou communautés à raison de leur appartenance ethnique ou religieuse ou de leur affiliation politique⁷³. La destruction des déterminants fondamentaux de la santé, notamment en empoisonnant des puits ou en mettant des terres agricoles à feu, constitue une autre stratégie susceptible de priver les communautés touchées d'une vie de dignité et de bien-être⁷⁴. Ces stratégies peuvent saper la capacité des groupes ciblés de répondre à de graves besoins de santé⁷⁵. Les groupes ainsi attaqués peuvent être ne pas être en mesure d'accéder aux aliments nutritifs, conditions d'hygiène ou soins médicaux voulus, et être ainsi incapables d'exercer leur droit à la santé. Ils peuvent également être exclus de toute participation à la prise de décision démocratique, notamment sur les services de santé, situation qui risque de perpétuer les inégalités en matière de santé dans les situations d'après conflit.

⁶⁷ Obijiofor Aginam, « Rape and HIV as weapons of war » (Tokyo, Presses de l'UNU, 27 juin 2012), <http://unu.edu/publications/articles/rape-and-hiv-as-weapons-of-war.html>; Anuradha Kumar, « Human Rights: global perspectives » (New Delhi, Sarup & Sons, 2002), p.101-152; Bülent Diken et Carsten Bagge Lausten, « Becoming abject: rape as a weapon of war », *Body & Society*, vol.11, n° 1 (2005), p. 115.

⁶⁸ Sandesh Sivakumaran, « Sexual violence against men in armed conflict », *European Journal of International Law*, vol. 18, n° 2 (2007), p. 253, 263.

⁶⁹ Maria Zea *et al.*, « Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals », *Culture, Health, and Sexuality*, vol. 15, n° 7 (avril 2013), p. 8.

⁷⁰ HRW, « La guerre dans la guerre : violence sexuelle contre les femmes et les filles dans l'est du Congo » (New York, 2002), p. 41.

⁷¹ OMS, « Rape: how women, the community and the health sector respond » (Genève, 2007). Disponible à www.svri.org/rape.pdf, p. 12 à 14; Nadera Shalhoub-Kevorkian, « Towards a cultural definition of rape », *Women's Studies International Forum*, vol. 22, n° 2 (mars/avril 1999), p. 165 et 166.

⁷² Colleen Kivlahan *et al.*, « Rape as a weapon of war in modern conflicts », *British Medical Journal*, vol. 340, n° 3270 (juin 2010), p. 468 et 469.

⁷³ MSF, « Syria: medicine as a weapon of persecution » (New York, 2012).

⁷⁴ PHR, « Darfur: assault on survival: a call for security, justice and restitution » (Washington, 2006), p. 37 et 38.

⁷⁵ Ibid.

V. Obligations des entités autres que l'État principal

51. La réalisation du droit à la santé en période de conflit incombe au premier chef aux États participant aux conflits. Toutefois, les autres États et les acteurs non étatiques, notamment les groupes armés, les organisations internationales, et les organisations non gouvernementales humanitaires, ont également des obligations axées sur la réalisation du droit à la santé des populations touchées.

A. Obligations internationales

52. Selon le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, tous les États sont tenus de prendre des mesures, tant individuellement que dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales, axées sur la pleine réalisation des droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé. Afin de s'acquitter de leurs obligations internationales, les États doivent respecter le droit à la santé des populations dans les autres pays, les protéger contre les atteintes commises par des tiers lorsqu'ils ont des moyens de contrôle juridique ou politique sur ces tiers, et faciliter l'accès aux services de santé essentiels dans les autres pays, dans la limite des ressources disponibles. En particulier, les États ont obligation de fournir une aide humanitaire lors des catastrophes et situations d'urgence, notamment les situations de conflit et d'après conflit.

