



# Assemblée générale

Distr. générale  
16 juillet 2019  
Français  
Original : anglais

---

## Soixante-quatorzième session

Point 72 b) de la liste préliminaire\*

**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**

## **Le 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 présenté par le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Pūras, conformément aux résolutions 6/29 et [33/9](#) du Conseil des droits de l'homme.

---

\* [A/74/50](#).



## *Résumé*

Le Rapporteur spécial prône une utilisation de la formation des agents de santé fondée sur les principes des droits de la personne. Qu'il s'agisse de la sélection des étudiants, des programmes d'enseignement, du lieu où se déroulent les formations ou de l'emploi, par la suite, dans les systèmes de santé, le Rapporteur spécial met en avant les effets que des approches de la formation médicale fondées sur les droits de la personne pourraient avoir sur le personnel de santé. L'intégration des droits de la personne dans la formation sanitaire peut en effet aider les agents de santé à se défaire de leurs propres comportements et attitudes discriminatoires.

Le Rapporteur spécial n'a pas l'intention de se livrer à une redite de l'action mondiale qui a été engagée pour remédier à la crise du personnel de santé, ni de reprendre la littérature volumineuse qui a été produite sur le sujet, mais de mettre en évidence les effets potentiels des approches de la formation médicale et sanitaire fondées sur les droits de la personne. Le Rapporteur spécial fait le point des aspects de la formation sanitaire actuelle qui limitent l'aptitude du personnel de santé à s'acquitter de sa mission et l'empêchent de jouer le rôle crucial qui lui incombe de promouvoir et de respecter le droit à la santé physique et mentale et d'œuvrer à sa réalisation. Il rend compte de certains aspects structurels qui déterminent la capacité du personnel de santé de remplir les obligations des États concernant le droit à la santé, lesquelles consistent à veiller à ce que les soins de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité et applique, parallèlement, un cadre relatif au droit à la santé aux agents de santé eux-mêmes de manière à repérer les éléments qui sont susceptibles de contribuer à leur aptitude à s'acquitter correctement de leur mission, ou au contraire, d'aller à l'encontre de celle-ci.

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

### **Table des matières**

	<i>Page</i>
I. Introduction . . . . .	4
II. Contexte . . . . .	7
A. Renforcer les soins primaires, qui constituent la base du système de soins de santé . . . . .	8
B. Le modèle biomédical . . . . .	10
C. L'inégalité des rapports de force . . . . .	11
D. La formation médicale . . . . .	11
E. Aligner les programmes de formation médicale sur les stratégies nationales en matière de santé . . . . .	12
III. Des systèmes de santé forts pour un personnel efficace . . . . .	14
A. Services et structures de santé . . . . .	15
B. Produits médicaux, médicaments essentiels, vaccins et technologies . . . . .	15
C. Systèmes d'information sanitaire . . . . .	16
D. Financement de la santé . . . . .	16
E. Initiative politique et gouvernance . . . . .	16
F. La corruption dans le secteur de la santé . . . . .	16
IV. Une approche du renforcement du personnel de santé fondée sur les droits . . . . .	17
A. Égalité et non-discrimination . . . . .	18
B. Participation . . . . .	18
C. La nécessité d'un soutien constant et d'une formation continue au profit des agents de santé établis dans des régions éloignées, et démunis . . . . .	19
D. Gouvernance des agents de santé . . . . .	19
E. Assistance et coopération internationales . . . . .	20
F. Principe de responsabilité . . . . .	20
V. Points particuliers . . . . .	20
A. Aide internationale et renforcement des effectifs . . . . .	20
B. Formation du personnel de santé mentale . . . . .	21
C. Les affections de santé mentale perçues comme des maladies déterminées par des facteurs biologiques et non comme les conséquences de facteurs de risques sociaux et environnementaux . . . . .	21
D. Des normes relatives aux soins de santé mentale définies par un seul groupe professionnel . . . . .	22
E. Une inégalité des rapports de force qui se retrouve dans les définitions . . . . .	23
F. Des changements nécessaires dans la formation en santé mentale . . . . .	23
VI. Recommandations et conclusions . . . . .	25

## I. Introduction

1. Les agents de santé constituent une composante essentielle de sociétés saines et de systèmes de santé fonctionnels, sans lesquels le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible n'est pas réalisable. Tous les agents de santé, qu'ils travaillent dans des villages ou dans des hôpitaux universitaires de troisième niveau de soins, contribuent à la santé de la population et ont besoin d'être entourés, protégés et soutenus. L'attention a été appelée précédemment, dans le cadre du mandat du Rapporteur spécial, sur les rôles conférés au personnel sanitaire, l'appui dont celui-ci bénéficiait et la situation souvent précaire à laquelle il était confronté (voir [A/60/348](#)), notamment dans le domaine de la santé mentale (voir [A/HRC/35/21](#) et [A/HRC/35/21/Add.1](#)), face à la corruption ([A/72/137](#)) et s'agissant de la réalisation des objectifs de développement durable ([A/71/304](#)).

2. Dans le monde entier, les agents de santé travaillent dans des contextes difficiles, avec des moyens insuffisants, voire parfois dans des situations dangereuses où les droits de la personne, y compris les leurs, sont bafoués. Les cas les plus extrêmes sont ceux où la fourniture impartiale des soins est incriminée<sup>1</sup>, où les établissements de santé critiqués ou du personnel de santé pris pour cible pour avoir dispensé des soins, comme cela s'est produit avec Ebola<sup>2</sup>. Lorsque la formation médicale et sanitaire est ancrée dans les droits de la personne, les agents de santé sont à même de concevoir les problèmes comme des problèmes touchant aux droits de la personne et de se considérer eux-mêmes comme des agents du changement et des défenseurs de ces droits. Une telle approche de la formation médicale et sanitaire leur insuffle les principes fondamentaux des droits de la personne que sont l'égalité, la non-discrimination et la dignité pour tous, y compris celle des personnes avec lesquelles ils sont en contact dans le cadre de leur pratique médicale.

3. Le présent rapport s'appuie sur les informations reçues d'un large éventail de parties prenantes, notamment de représentants des entités compétentes des Nations Unies, de la société civile et de chercheurs spécialisés. Le Rapporteur spécial a également reçu un certain nombre de communications écrites provenant de tous les continents et remercie toutes les personnes concernées de leur remarquable contribution.

4. Les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux de la santé, les conditions dans lesquelles les individus sont nés, dans lesquelles ils grandissent, vivent et travaillent sont déterminées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources. Ces déterminants sont les premiers responsables des inégalités en matière de santé et des différences évitables en ce qui concerne l'état de santé<sup>3</sup>. Nombre des problèmes que connaissent actuellement les systèmes de santé résultent de la prise en compte insuffisante des déterminants et des besoins de la population dans la formation du personnel de santé. La formation sanitaire (qui comprend la formation médicale et la formation de niveau intermédiaire) doit mettre l'accent sur le fait qu'il ne faut pas confondre l'apprentissage des méthodes de diagnostic et de traitement des troubles ou maladies avec la réalisation du droit à la santé. Celle-ci ne dépend pas uniquement

<sup>1</sup> Open statement by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health on the occasion of the second anniversary of Security Council resolution 2286 (2016). Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23225&LangID=E>.

<sup>2</sup> J. Fairhead, « Understanding social resistance to the Ebola response in the Forest Region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective », *African Studies Review*, vol. 59, n° 3 (décembre 2016), p. 7 à 31.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (Genève, 2008).

de la fourniture de soins de santé de qualité à toutes et tous ; il est impératif en effet d'agir en tenant compte des déterminants de la santé, tels que les inégalités, la discrimination, la violence et les conditions environnementales.

5. Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial prône une formation des agents de santé fondée sur les principes des droits de la personne. Qu'il s'agisse de la sélection des étudiants, des programmes d'enseignement, du lieu où se déroulent les formations ou de l'emploi, par la suite, dans les systèmes de santé, le Rapporteur spécial met en avant les effets que des approches de la formation médicale fondées sur les droits de la personne pourraient avoir sur le personnel de santé. L'intégration des droits de la personne dans la formation sanitaire peut en effet aider les agents de santé à se défaire de leurs propres comportements et attitudes discriminatoires.

6. L'approche classique de la formation médicale (c'est-à-dire la formation des médecins) repose sur la hiérarchie traditionnelle de la profession médicale et sur un modèle biomédical trop largement axé sur le diagnostic et le traitement des maladies et des pathologies biomédicales et non sur la prise en compte des déterminants de la santé et de leurs effets connus sur la santé. Cela peut engendrer des déséquilibres et des problèmes graves dans le fonctionnement des systèmes de santé, notamment une médicalisation excessive, le morcellement de la prestation de soins, une atteinte au principe « avant tout ne pas nuire » et une inégalité des rapports de force entre les médecins et les usagers des services de santé, de même qu'entre les médecins et les autres agents de santé.

7. Les agents de santé qui ont été formés à utiliser des approches de la santé fondées sur les droits de la personne peuvent contribuer à réformer les systèmes de santé et à les rendre plus participatifs, plus équitables, plus inclusifs, plus réactifs et les débarrasser de toute discrimination. Pour parvenir à une telle situation, il est indispensable que les agents de santé suivent leur formation dans un environnement où les droits sont essentiels, que les enseignements reposent sur les principes correspondants et que les écoles se trouvent au plus près du cadre dans lequel vit la population. Des cours magistraux ou ordinaires sur les droits de la personne dans la prise en charge des patients, dispensés de manière verticale comme des matières autonomes, ne sauraient amener le changement de culture concernant les soins de santé qui s'impose pour remédier aux problèmes systémiques évoqués plus haut.

8. Le Rapporteur spécial n'ignore pas les nombreuses initiatives qui ont été prises pour moderniser la formation sanitaire, grâce à l'intégration d'approches fondées sur les droits de la personne, la santé publique et les déterminants sociaux et facteurs fondamentaux de la santé, et il salue cet effort. Toutefois, ces initiatives demeurent l'exception plus que la règle. Le Rapporteur spécial appelle de ses vœux des changements dans la formation sanitaire qui permettent de réorganiser le personnel de santé de manière, d'une part, à remédier aux pénuries de personnel et, d'autre part, à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé. Il met en garde tous les pays, en particulier les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire contre toute velléité de prendre modèle sur les systèmes de formation sanitaire traditionnels qui reposent sur la hiérarchie.

9. Dans le monde entier, le personnel de santé souffre d'un manque de moyens, tant en matière d'effectifs, que sur le plan financier. Dans son ouvrage intitulé *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*<sup>4</sup>, en 2013, l'Organisation mondiale de la santé a estimé qu'il manquait au niveau mondial 17,4 millions d'agents de santé, dont 2,6 millions de médecins et plus de 9 millions d'infirmiers et infirmières et de sages-femmes. D'après les prévisions, en 2030, la

---

<sup>4</sup> OMS, *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030* (Genève, 2016).

pénurie devrait s'établir à 14,5 millions d'agents de santé, les régions les plus touchées au vu des besoins étant l'Asie du Sud-est et l'Afrique.

10. Le Rapporteur spécial salue la *Stratégie mondiale* dans laquelle l'OMS reconnaît l'accent mis par les objectifs de développement durable sur la nécessité d'accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement et sur la réaffirmation de l'attention portée à l'équité et à la couverture sanitaire universelle qui ne peuvent être atteintes qu'à condition d'un investissement stratégique substantiel dans l'ensemble du personnel de santé. Dans la *Stratégie mondiale*, l'OMS définit le personnel de santé comme étant indispensable au bon fonctionnement des systèmes de santé et à la réalisation du droit à la santé.

11. Compte tenu de l'action mondiale visant à remédier à la crise du personnel soignant et de l'étendue de la littérature sur le sujet, le Rapporteur spécial ne se livrera pas à une redite de ce travail, mais s'efforcera de mettre en évidence les effets potentiels des approches de la formation sanitaire fondées sur les droits de la personne. Il fera le point des aspects de la formation sanitaire actuelle qui limitent l'aptitude du personnel de santé à s'acquitter de sa mission et l'empêchent de jouer le rôle crucial qui lui incombe de promouvoir et de respecter le droit à la santé physique et mentale et d'œuvrer à sa réalisation.

12. Entre autres choses, cette formation vise à donner aux médecins une vision plus globale des problèmes de santé, qui inclue les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux de la santé. Cette nouvelle perception doit permettre à la formation sanitaire de dépasser les conceptions biomédicales des problèmes de santé et la trop grande dépendance du secteur de la santé vis-à-vis du secteur biomédical pour remédier à tous les problèmes de santé. Le Rapporteur spécial préconise une façon moins hiérarchique et plus participative d'envisager le personnel, de telle sorte que l'expérience et l'avis de tous les agents du système de santé soient reconnus. Le système actuel n'accorde pas la même importance à tous les agents de santé, le critère principal étant la durée de leur formation. La plupart des systèmes de santé confèrent aux médecins le pouvoir de décision à tous les niveaux : prise en charge des patients, gestion des structures de soins et politiques sanitaires nationales et locales, parce que le système hiérarchique donne la priorité aux connaissances cliniques qui reposent majoritairement sur des données biomédicales. Une approche des systèmes de santé fondée sur les droits de la personne favoriserait des méthodes plus participatives et plus inclusives, reconnaissant la compétence de tous les intervenants et leur donnant la possibilité de s'exprimer, y compris les usagers. Cela permettrait au personnel de santé de s'acquitter de sa mission de manière optimale, en mettant pleinement à profit sa formation et son expérience, ce qui contribuerait *in fine* à une plus grande disponibilité des services de santé. Le Rapporteur spécial est conscient du rôle majeur que jouent les médecins dans les soins de santé et reconnaît leur autorité clinique s'agissant du diagnostic et des décisions thérapeutiques. Mais il constate aussi que, dans les faits, nombre des décisions qui sont prises dans les services de soins de santé, notamment sur les questions aux orientations générales, à la gestion, aux diagnostics, à la prévention et aux traitements, peuvent être confiées aux infirmiers et infirmières et à du personnel autre que médical.

13. La médecine n'est pas une science exacte et il y a pratiquement toujours une part d'incertitude quant au moyen le plus approprié de traiter une affection. Cependant, la formation qu'ils reçoivent portent les médecins à s'attendre à être à mêmes de prendre toutes les décisions, y compris les décisions autres que cliniques, avec certitude et assurance, et à y être habilités, et les usagers des services de santé à

s'attendre à ce que ce soit le cas. Cet état de fait met les médecins dans une situation de stress constant, qui peut aboutir à un épuisement professionnel.

14. Dans la hiérarchie, il y a des disparités entre les médecins qui occupent les fonctions les plus élevées, le reste du personnel soignant et la plupart des autres médecins, notamment d'importantes différences de rémunération, et un risque que la minorité qui se trouve au sommet de la hiérarchie se serve de son pouvoir et se livre, éventuellement, à des pratiques relevant de la corruption. L'inégalité des rapports de force enracinée depuis la formation médicale permet à des systèmes de corruption de voir le jour, ce qui a des répercussions sur le droit à la santé, dans la mesure où de l'argent est détourné des soins et de la promotion de la santé (voir [A/72/137](#)).