53. La coopération et l'assistance internationales ont pour caractéristique d'obliger les États à respecter, garantir et réaliser le droit à la santé des populations qui fuient les situations de conflit. La charge de s'occuper des populations déplacées à la suite de conflits incombe souvent aux États qui sont les moins équipés pour l'assumer⁷⁶. À cet égard, les autres États doivent veiller à ce qu'ils fournissent l'assistance internationale voulue, notamment en soutenant les pays confrontés à un afflux de personnes déplacées en raison du conflit et en prévoyant des mesures d'aide à leur réinstallation. Les États doivent également garantir la disponibilité et l'accessibilité d'établissements, produits et services sanitaires de qualité ainsi que les déterminants fondamentaux de la santé de ces personnes, qu'il s'agisse de leurs ressortissants ou non. Les États doivent également ne pas se lancer dans des politiques contrevenant au droit à la santé, telles que la détention obligatoire ou l'expulsion⁷⁷.

54. De même, les États imposent fréquemment des sanctions économiques durant les conflits pour exercer des pressions sur les parties aux conflits, ou contrôler le flux des ressources vers les zones touchées par les conflits⁷⁸. Ces sanctions peuvent avoir une incidence négative sur le droit à la santé des populations civiles, non seulement en réduisant les fournitures médicales, mais également en allongeant les retards administratifs dans la fourniture des produits et services essentiels, aggravant la pauvreté et réduisant les ressources à la disposition des systèmes de

⁷⁶ HCR, « Global Trends 2012 » (Genève, 2013), p. 2.

⁷⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14 (2000), par. 43 a), 54. Sur l'effet de la détention obligatoire sur le droit à la santé, voir par exemple le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : mission en Australie (A/HRC/14/20/Add.4), par. 92 et 97.

⁷⁸ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 8 (1197), par. 2.

santé, d'éducation et d'infrastructures⁷⁹. En vue de garantir le libre exercice du droit à la santé des populations touchées par les conflits, les fournitures médicales ainsi que l'équipement, l'eau, la nourriture et les autres produits de première nécessité essentiels pour la santé des populations ne devraient jamais être soumis à sanctions. En outre, toutes les sanctions doivent faire l'objet d'un suivi avant et après imposition quant à leurs effets sur le droit à la santé, et doivent être transparentes et adaptées, indépendamment de leurs objectifs politiques⁸⁰.

B. Groupes armés non étatiques

55. La majorité des conflits contemporains sont des conflits armés non internationaux impliquant un ou plusieurs groupe(s) armé(s) non étatique(s)⁸¹. Ces groupes armés non étatiques peuvent affecter sensiblement l'exercice du droit à la santé durant les conflits. Une étude a constaté que les groupes armés non étatiques sont aussi susceptibles que les forces de l'État d'attaquer ou de perturber les services de santé, et près de deux fois plus susceptibles d'intervenir dans les hôpitaux à des fins illégitimes⁸².

56. On reconnaît de plus en plus que les groupes armés non étatiques qui atteignent un certain degré d'organisation et de contrôle devraient respecter le droit international humanitaire et le droit des droits de l'homme⁸³. L'article 3 commun des Conventions de Genève de 1949 ainsi que le Protocole additionnel II s'y rapportant abordent tous les deux la question des parties au conflit, notion que les juridictions internationales étendent aux groupes armés non étatiques organisés⁸⁴. De même, les commissions d'établissement de faits ont conclu que les groupes armés stables, organisés et exerçant un contrôle efficace sur un territoire ont une personnalité juridique qui leur impose un ensemble défini d'obligations découlant du droit international humanitaire et des droits de l'homme (voir [A/HRC/19/69](#), par. 106 et 107, et [A/HRC/17/44](#)). Il s'agit notamment des obligations de ne pas attaquer ou porter atteinte aux installations, véhicules et personnels humanitaires, et de ne pas léser les populations civiles, notamment via la violence sexuelle ou la destruction de nourritures ou de systèmes d'adduction d'eau⁸⁵.

57. La communauté internationale attend également des groupes armés non étatiques qu'ils respectent les normes énoncées dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, en particulier dans les territoires où ils exercent un contrôle ([A/HRC/2/7](#), par. 19, et [E/CN.4/2006/53/Add. 5](#), par. 25 et 26). En outre, le cadre du droit à la santé redéfinit la responsabilité de tous les secteurs de la société quant à la

⁷⁹ Ibid., par. 3 à 6.