15. Au cours des dernières décennies, les usagers des services de santé acquis davantage de pouvoir dans le monde entier, avec l'élaboration de chartes en faveur des patients et la consécration de droits dans de nombreux pays. Ce phénomène s'est accompagné d'une évolution spectaculaire des politiques et des services de santé, qui sont passés d'une culture et d'une pratique paternalistes à une culture et une pratique fondées sur le partenariat. L'accent ainsi mis sur la déontologie médicale et sur la correction de l'inégalité des rapports de force va dans le sens d'une approche fondée sur les droits de la personne et il convient de l'amplifier encore. Toutefois, cette évolution a consisté d'abord à donner davantage de pouvoir aux usagers et non aux agents de santé autres que les médecins. En outre, dans certains cas, les défenseurs des patients sont soutenus par l'industrie pharmaceutique, ce qui n'a pas pour but de contribuer à l'émancipation et aux droits des usagers, mais de défendre des intérêts commerciaux<sup>5</sup>. Nombre d'agents de santé demeurent les subalternes des médecins. Ce déséquilibre dans la répartition du pouvoir a des répercussions tant sur le plan professionnel, que sur le plan personnel et contribue à l'usure du personnel de santé. Un système de santé fondé sur les droits de la personne réduirait les déséquilibres dans la répartition du pouvoir entre les médecins et les autres catégories d'agents de santé, et contribuerait à l'établissement d'effectifs plus résilients et plus durables.

16. Le présent rapport concerne tout particulièrement les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire où les agents de santé sont en nombre insuffisant pour assurer à une couverture sanitaire universelle. La majeure partie de la population mondiale vit dans ces pays, où les besoins en matière de santé sont les plus importants. Le Rapporteur spécial invite les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire à reconsidérer la reproduction de systèmes de formation sanitaire souvent hérités de leur histoire coloniale, qui reposent sur des modèles biomédicaux et des systèmes hiérarchiques inappropriés.

## II. Contexte

17. En 2013, on comptait 9,8 millions de médecins, 20,7 millions d'infirmiers ou infirmières et de sages-femmes et 13 millions d'« autres » agents de santé à travers le monde<sup>6</sup>. La catégorie « autres » inclut les métiers qui ont trait à la dentisterie, à la pharmacie, au travail de laboratoire, à l'environnement et à la santé publique, aux services de santé locaux et à la médecine traditionnelle, à la gestion de la santé et à l'appui sanitaire et toutes les autres catégories d'agents de santé. Cela signifie que pour chaque médecin en exercice, il n'y a que 2,1 infirmiers ou infirmières et 1,3 personne de la catégorie « autres ».

<sup>5</sup> S. Rose, « Patient advocacy organizations : institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, n° 3 (2013), p. 680 à 687.

<sup>6</sup> P. Mahon and G. McPherson, « Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing: a critical ethnography », *Nurse Researcher*, vol. 22, n° 1 (2014), p. 41.

18. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'à l'horizon 2030, date à laquelle la couverture santé universelle devrait avoir été atteinte dans le cadre des objectifs de développement durable, il manquera 14,5 millions d'agents de santé, soit 2,3 millions de médecins, 7,6 millions d'infirmiers et infirmières et 4,6 millions d'agents autres<sup>7</sup>.

19. En 2013, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé définissait les agents de santé de niveau intermédiaire comme des catégories de personnel formées pendant deux à cinq ans pour acquérir les compétences de base en matière de diagnostic, de traitement des affections courantes et de prévention des maladies<sup>8</sup>. L'Alliance a constaté que les agents de niveau intermédiaire assuraient la fourniture des soins aussi efficacement que les médecins et qu'ils étaient souvent plus réceptifs aux attentes des usagers. Son rapport donne à penser qu'une meilleure utilisation des agents de niveau intermédiaire pourrait contribuer à une combinaison plus rationnelle des compétences des ressources humaines, ce qui aurait pour effet d'atténuer les conséquences des pénuries de personnel de santé et permettrait aux pays de parvenir à la couverture sanitaire universelle ou de faire des progrès considérables en ce sens. Dans ce rapport, l'Alliance relève que des difficultés touchant à la politique générale, à la gouvernance et à la gestion limitent la contribution des agents de niveau intermédiaire. Le Rapporteur spécial souscrit à ces observations et considère que les agents de niveau intermédiaire ne sont pas reconnus à leur juste valeur et sont sous-employés, ce qui témoigne de problèmes structurels, notamment du fait que la réglementation n'autorise que les médecins à pratiquer certains actes mineurs que d'autres pourraient être formés à réaliser et met en évidence des inégalités dans les rapports de force qui se dessinent souvent au stade de la formation médicale.

20. Le coût de formation et d'emploi des médecins est bien plus élevé que celui des infirmiers et infirmières et des agents de santé « de niveau intermédiaire ». Selon les estimations, le coût moyen par médecin diplômé s'élèverait à 113 000 dollars, contre 46 000 dollars pour les infirmiers et infirmières, le coût individuel étant le plus élevé en Amérique du Nord et le moins élevé en Chine<sup>9</sup>. Le fait d'avoir un ratio élevé médecins/agents de santé de niveau intermédiaire a par conséquent des répercussions considérables sur les budgets de la santé et sur la répartition des agents de santé, qui se doit d'être équitable pour que les services de santé soient disponibles et accessibles à tous<sup>10</sup>.

## A. Renforcer les soins primaires, qui constituent la base du système de soins de santé

21. Les agents de santé de niveau intermédiaire sont utilisés valablement dans les systèmes de santé qui ne reposent pas dans une trop large mesure sur les médecins spécialisés et où il est admis que les problèmes de santé n'exigent pas toujours une intervention médicale faisant exclusivement appel à des médecins. Les soins de santé primaire constituent la pierre angulaire de tous les systèmes de santé, qui fonctionnent plus efficacement et de manière plus rationnelle lorsque les usagers peuvent être pris

<sup>7</sup> OMS, *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*, p. 47.

<sup>8</sup> OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé, « Mid-level health workers for delivery of essential health services: a global systematic review and country experiences ». Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : [www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en/](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en/).

<sup>9</sup> Julio Frenk et coll., « Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world », *The Lancet*, vol. 376, n° 9756 (2010), p. 1923 à 1958

<sup>10</sup> Gordon McCord, Anne Liu et Prabhjot Singh, « Déploiement des agents de santé communautaires en Afrique rurale subsaharienne : considérations financières et hypothèses opérationnelles », *Bulletin de l'OMS*, vol. 91, n° 4 (2012) p. 244 à 253.

en charge, dans une proportion pouvant atteindre 80 % de la population, au premier niveau de soins ; ils sont en outre les garants de leur pérennité. Une utilisation rationnelle des soins de santé primaires évite le sur-diagnostic et les traitements superflus. Les soins primaires et les médecins généralistes sont un atout énorme pour la santé publique et pour la réalisation du droit à la santé. Une bonne utilisation des soins de santé primaire permet de réserver des moyens pour des traitements onéreux dans les cas graves et complexes. Le Rapporteur spécial a fait observer précédemment que les systèmes de santé pouvaient gagner en équité, en efficacité, en rationalité et en réactivité si l'on renforçait les soins primaires, et que l'on faisait diminuer, parallèlement, le recours aux soins de spécialistes et aux hospitalisations (voir A/HRC/35/21/Add.2, par. 36). Il se félicite des initiatives telles que « Choosing Wisely » (Choisir raisonnablement)<sup>11</sup>, qui encourage les usagers à discuter avec des médecins d'outils de surveillance et de diagnostic reposant sur des données factuelles et à éviter ainsi les diagnostics et les actes thérapeutiques superflus.