⁸⁰ Ibid., par. 12 et 13.

⁸¹ Banque mondiale, « Rapport sur le développement dans le monde 2011 », p. 52.

⁸² CICR, « A Sixteen-Country Study », p. 8 à 10.

⁸³ Andrew Clapham, « Acteurs non étatiques », dans Daniel Moeckli *et al.* (éd.), *Droit international des droits de l'homme*, 2^e éd. (Oxford University Press, à paraître).

⁸⁴ Ibid.; « *Le Procureur c. Akayesu* », par. 611, Cour internationale de justice; « *Military and paramilitary activities in and around Nicaragua* » (*Nicaragua c. États-Unis d'Amérique*), jugements, Rapports de la CIJ (1986), p. 14, par. 119; Cour interaméricaine des droits de l'homme, « *Abella c. Argentine* », Rapport n° 55/97, Affaire n° 11.137 (18 novembre 1997).

⁸⁵ Rapport de la Commission internationale d'enquête pour le Darfour au Secrétaire général des Nations Unies (25 janvier 2005), par. 165 et 166.

réalisation du droit à la santé⁸⁶, couvrant celle des acteurs non étatiques comme les groupes armés et d'autres détenteurs d'armes durant le conflit. Enfin, les groupes armés ont été tenus de rendre des comptes au titre d'engagements contractés volontairement via des accords, des déclarations unilatérales, et des systèmes de suivi sous l'égide du Conseil de sécurité [Résolution 1998 (2011)], qui incluent aussi bien les obligations de respecter les droits de l'homme et de les garantir ou de les réaliser là où les groupes armés exercent un contrôle et l'autorité de le faire⁸⁷. Les groupes armés doivent ainsi, au minimum, garantir les droits de l'homme, notamment le droit à la santé, et peuvent assumer d'autres obligations afin de garantir ou réaliser les droits de l'homme. L'obligation qu'ont les États de protéger les populations contre les violations commises par des tiers demeure indépendamment de la présence ou non de groupes armés sur leur territoire. De même, la présence de groupes armés tiers ne saurait être invoquée par les États pour fuir leurs responsabilités en matière de droit à la santé dans les zones de conflit.

58. Néanmoins, la définition des responsabilités en matière de droits de l'homme incombant aux groupes armés non étatiques présente des lacunes, de même que les mécanismes prévus pour les obliger à rendre compte, hormis les poursuites pénales. À cet égard, une obligation incombant à l'État devient particulièrement importante : permettre à toutes les sphères de la société de s'acquitter de leurs responsabilités découlant du droit à la santé. Les États, la société civile et les organisations internationales ont réussi à faciliter la conclusion d'accords sur les droits de l'homme et les questions humanitaires avec les groupes armés non étatiques, notamment des accords visant à fournir des jours de tranquillité aux agents de santé pour la fourniture de vaccins dans des conditions de sécurité⁸⁸. Les États doivent adopter, appuyer et amplifier ces initiatives pour garantir et réaliser le droit à la santé en situation de conflit, et réduire au minimum l'incidence des conflits sur les groupes vulnérables.

59. Le Rapporteur spécial reconnaît que les parties au conflit peuvent hésiter à conclure ces accords par crainte de légitimer l'autre partie ou de devoir renoncer à leur contrôle sur le territoire ou à leurs fonctions gouvernementales⁸⁹. Toutefois, on ne saurait tenir pour insurmontables nombre de ces réticences qui peuvent être dissipées via l'adoption de mesures, notamment : le fait de dissocier les accords sur les droits de l'homme des négociations concernant le cessez-le-feu ou le partage du pouvoir, étant explicitement signalé que ces négociations ne sauraient remettre en cause la reconnaissance politique des parties; ou bien l'intervention d'un tiers en qualité de médiateur mutuellement acceptable durant les négociations⁹⁰. Les États

⁸⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14 (2000), par. 42.