22. Il est plus aisé d'attirer, de former, de financer des agents de soins de santé primaires et de les maintenir en poste lorsque l'égalité est plus grande et les attributions mieux réparties entre le premier et le deuxième niveaux de soins et les agents de santé correspondants, si ces agents bénéficient du soutien requis. Lorsque ces conditions sont remplies, la couverture sanitaire universelle et les objectifs concernant les soins de santé primaires, sont plus facilement réalisables. Les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire, qui sont confrontés à d'importantes pénuries de personnel, devraient par conséquent faire une place de choix aux soins de santé primaires.

23. Bien qu'il ait été prouvé que les médecins du premier niveau de soins contribuaient non seulement à améliorer l'état de santé de la population, mais aussi à limiter les coûts, ceux-ci sont souvent déconsidérés par la société, une idée que ne fait qu'amplifier l'écart de rémunération entre généralistes et spécialistes<sup>12</sup>.

24. Il est capital que des agents de santé soient disponibles et accessibles à toutes et à tous, ce qui suppose qu'ils soient équitablement répartis compte tenu de la démographie d'un pays et pourrait nécessiter des mesures d'incitation pour encourager les agents de santé à s'installer en zone rurale et dans des régions mal desservies.

25. Le Rapporteur spécial encourage l'OMS à reprendre et à relancer sa stratégie mondiale pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous qu'elle a adoptée en 1995. Celle-ci plaidait en faveur de « médecins cinq étoiles » qui auraient cinq champs de compétences : prestation de soins, prise de décisions, communication, influence au sein de la communauté et gestion. Cette combinaison de compétences y était décrite comme un instrument nécessaire pour permettre aux systèmes de santé de fournir des soins de santé équitables, de qualité et d'un bon rapport coût-efficacité.

26. La commission de la formation des professionnels de santé pour le vingt-et-unième siècle créée par *The Lancet* est elle aussi arrivée à la conclusion que la transmission de compétences d'encadrement, de gestion, d'analyse des politiques et de communication étaient non seulement essentielles pour que la formation sanitaire soit rentable, mais qu'elles constituaient en outre des aspects négligés de cette formation<sup>13</sup>. Dans sa stratégie concernant le médecin cinq étoiles l'OMS

<sup>11</sup> Voir <https://choosingwisely.org/>.

<sup>12</sup> Kathleen Klink, « Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era », *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 17, n° 7 (2015), p. 637 à 646.

<sup>13</sup> Richard Horton, « A new epoch for health professionals' education », *The Lancet*, vol. 376, n° 9756 (2010), p. 1875 à 1877.

indiquait que là où les médecins faisaient défaut, d'autres agents de santé pouvaient remplir ces différentes fonctions. En promouvant ce modèle, elle reconnaissait que les soins de santé étaient morcelés, y compris entre généralistes et spécialistes. L'OMS travaille actuellement à l'élaboration d'un cadre global de compétences requises pour une couverture sanitaire universelle, dans lequel elle définit les compétences requises à tous les niveaux de soins de santé. Le Rapporteur spécial se réjouit à l'idée de voir ce cadre adopté. Celui-ci s'appliquera à tous les agents de santé ayant suivi une formation de 12 à 48 mois, quels que soient leur métier, leur titre ou leur rôle<sup>14</sup>. L'OMS a en outre invité les écoles de médecine à faire preuve de responsabilité sur le plan social et à dispenser une formation appropriée aux médecins, de façon qu'ils puissent répondre aux préoccupations de premier ordre en matière sanitaire<sup>15</sup>.

## B. Le modèle biomédical

27. Selon les estimations, les soins médicaux ne représenteraient que 10 à 20 % des facteurs modifiables de la santé de la population<sup>16</sup>. Pour autant, on observe une résistance dans le milieu de l'enseignement traditionnel de la médecine à former le personnel à se focaliser moins sur les soins médicaux et chirurgicaux et davantage sur les déterminants de la santé, et plus généralement, à former moins de médecins et davantage d'agents de niveau intermédiaire. La commission de *The Lancet* a relevé un manque d'adéquation entre les compétences qui étaient transmises et les besoins des individus et de la population, un travail d'équipe insuffisant, une logique persistante de caste fondée sur le sexe en ce qui a trait au statut professionnel, une vision technique étroite ne tenant pas compte du contexte général, la prédominance de l'orientation hospitalière au détriment des soins primaires, des déséquilibres qualitatifs et quantitatifs sur le marché du travail et une initiative politique insuffisante pour rendre les systèmes de santé plus performants<sup>9</sup>.

28. Près de dix ans plus tard, le Rapporteur spécial fait observer que si peu d'éléments permettent de croire qu'il a été remédié à ces problèmes à l'échelle mondiale, il a personnellement reçu de nombreuses communications faisant état de stratégies probantes pour en régler certains. Dans ces communications, il est souligné que la formation des élèves médecins ne doit pas être concentrée dans des « tours d'ivoire » éloignée des communautés dans lesquelles nombre d'entre eux travailleront ou devraient être encouragés à travailler. Des soins de santé de qualité ne consistent pas uniquement à déterminer si une maladie est curable ou non, ils doivent aussi viser à déterminer comment améliorer l'état de santé de chacun et de chacune, au moyen d'approches fondées sur les droits de la personne et sur des données factuelles. Les évaluations qui ont été réalisées ont montré que ce type de méthodes étaient profitables aux étudiants suivant une formation dans le domaine de la santé et à la collectivité<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> OMS, global competency framework for universal health coverage, à paraître en 2019.

<sup>15</sup> Charles Boelen, « The five-star doctor: an asset to health care reform ? » (OMS, Genève, 1995). Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : [www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_1\\_1\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf).

<sup>16</sup> Hood, C. M., K. P. Gennuso, G. R. Swain and B. B. Catlin, « County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, n° 2 (2016), p. 129 à 135.

<sup>17</sup> Voir [www.aamc.org/download/479898/data/sdohwebinarslides.pdf](http://www.aamc.org/download/479898/data/sdohwebinarslides.pdf).

### C. L'inégalité des rapports de force

29. La répartition inégale du pouvoir qui va de pair avec la hiérarchie médicale est liée au modèle biomédical. Les médecins ont en effet été formés à se concentrer sur les apports biomédicaux et ceux qui ont passé le plus de temps à l'école, pour devenir spécialistes, sont ceux qui ont le plus de pouvoir au sein du système de santé. Les personnalités en vue dans telle ou telle spécialité se voient souvent confier des responsabilités politiques pour orienter la politique sanitaire. Le Rapporteur spécial a précédemment montré que l'inégalité des rapports de force avait conduit à privilégier très largement la médecine spécialisée au détriment des soins primaires et de la santé publique (voir [A/HRC/35/21](#) et [A/72/137](#)). Cette inégalité conduit à donner la priorité aux mesures biomédicales par rapport aux mesures d'une autre nature, de même qu'à certaines disciplines qui encouragent des technologies biomédicales onéreuses plutôt qu'à des sciences sociales, dans la recherche en santé publique, à faire un usage *excessif* des actes de diagnostic et des mesures curatives et à ne laisser que peu de place à la société civile pour participer à l'élaboration des politiques sanitaires. Le cumul de ces éléments contribue aussi à donner davantage d'importance et de prestige aux soins de santé physique qu'aux soins de santé mentale. Si les médecins appliquent des méthodes pour remédier aux problèmes de santé sans tenir compte des droits des patients, notamment leur droit de prendre part aux décisions, l'inégalité des rapports de force peut avoir pour effet de nuire aux usagers et au système de santé<sup>18</sup>. Cette inégalité des rapports de force s'accompagne de harcèlement et d'un taux élevé d'usure professionnelle<sup>19</sup> qui mettent en péril la sécurité des usagers<sup>20</sup>.