⁸⁷ Appel de Genève, « Acte d'engagement auprès de l'appel de Genève pour la protection des enfants des effets des conflits armés », par. 7. Disponible à www.genevacall.org; « Accord relatif aux droits humains entre El Salvador et le Front Farabundo Martí de libération nationale » (26 juillet 1990). Disponible à www.geneva-academy.ch.

⁸⁸ Leonard Rubenstein, « Defying expectations: polio vaccinations amid political and armed conflict », Peace Brief (Washington, United States Institute of Peace, 2010). Disponible à www.usip.org

⁸⁹ Voir Académie de droit international humanitaire et de droits humains à Genève, « Règles d'engagement : Protéger les civils à travers un dialogue avec les acteurs armés non étatiques » (Genève, 2011), p. 5 à 7. Disponible à www.geneva-academy.ch. Voir également le rapport du Rapporteur spécial sur la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans la lutte antiterroriste (A/HRC/6/17 et Corr.1), par. 42 à 50.

⁹⁰ ADH Genève, Règles d'engagement, p. 8 à 57.

devraient également faire en sorte que ces initiatives ne se heurtent pas à des lois antiterroristes trop générales. De nombreuses lois antiterroristes criminalisent aujourd'hui toutes formes de participation au côté des organisations actuellement inscrites dans la liste des groupes terroristes, dissuadant de nombreuses agences humanitaires de s'associer aux groupes armés pour s'acquitter de leurs responsabilités liées aux droits de l'homme par crainte d'être cataloguées de terroristes ou bien liées à des groupes armés qualifiés de « terroristes »⁹¹.

C. Organisations intergouvernementales et non gouvernementales

60. Le cadre du droit à la santé reconnaît que les organisations internationales et non gouvernementales sont d'une importance particulière quand il s'agit de fournir des secours en cas de catastrophe et d'apporter une assistance humanitaire dans les situations d'urgence, notamment la fourniture d'une assistance aux réfugiés et aux personnes déplacées dans leur propre pays⁹². Les organisations internationales et non gouvernementales peuvent également être impliquées dans des conflits en qualité de contrôleurs, médiateurs, forces de maintien de la paix et administrateurs territoriaux. Ces organisations doivent veiller à ce qu'elles tiennent dûment compte du droit à la santé dans leurs décisions et activités, notamment en adoptant des politiques de santé axées sur les droits, accordant une attention spéciale aux besoins des groupes vulnérables, et garantissant la participation des populations touchées. Elles devraient veiller à ce que de solides mécanismes de responsabilisation existent, en particulier dans les situations de maintien de la paix et d'imposition de la paix. Ces mécanismes incluent des systèmes disciplinaires efficaces, des normes opérationnelles clairement formulées, des systèmes de surveillance et de collecte des données, ainsi que des systèmes accessibles indépendants de règlement des litiges, en particulier pour les organisations internationales bénéficiant de l'immunité devant la juridiction nationale.

VI. Responsabilisation et recours

61. La responsabilisation est un aspect essentiel du cadre du droit à la santé. Elle nécessite une surveillance indépendante, des enquêtes rapides, une gouvernance transparente, notamment la collecte et la diffusion d'information exactes et complètes auprès du public, ainsi que la possibilité pour les victimes de violations d'avoir accès à des voies de recours. Ces obligations sont également examinées dans le droit international humanitaire, qui dispose que les États doivent prévenir, enquêter sur et punir les atteintes à celui-ci⁹³. Des politiques et codes de conduite clairs doivent être formulés au sein de l'armée, des forces de police et des établissements de santé afin de garantir le droit à la santé durant les conflits⁹⁴.

⁹¹ Naz K. Modirzadeh, Dustin A. Lewis et Claude Bruderlein, « Humanitarian engagement under counter-terrorism: a conflict of norms and the emerging policy landscape », *Review of the International Committee of the Red Cross*, vol. 93, n° 883 (septembre 2011), p. 623.

⁹² Observation générale 14 (2000), par. 65.

⁹³ Voir sources énumérées dans Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck, « Customary International Humanitarian Law », vol. I, Règles (Cambridge, Royaume-Uni, CICR et Cambridge University Press, 2005), Règle 158, disponible à www.icrc.org/.