### D. La formation médicale

30. Les écoles de médecine influent sur l'attitude des étudiants à l'égard de leurs collègues (ce qui inclut tous les agents de santé), des usagers et de la collectivité en général, ainsi qu'à l'égard de la médecine de ville et des soins de santé primaires. Les écoles de médecine ont de multiples possibilités de promouvoir les principes des droits de la personne que sont l'équité, la non-discrimination et la dignité, et de considérer les agents de santé comme des défenseurs des droits de la personne dotés des compétences du médecin cinq étoiles. Si la formation médicale mettait en avant la notion de droits de la personne dans la prise en charge des patients, cela permettrait de jeter les bases d'un système ambitieux pour réfléchir au potentiel de changement que recèle la formation aux droits de la personne dans le domaine de la santé, car sa portée est immense. Ce principe concerne notamment les relations interpersonnelles entre les usagers et les prestataires de services de soins de santé, mais touche aussi aux facteurs systémiques et aux responsabilités des États qui façonnent la rencontre entre le patient et le prestataire de soins<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> Dainius Pūras, « Human Rights and the Practice of Medicine », *Public Health Reviews*, vol. 38, n° 9 (2017), p. 3.

<sup>19</sup> K. Scott et coll., « "Teaching by humiliation" and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study », *The Medical Journal of Australia*, vol. 203, n° 4 (2015), p. 185 ; Young-Ran Yeun et Jeong-Won Han, « Effect of nurses' organizational culture, workplace bullying and work burnout on turnover intention », *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, vol. 8, n° 1 (2016), p. 372 à 380.

<sup>20</sup> B. Green et coll., « Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care », *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 55, n° 5 (2017), p. 449 à 453.

<sup>21</sup> Joanna N. Erdman, « Human rights education in patient care », *Public Health Reviews*, vol. 38, n° 14 (2017), p. 2, citant Jonathan Cohen et Tamar Ezer, « Human rights in patient care: a theoretical and practical framework », *Health and Human Rights Journal*, vol. 15, n° 2 (2013), p. 7 à 19.

31. Le Rapporteur spécial se félicite de l'évolution considérable qu'a connue la formation médicale au cours des vingt dernières années, et note avec satisfaction que cette formation met désormais l'accent sur l'aptitude à la pratique et non plus uniquement sur l'accumulation de connaissances. Au Canada, aux États-Unis d'Amérique et dans nombre de pays d'Europe et d'autres régions, les organes chargés de délivrer les autorisations d'exercer sont passés à des modèles de formation axés sur les résultats<sup>22</sup>. Outre les compétences techniques, ces modèles mettent en avant l'idée que les médecins doivent avoir une bonne aptitude à la communication et être capables de tenir compte du cadre de vie du patient et de la manière dont les soins sont dispensés.

32. Les écoles de médecine ne s'intéressent pas suffisamment aux questions relatives aux droits de la personne et à l'influence dommageable des intérêts de l'industrie sur la médecine, elles ne se soucient pas suffisamment de faire une analyse critique de la littérature consacrée à la recherche biomédicale au vu des intérêts commerciaux qui entrent en ligne de compte et ne se préoccupent pas suffisamment des effets de la discrimination et de la stigmatisation sur la prise en charge des patients. Il y a plus d'un siècle, face aux préoccupations exprimées quant à la qualité de la formation médicale aux États-Unis et au Canada, dans son rapport sur le sujet, Abraham Flexner a fait des recommandations qui ont conduit à réformer la formation des médecins et la pratique médicale<sup>13</sup>. L'heure est venue d'opérer un nouveau changement radical afin de remédier aux nombreux défauts de la formation médicale et à ses effets sur les systèmes de santé, qui se traduisent par les atteintes au droit à la santé décrites tout au long du présent rapport. Les conseils nationaux de l'ordre des médecins et les universités devraient accepter la responsabilité d'ancrer l'éducation médicale dans un cadre relatif aux droits de la personne.

33. Les programmes de formation médicale devraient également promouvoir et valoriser la médecine sociale (soins de santé primaire et médecine de ville) afin d'en favoriser l'utilisation. Les écoles de médecine des régions richement dotées, qui sont souvent trop fortement influencées par les hôpitaux universitaires spécialisés, ont mis l'accent sur les spécialisations et sous-spécialisations médicales et les ont mises sur un piédestal, ce qui a contribué à conférer une place et un pouvoir excessif à ces spécialités. Il en résulte une trop grande emprise des spécialistes à tous les niveaux du système de santé et une dévalorisation des approches de santé publique, des médecins du premier niveau de soins et des autres agents de santé.

## **E. Aligner les programmes de formation médicale sur les stratégies nationales en matière de santé**

34. Les écoles de médecine devraient aligner leurs programmes sur les plans de santé nationaux et les stratégies du pays concernant le personnel de santé ; c'est ce que préconisent le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale n°14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et la *Stratégie mondiale*. Plus précisément, l'accent doit être mis sur les soins de santé primaire dans les pays qui ne sont pas encore parvenus à une couverture sanitaire universelle. Il importe d'encourager les agents de santé à s'établir dans les zones rurales de manière à mettre les soins à la portée de toutes et de tous, car en raison de la prééminence de la médecine de spécialité, la médecine rurale a en effet été laissée pour compte. Les recommandations prescrivant de s'écarter de stratégies de formation dans lesquelles la transmission de compétences cliniques figure au

<sup>22</sup> R. M. Harden, « Outcome-based education : the future is today », *Medical Teacher*, vol. 29, n° 7, p. 625 à 629 ; et Olle ten Cate, « Competency-based postgraduate medical education: past, present and future », *GMS Journal for Medical Education*, vol. 34, n° 5, document 69.

premier rang, au profit d'un programme de formation porteur de changement faisant davantage de place aux agents de santé en leur qualité d'agents du changement sociétal, demeurent importantes.

35. Certains groupes de la société ne sont pas suffisamment pris en compte dans la formation médicale. Durant ses visites de pays, le Rapporteur spécial a recueilli des témoignages quant à la réticence de certains médecins à travailler auprès de certains groupes vulnérables, tels que les personnes vivant dans l'extrême pauvreté ou utilisant des drogues et les sans-abris. Le Rapporteur spécial exhorte les personnes qui sont chargées de modeler les connaissances, les compétences et les valeurs des futurs médecins à les encourager à tendre la main à ces catégories de population et à prévenir la tendance à refuser de voir la souffrance, qui va à l'encontre de l'essence même et de la raison d'être de la profession médicale. Le Rapporteur spécial constate que le pouvoir et le prestige qui sont associés à la spécialisation médicale amplifient ces travers, les spécialistes n'ayant pas à s'occuper des groupes dans les situations les plus vulnérables. Le fait de retenir des étudiants de communautés marginalisées et défavorisées pourrait contribuer à remédier à ces problèmes.

36. Parmi les catégories vulnérables, il convient également de citer les personnes handicapées et celles qui sont en soins palliatifs. Ces deux catégories de population sont souvent négligées dans les programmes de formation médicale, alors qu'elles ont besoin de soins de qualité reposant sur une approche globale et fondés sur les droits. On trouvera ci-après des exemples de réussite dans ce domaine.

37. **Soins palliatifs.** En Ouganda, l'association des soins palliatifs a eu recours à des avocats pour former plus de 300 agents de santé (médecins, infirmiers et infirmières, cliniciens et cliniciennes et membres de professions de santé apparentées) aux soins palliatifs en tant que droit de la personne. Les étudiants en droit choisissent également des services de soins palliatifs pour faire leur stage de droit clinique. Le Costa Rica reconnaît quant à lui la population vieillissante dans la planification de ses effectifs et en 2009, il a lancé un programme de résidence en médecine palliative, dans le cadre duquel ce sont les diplômés qui dispensent les enseignements aux étudiants en médecine tout au long de leur formation. L'un et l'autre pays prévoient de faire des soins palliatifs un principe fondamental des soins de santé primaires.

38. **Personnes handicapées.** Si elles représentent 15 % de la population mondiale, les personnes handicapées ont pourtant deux fois plus de chances que les autres de se heurter à des agents de santé aux compétences insuffisantes et à des établissements de santé inadaptés, trois fois plus de chances de se voir refuser des soins et quatre fois plus de chances d'être maltraitées dans le système de santé<sup>23</sup>. Aussi est-il essentiel de former les agents de santé aux droits de la personne et à la prestation de services aux personnes handicapées. Une formation sanitaire inclusive nécessite des modules sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sur les droits de la personne et sur le droit à la santé, et une approche incluant le handicap et prévoyant des mesures spécifiques pour répondre aux besoins des personnes handicapées dans tous les secteurs des soins de santé. Il a été constaté que le fait d'assurer une communication efficace et visuellement accessible au moyen de la langue des signes, la mise en place de technologies importantes en matière de communication et la sensibilisation culturelle des agents de santé, y compris les médecins, étaient un bon moyen de faciliter l'accès des personnes handicapées aux soins de santé<sup>24</sup>. Le Conseil de l'Europe a recommandé que les établissements d'enseignement supérieur, en

<sup>23</sup> OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (Genève, 2011).

<sup>24</sup> Alexa Kuenburg, Paul Fellingner et Johannes Fellingner, « Health care access among deaf people », *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 21, n°1 (janvier 2016), p. 1 à 10. Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>.

particulier les écoles de médecine, revoient leurs programmes de manière à s'assurer qu'ils sont en adéquation avec les dispositions de la Convention<sup>25</sup>.

39. Le Rapporteur spécial appelle l'attention sur le fait que même si l'on fait en sorte de former davantage d'agents de niveau intermédiaire pour parvenir à une distribution plus équitable des soins de santé primaire et à une couverture sanitaire universelle, cette seule mesure pourrait ne pas être suffisante pour remédier à l'accent mis sur les modèles biomédicaux. Il se peut que tous les agents de santé continuent de se soucier d'abord des « causes » biomédicales des affections de santé et de les traiter en priorité. Le Rapporteur spécial demande instamment que la formation des agents de santé de niveau intermédiaire soit fondée sur les principes de santé publique et tienne compte des effets des facteurs environnementaux, sociaux et économiques sur la santé des individus et de la collectivité.

40. La notion de syndémie peut offrir aux personnes qui enseignent la médecine de nouvelles bases d'enseignement, distancées de la conception classique, dite « verticale », des maladies. La recherche syndémique tient compte du complexe biosocial, qui est constitué des maladies interdépendantes, concomitantes ou successives et des facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent et amplifient les effets préjudiciables de l'interaction des différentes maladies<sup>26</sup>. Il s'ensuit que la formation des agents de santé doit englober des méthodes qui permettent d'enseigner les foyers de maladies que constituent les conditions biosociales, en mettant l'accent sur les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux qui en sont responsables. L'autre solution qui consiste à enseigner les maladies une à une, de manière verticale, engendre un morcellement.

41. Il est urgent aussi que la formation médicale traite des problèmes de santé publique et des problèmes sanitaires mondiaux qui se font jour actuellement et leur accorde une place de premier ordre. On citera notamment les changements climatiques, les problèmes de santé mentale, le vieillissement de la population, les soins palliatifs, les facteurs de risque et les effets des maladies non transmissibles, les difficultés liées à la consommation d'opiacés et d'autres drogues, et d'autres problèmes en fonction du contexte. Il importe également de dispenser une formation reposant sur des données factuelles en ce qui concerne l'addiction, de manière que les médecins soient mieux informés et se sentent plus à mêmes, lorsque c'est nécessaire, de prescrire des opiacés dans un souci de protection de la dignité. Dans nombre de communications il est question d'approches pédagogiques participatives et ancrées dans la communauté en ce qui concernait ces questions de santé publique.

### III. Des systèmes de santé forts pour un personnel efficace

42. Une approche fondée sur les droits de la personne offre un ensemble de dispositions porteuses de changement qui ont de profondes implications. L'égalité et la dignité de toutes et de tous, y compris les agents de santé, sont au cœur des droits de la personne. Dans cette partie, le Rapporteur spécial traite de l'amélioration des systèmes de santé qui pourrait résulter de la réalisation des droits des agents de santé. Il s'intéresse aussi aux différentes composantes des systèmes de santé, pour illustrer les effets d'une telle approche sur la capacité des agents de santé de faire en sorte que les soins de santé soient davantage disponibles, accessibles, acceptables et de qualité,

<sup>25</sup> Assemblée parlementaire, Conseil de l'Europe, « Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains », document n° 14895, 22 mai 2019. Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-FR.asp?FileID=27723&lang=FR>.

<sup>26</sup> M. Singer, N. Bulled, B. Ostrach et E. Mendenhall, « Syndemics and the biosocial conception of health », *Lancet*, vol. 389, n° 10072 (2017), p. 941 à 950.

pour toutes et tous. On ne parviendra pas à une couverture sanitaire universelle sans des systèmes de santé forts.

43. Le personnel de santé est un élément essentiel du système de santé et il ne peut fonctionner efficacement et fournir des soins de qualité sans le concours des autres composantes du système de santé.

44. Le droit à la santé exige que les États viennent à bout des obstacles découlant des inégalités et de la discrimination, qui entravent l'accès adéquat aux soins de santé, et qu'ils s'attaquent aux déterminants sociaux et aux facteurs fondamentaux de la santé. La priorité doit être donnée aux groupes vulnérables. Les agents de santé eux-mêmes devraient être protégés contre les inégalités et la discrimination, qui peuvent prendre différentes formes dans les systèmes de santé. Les agents de santé locaux, à l'instar des populations avec lesquelles ils travaillent, présentent souvent des problèmes de santé parce qu'ils ont été placés tout en bas de la hiérarchie médicale, où ils se heurtent à l'impuissance, à la discrimination, aux inégalités et à la pauvreté. Les États doivent améliorer les conditions de travail et remédier aux inégalités de rémunération auxquelles sont confrontés les agents de santé qui sont le plus directement au service de la population et aux prises avec les besoins sociaux, et mettre au point des campagnes de formation visant à améliorer l'image et la réputation de tous les agents de santé.

45. Chaque partie du système de santé doit, dans son fonctionnement, soutenir les agents de santé, respecter leurs droits fondamentaux et favoriser des conditions d'emploi équitables. Dans les paragraphes qui suivent, le Rapporteur spécial dresse une liste d'éléments nécessaires pour renforcer le personnel de santé, de manière que celui-ci puisse offrir à toutes et tous des soins disponibles, accessibles, acceptables et de qualité.