⁹⁴ Observation générale 14 (2000), par. 55 et 56, 59.

A. Suivi et transparence

62. Les atteintes au droit à la santé durant les conflits, notamment les attaques et perturbations dont la fourniture de soins de santé fait l'objet, souvent ne sont pas pleinement prises en compte dans les actuels systèmes de surveillance⁹⁵. Le suivi de ces violations dans les situations de conflit et d'après conflit est souvent limité ou incomplet, en raison de l'insécurité et du manque de collecte et diffusion systématiques de données par les États et les organisations internationales⁹⁶. Les mécanismes de surveillance peuvent porter une attention excessive aux événements très remarquables comme les attaques dirigées contre le personnel des organisations caritatives internationales, et non aux violations plus courantes comme les menaces proférées à l'encontre des agents locaux ou bien les dommages occasionnés aux déterminants fondamentaux⁹⁷. La pratique des représailles à l'encontre des dénonciateurs d'abus peut également dissuader les travailleurs sanitaires et les populations touchées, les mieux à même de signaler les atteintes au droit à la santé, de les dénoncer par crainte de ne plus être en mesure de dispenser des soins médicaux ou de n'y plus avoir accès.

63. Les problèmes de sécurité ne sauraient être invoqués pour justifier les interdictions systématiques de dénonciation d'abus, en particulier lorsqu'il existe un moyen moins contraignant de garantir la sécurité, comme la possibilité d'assurer l'anonymat des dénonciations⁹⁸. Les États doivent garantir la disponibilité d'une information exacte à l'intention des contrôleurs indépendants et ne sauraient exercer des représailles à l'encontre des dénonciateurs d'infractions. Les États doivent également prévenir et enquêter sur les menaces et attaques exercées contre ces personnes aussi bien par les agents de l'État que des tiers. Les États doivent en particulier promouvoir des initiatives de suivi réalisées au niveau local, intégrant les points de vue de la population locale, et fournir des informations transparentes et fiables à la société civile et aux communautés touchées.

64. Le manque de transparence et de responsabilisation dans la programmation et la gouvernance en matière de santé durant le conflit sape également la confiance entre les populations touchées et les États, contrariant toutes tentatives d'améliorer la prestation et la protection des services de santé dans les zones touchées par les conflits, et empêchant les évaluations exactes de l'attribution de l'aide. Cette situation peut accroître le risque d'autres violations et la difficulté d'y apporter réparation. En particulier, le manque de transparence et de responsabilisation dissuade de fournir une aide dans les zones de conflits, privant les systèmes de santé dévastés d'un financement bien nécessaire. Les pays touchés par les conflits reçoivent une aide inférieure de 43 % à celle des pays avec des besoins de développement similaires, cette disparité tenant notamment aux risques accrus de malversation et aux difficultés de suivi⁹⁹.

⁹⁵ Leonard Rubenstein, « Protection of health care in armed and civil conflict: opportunities for breakthroughs » (Washington, Center for Strategic and International Studies, 2012). Disponible à http://csis.org/files/publication/120125_Rubenstein_ProtectionOfHealth_Web.pdf, p. 2 à 4.

⁹⁶ Ibid., p. 2.

⁹⁷ CICR, « Health care in danger – Violent incidents affecting healthcare: January to December 2012 » (Genève, 2013), p. 5.

⁹⁸ P.J. Jennings et S. Swiss, « Supporting local efforts to document human rights violations in armed conflict », *Lancet*, vol. 357, n° 9252 (janvier 2001) p. 302.

⁹⁹ Preeti Patel *et al.*, « A review of global mechanisms for tracking official development assistance for health in countries affected by armed conflict », *Health Policy*, vol. 100, n°s 2 et 3 (2011), p. 117.