## **A. Services et structures de santé**

46. Pour que le personnel de santé puisse être maintenu en poste et pour garantir la présence d'agents de santé dans les endroits accessibles, y compris dans les communautés éloignées, rurales ou marginalisées, il convient d'établir dans ces endroits des structures appropriées, y compris des structures de circonstance, qui doivent être d'un niveau suffisant pour permettre de dispenser des soins de qualité à toutes et tous. Le Rapporteur spécial a pu apprécier la qualité insuffisante de nombre de centres de santé se trouvant dans des zones rurales ou des régions éloignées, lesquels contrastent souvent radicalement avec les structures urbaines et les établissements spécialisés. En outre, il convient de mettre un hébergement à la disposition des agents de santé et de leur famille, afin de les inciter à travailler dans des endroits reculés. Il ressort des communications reçues pour l'établissement du présent rapport le fait de mettre un logement à la disposition des agents de santé ruraux porte ses fruits.

## **B. Produits médicaux, médicaments essentiels, vaccins et technologies**

47. Les agents de santé ne peuvent pas faire leur travail correctement s'ils ne bénéficient pas d'un approvisionnement fiable et régulier de médicaments et de vaccins de qualité, et s'ils n'ont pas accès aux technologies requises, notamment les technologies de la communication. Les actes et techniques essentiels sur le plan de la santé ne doivent pas se limiter aux produits biomédicaux, ils doivent également inclure des mesures psychosociales et des mesures de santé publique efficaces en fonction de la population visée.

### C. Systèmes d'information sanitaire

48. Les agents de santé ont besoin de pouvoir consulter et compléter les dossiers des personnes qu'ils soignent, et ces informations doivent suivre les usagers tout au long de leur parcours médical. Les agents de santé doivent être formés à l'utilisation de ces outils, de façon que l'on dispose d'informations sur la santé des populations, tout en garantissant la confidentialité des informations concernant les usagers. Enfin, les informations concernant le nombre d'agents de santé par catégorie doivent être à jour et accessibles à des fins de transparence au regard des droits de la personne.

### D. Financement de la santé

49. Les agents de santé doivent bénéficier de tous les droits reconnus aux travailleurs ; le droit à un travail décent est consacré par la Déclaration universelle des droits de l'homme et par l'Agenda de l'Organisation internationale du Travail pour le travail décent. De même, dans son observation générale n°14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu que les agents de santé avaient droit à un salaire décent par rapport au niveau national et à une formation appropriée. Le but du droit à un travail décent est de faire en sorte que chacun et chacune – sans discrimination – jouisse de conditions équitables et satisfaisantes et du droit de s'organiser et de négocier collectivement. Le Rapporteur spécial est favorable à une répartition équitable des moyens financiers entre tous les agents de santé, de sorte que les agents de santé locaux soient rémunérés et qu'il soit mis fin à la pratique consistant à faire appel à des volontaires bénévoles pour dispenser des soins de santé primaires importants<sup>27</sup>. La hiérarchie médicale et la prééminence du modèle biomédical peuvent conduire à des inégalités de revenus inacceptables entre les spécialistes et les autres agents de santé.

### E. Initiative politique et gouvernance

50. Le personnel de santé ne peut faire son travail efficacement sans une réelle initiative politique, un encadrement valable et une bonne gouvernance. Lorsque les agents de santé sont mal employés faute d'encadrement ou d'un encadrement correct, leur aptitude à fournir des soins accessibles et de qualité s'en ressent. La bonne gouvernance peut garantir le respect de la condition du droit à la santé qui veut qu'un plan national de santé publique complet soit adopté et que celui-ci englobe les ressources humaines, qu'il soit élaboré de manière participative, qu'il soit suivi d'effet et fasse l'objet d'une reddition de comptes. Ce plan destiné aux agents de santé doit inclure la prévention, le traitement et la réadaptation, englober la santé physique et mentale et, par ailleurs, inclure les agents de santé de niveau intermédiaire.

### F. La corruption dans le secteur de la santé

51. La corruption est un sujet que le Rapporteur spécial a traité dans d'autres rapports (voir A/72/137). Parmi les types de corruption qui ont un effet particulièrement démoralisant sur les agents de santé, on citera les absences de longue durée, l'incurie financière, le népotisme et autres traitements injustes infligés à ces personnes. Une approche de l'initiative politique et de la gouvernance fondée sur les

---

<sup>27</sup> OMS, *Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes* (Genève, 2019). Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : [www.who.int/hrh/community/en/](http://www.who.int/hrh/community/en/).

droits inclut la participation active des agents de santé aux décisions et la transparence quant aux décisions qui sont prises, y compris sur le plan financier.

52. La hiérarchie médicale a beaucoup de poids sur les décisions politiques et sur la gouvernance, ce qui peut conduire à une corruption institutionnelle. Les personnes qui sont au sommet de la hiérarchie ont un accès grandement facilité aux dirigeants et aux responsables de la gouvernance et des décisions globales concernant la politique sanitaire, y compris l'affectation des ressources. Ils peuvent se servir de leur influence pour peser sur les décisions concernant dépenses, de sorte que les crédits aient plus de chances d'être affectés aux services de spécialistes plutôt qu'à des mesures de promotion de la santé ou à des services moins prestigieux mais néanmoins importants comme la santé mentale des enfants, la gériatrie, les soins palliatifs ou les soins de santé primaire dans des endroits reculés, où les intéressés ne sont pas à même de plaider leur cause.

#### **IV. Une approche du renforcement du personnel de santé fondée sur les droits**

53. Le présent rapport met en évidence certains éléments structurels qui déterminent la capacité du personnel de santé de remplir les obligations qui incombent aux États en ce qui concerne le droit à la santé, lesquelles consistent à faire en sorte que les soins de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. Dans cette partie, le Rapporteur spécial applique le droit à la santé aux agents de santé, afin de repérer les éléments qui sont susceptibles d'accroître ou de restreindre leur aptitude à s'acquitter correctement de leur mission.

54. Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de l'OMS et protégé par la Déclaration universelle des droits de l'homme et les instruments des droits de l'homme qui sont contraignants pour les États parties, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. Le droit à la santé est également protégé par les instruments régionaux des droits de l'homme et par la Constitution de nombreux pays. Ces instruments internationaux et les législations nationales font obligation aux États de prendre des mesures pour respecter et protéger le droit à la santé et en garantir la réalisation, de même que pour promouvoir la formation d'agents de santé, de manière que ceux-ci puissent les aider à s'acquitter de leurs obligations concernant le droit à la santé.

55. Le droit à la santé est assorti d'obligations qui constituent un cadre d'action pour les débiteurs d'obligations, ainsi qu'un cadre de référence au regard du principe de responsabilité. Le droit à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive. Cela signifie que nombre des aspects du droit à la santé n'ont pas besoin d'être réalisés immédiatement. Au contraire, les États doivent prendre des mesures concrètes et ciblées en vue de la réalisation progressive du droit à la santé. Toutefois, les États ont aussi des obligations immédiates, comme d'assurer une répartition équitable des installations et des services de santé, l'approvisionnement des médicaments essentiels, l'accès à un hébergement de base, à de l'eau potable et à des installations d'assainissement sûres et d'adopter une stratégie nationale de santé publique fondée sur des données épidémiologiques, qui guidera la planification et la formation du personnel de santé.