B. Recours

65. Des recours rapides, efficaces et appropriés en cas de violations constituent une composante essentielle de la responsabilisation. Dans le cadre du droit à la santé, toutes personnes ou tous groupes dont le droit à la santé a été violé doivent avoir accès à des recours efficaces, judiciaires ou autres recours appropriés, à l'échelle nationale et internationale, en vue d'obtenir notamment les réparations voulues, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garanties de non-répétition. Les États doivent proposer des voies de recours efficaces, rapides et accessibles au sein des systèmes judiciaires et administratifs. Ils doivent également garantir que les processus de consolidation de la paix, comme les amnisties, la prescription, ou l'exemption de poursuites civiles ou pénales pour les forces militaires ou de police, n'entravent pas l'accès aux voies de recours et offrent les moyens de former des recours contre les acteurs étatiques et non étatiques.

66. Les recours ne doivent pas se limiter à des actions punitives introduites contre les auteurs des infractions mais également s'appliquer à rétablir le droit à la santé des personnes touchées et à aplanir les divisions dans la société pouvant résulter de la poursuite du conflit ou y aboutir. En tant que tels, les recours en vue d'obtenir satisfaction et la garantie de non-répétition, incluant des mesures visant à faire cesser les atteintes actuelles et prévenir les violations à venir, comme l'a constaté l'Assemblée générale dans sa résolution 60/147, sont particulièrement importants étant donné les effets continus et systémiques des conflits sur le droit à la santé. Dans le contexte du droit à la santé, les garanties de non répétition sont notamment : l'amélioration de la protection des agents de santé dans les zones de conflits; la fourniture de codes de conduite sur l'utilisation voulue des services médicaux dans les conflits; les actions de formation et de sensibilisation conduites auprès des acteurs voulus, notamment les policiers, à tous les aspects du droit à la santé; l'introduction de réformes juridiques incluant la promulgation de lois interdisant toute perturbation de la fourniture impartiale des soins de santé; enfin, la mise en place de systèmes indépendants de règlement des litiges et de suivi. Le recours pour obtenir satisfaction inclut les sanctions judiciaires et administratives, la reconnaissance d'agissements répréhensibles, et des mesures efficaces visant à faire cesser les violations persistantes.

67. Les mesures de réparation doivent prévoir notamment l'élimination des politiques et textes de lois discriminatoires, ainsi que la formulation et la mise en œuvre de plans nationaux de santé complets en vue de concrétiser le droit à la santé en situations postconflituelles. Les États doivent également mettre en œuvre des programmes d'apaisement des conflits dans la société. Les mécanismes comme les commissions vérité et réconciliation, les tribunaux pénaux internationaux et hybrides, les mécanismes internationaux et régionaux liés aux droits de l'homme, et les missions d'établissement des faits peuvent offrir d'importants compléments aux recours judiciaires et administratifs à l'échelon national à cet égard. À tous les niveaux, la participation des communautés touchées aux processus de réparation est essentielle pour garantir un règlement utile et durable des conflits.

VII. Conclusions et recommandations

68. Une approche fondée sur le droit à la santé des situations de conflit oblige les États à prendre des mesures continues et concrètes axées sur la réalisation du droit à la santé des personnes touchées par les conflits, notamment celles qui y sont activement engagées. Le Rapporteur spécial recommande que les États promulguent et mettent en œuvre des lois et politiques qui respectent, protègent et réalisent le droit à la santé des populations touchées, en particulier les groupes vulnérables, avant, durant et après le conflit.

69. Le Rapporteur spécial insiste sur le fait que la participation efficace des communautés touchées, en particulier les groupes vulnérables, est essentielle au cadre du droit à la santé. Les communautés touchées doivent, à tout moment, participer à la formulation, à la mise en œuvre et au suivi des décisions et accords touchant leur droit à la santé, notamment les politiques relatives aux situations de conflit et d'après conflit.

70. Le Rapporteur spécial demande instamment aux États impliqués dans des situations de conflit de :

a) Mobiliser des ressources, notamment via l'assistance humanitaire, pour s'acquitter de leurs obligations au titre du droit à la santé. Les États doivent remplir leurs obligations principales, sans dérogation aucune, au titre du droit à la santé en toute circonstance;

b) Garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des établissements, produits et services sanitaires de qualité à tous ceux qui sont engagés dans et/ou touchés par les conflits, sans discrimination aucune. Une attention particulière doit être accordée aux groupes vulnérables;

c) S'abstenir de formuler des lois et politiques qui criminalisent la fourniture de services par les professionnels de la santé à ceux qui sont engagés dans les conflits, ou abroger celles qui existent. Les États doivent également ne pas perturber la mission des professionnels de la santé de fournir des services en toute impartialité;

d) Ne pas entraver, restreindre ou limiter l'accès aux établissements, produits et services sanitaires. Dans les cas où ces barrières deviennent nécessaires, les limitations doivent être proportionnelles à l'objectif poursuivi et correspondre à la solution la moins contraignante;

e) Ne pas attaquer les établissements, produits, services et agents sanitaires, en particulier dans le cadre d'une stratégie de conflit notamment dans les zones contrôlées par les groupes armés. Les États doivent également prendre des mesures pour protéger les établissements, produits, services et agents sanitaires contre les attaques conduites par les groupes armés non étatiques;

f) Renoncer à la militarisation des établissements, produits et services sanitaires;

g) S'engager auprès des groupes armés non étatiques, via des accords volontaires, pour faciliter l'accès aux établissements, produits et services sanitaires;

h) **Garantir le suivi efficace des violations du droit à la santé durant le conflit en assurant la disponibilité et l'accessibilité de l'information aux groupes de surveillance indépendants, notamment les groupes de surveillance impliquant la communauté locale.**

71. Le Rapporteur spécial demande instamment aux États se relevant d'un conflit de :

a) **Formuler et appliquer des plans pour la reconstruction des infrastructures et la fourniture des déterminants fondamentaux, une attention particulière étant accordée aux besoins des groupes vulnérables. Les États doivent formuler des lois pour garantir la répartition équitable des déterminants fondamentaux et réaliser le droit à la santé de l'ensemble de la population, en particulier des groupes vulnérables;**

b) **Mobiliser les ressources voulues pour la mise en œuvre des politiques de reconstruction. Les initiatives financées par les donateurs doivent compléter et appuyer les politiques de santé nationales s'il y a lieu et être mises en œuvre avec le concours des populations touchées;**

c) **Garantir la disponibilité et l'accessibilité des établissements, produits et services sanitaires essentiels et primaires, notamment les services de santé mentale aux populations touchées par et engagées dans un conflit, en particulier les groupes vulnérables;**

d) **Autoriser un accès aux mécanismes judiciaires en cas de violations des droits et permettre aux victimes d'obtenir les réparations voulues, notamment la restitution, l'indemnisation, les garanties de non-répétition, et la satisfaction de leurs demandes;**

e) **Fournir des mécanismes de consolidation de la paix en vue d'un règlement utile et durable des conflits via des procédures de justice réparatrice comme l'instauration de commissions vérité et réconciliation équitables et transparentes.**

72. Le Rapporteur spécial demande instamment aux États de s'acquitter de leurs obligations internationales, en particulier :

a) **Assurer la transparence de l'application des programmes d'aide;**

b) **Garantir que les sanctions économiques frappant les États durant le conflit n'entravent pas la réalisation du droit à la santé des populations touchées par les conflits;**

c) **Respecter, protéger et réaliser le droit à la santé des personnes qui fuient les situations de conflit.**

73. Le Rapporteur spécial demande instamment aux organisations internationales et non gouvernementales lançant des actions humanitaires durant le conflit :

a) **D'adopter des initiatives sanitaires conformément au cadre du droit à la santé, lequel suppose d'associer les communautés touchées. Ces initiatives doivent promouvoir les médecines et pratiques traditionnelles conformes au droit à la santé;**

b) **D'instaurer des mécanismes efficaces de responsabilisation en cas de violations du droit à la santé par leur personnel, tels les membres des forces de maintien de la paix et agents de l'aide humanitaire.**

74. Le Rapporteur spécial demande instamment aux groupes armés non étatiques de :

a) **Respecter les normes du droit international relatif aux droits de l'homme et du droit international humanitaire, notamment celles se rapportant au droit à la santé;**

b) **Se conformer aux accords qui ont pu être conclus pour la protection du droit à la santé des populations touchées.**