## A. Égalité et non-discrimination

56. Les principes des droits de la personne que sont l'égalité et la non-discrimination s'appliquent aux agents de santé sur leur lieu de travail, de même qu'à la sélection de ces agents. Il peut par conséquent s'avérer nécessaire de mettre en place des programmes de proximité pour le recrutement des agents de santé issus de communautés ou de groupes vulnérables, tels que les peuples autochtones, de manière à faire reculer la discrimination et à promouvoir le respect de la différence culturelle. Il a été démontré que ces programmes avaient des effets positifs dans de nombreux contextes. C'est le cas notamment du programme de bourses de formation sanitaire de l'Open Society Foundation à l'intention des Roms, qui a permis d'aider à financer la formation médicale de plus de 500 étudiants roms au cours des dix dernières années, en Bulgarie, en Macédoine du Nord, en Roumanie et en Serbie<sup>28</sup>.

57. Des mesures concrètes doivent également être en place pour assurer la parité hommes-femmes parmi les agents de santé, dans tous les domaines, et garantir l'égalité et l'absence de discrimination fondée sur le genre. Ces mesures et d'autres, telles que l'inclusion des groupes minoritaires et des personnes handicapées, sont nécessaires pour garantir le respect de la différence culturelle à l'égard de ces populations et des personnes qui leur fournissent des soins de santé.

58. Les droits de la personne, notamment le respect de la diversité culturelle et de la diversité sur le plan neurologique, ainsi que l'importance de traiter les patients et l'autre en général avec respect, doivent être une composante obligatoire de la formation de tous les agents de santé<sup>29</sup>. Dans nombre de rapports, les précédents Rapporteurs spéciaux ont exhorté les États à inclure une formation aux droits de la personne dans la formation des agents de santé. Plusieurs des communications qui ont servi à l'établissement du présent rapport décrivent les modalités qui ont été retenues pour inclure les droits de la personne dans la formation et l'Association médicale mondiale estime que la formation des médecins devrait inclure des cours obligatoires sur les droits de la personne à tous les niveaux.

## B. Participation

59. L'un des principes clés des droits de la personne est le droit des individus de prendre part aux décisions et à l'élaboration des politiques qui les concernent. Les États sont par conséquent tenus d'inclure les agents de santé et la société civile dans l'élaboration des plans nationaux relatifs à la santé et au personnel de santé. Les établissements de formation sanitaire et les représentants de toutes les catégories d'agents de santé devraient participer à l'élaboration et à la supervision des plans concernant le personnel de santé. Il importe de veiller à ne pas reproduire la hiérarchie médicale dans la planification des consultations. Les agents de santé locaux travaillant en zone rurale auront certainement une meilleure compréhension des besoins de la population sur le plan sanitaire que des spécialistes travaillant dans des hôpitaux de troisième niveau de soins.

---

<sup>28</sup> Merziha Idrizi, « Celebrating 10 Years of Investing in Roma Health », Open Society Foundations (8 avril 2019). Ce document peut être consulté à l'adresse suivante :

[www.opensocietyfoundations.org/voices/celebrating-10-years-investing-roma-health](http://www.opensocietyfoundations.org/voices/celebrating-10-years-investing-roma-health).

<sup>29</sup> G. Backman et coll., « Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries », *The Lancet*, vol. 372, n° 9655 (2008), p. 2047 à 2085.

### C. La nécessité d'un soutien constant et d'une formation continue au profit des agents de santé établis dans des régions éloignées, et démunis

60. Le Rapporteur spécial a observé, notamment durant ses visites de pays, que les agents de santé qui se trouvaient loin des grands centres de formation médicale et des établissements de deuxième et de troisième niveaux de soins, bénéficiaient moins de programmes de mentorat, d'encadrement et de formation continue que leurs collègues des zones urbaines. Pourtant, paradoxalement, en particulier dans les pays les moins richement dotés où une forte proportion de la population vit en zone rurale, ces agents de santé sont cruciaux pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle, ou pour que les États s'acquittent de leur obligation centrale de fournir des soins de santé primaires essentiels sans discrimination. Par conséquent, outre l'obligation de sélectionner un éventail approprié de personnes à former pour en faire des agents de santé, et d'inciter ces futurs agents à s'établir et à travailler dans des zones rurales et des régions reculées, il est nécessaire d'assurer un contrôle et un mentorat valables, ainsi qu'une formation continue. Il a été prouvé que les agents de santé qui ne bénéficiaient pas d'un tel soutien régressaient sur le plan clinique et que leur ardeur à s'acquitter de leur rôle s'étiolait<sup>30</sup>. L'Alliance mondiale pour les personnels de santé a constaté que malgré les résultats remarquables obtenus dans différents contextes grâce au recours aux agents de santé de niveau intermédiaire, dans les cas où ceux-ci ne bénéficient que de peu d'encadrement et d'une formation insuffisante, la qualité des soins qu'ils dispensaient pouvait laisser à désirer et leur volonté de rester en poste s'émousser<sup>31</sup>.

### D. Gouvernance des agents de santé

61. Les agents de santé devraient assurer eux-mêmes leur gouvernance. L'indépendance des professions de santé vis-à-vis de l'État évite la subordination à celui-ci. Celle-ci peut en effet conduire à une situation de double allégeance des agents de santé qui est en contradiction avec leur devoir de respecter et de protéger en tout temps les droits fondamentaux des usagers et le droit à la santé. Si l'État s'interpose entre l'agent de santé et les usagers, des problèmes de double allégeance et d'impartialité des soins viennent à se poser, ce qui crée de graves problèmes de confidentialité et de confiance. La double allégeance pose un problème de droits de la personne dans les prisons<sup>32</sup>, dans les établissements psychiatriques<sup>33</sup>, dans le travail auprès de migrants et de réfugiés<sup>34</sup>, ainsi que dans le domaine de la santé et des droits afférents à la sexualité et à la procréation<sup>35</sup>.

<sup>30</sup> A. Palagyi, G. Brian et J. Ramke, « Training and using mid-level eye care workers: early lessons from Timor-Leste », *Clinical and Experimental Ophthalmology*, vol. 38, n° 8 (2010), p. 805 à 811.

<sup>31</sup> OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé, « Mid-level health workers for delivery of essential health services » (2013), p. 32.

<sup>32</sup> S. Glowa-Kollisch et coll., « Data-driven human rights: using dual loyalty trainings to promote the care of vulnerable patients in jail », *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, n° 1 (2015), p. 124 à 135.

<sup>33</sup> M.D. Robertson et G. Walter, « Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, n° 3 (2008), p. 228 à 235.

<sup>34</sup> Linda Briskman et Deborah Zion, « Dual loyalties and impossible dilemmas: health care in immigration detention », *Public Health Ethics*, vol. 7, n° 3 (2014), p. 277 à 286.

<sup>35</sup> J. Jaime Miranda and Alicia E. Yamin, « Frameworks for understanding dilemmas of health care in a globalized world: a case study of reproductive health policies in Peru », *Politics and Ethics Review*, vol. 1, n° 2 (2005), p. 177 à 187.

## E. Assistance et coopération internationales

62. Les États sont tenus de fournir une assistance technique et financière à d'autres États lorsque ceux-ci leur en font la demande, afin de les aider à s'acquitter de leurs obligations concernant le droit à la santé. La formation des agents de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne bénéficie que d'un petit pourcentage de l'aide globale destinée à la santé par le biais de l'aide publique au développement. L'aide des donateurs est traitée plus avant dans la suite du présent rapport.

## F. Principe de responsabilité

63. Il est indispensable de demander des comptes aux États quant aux obligations qui leur incombent de garantir la pleine jouissance du droit à la santé, et aux autres parties prenantes, notamment aux organisations professionnelles et aux universités, quant à la responsabilité qui est la leur au regard du droit à la santé. Tous devraient faire en sorte que le personnel de santé soit à même de fournir des services de soins de santé de qualité à toutes et à tous. Les mécanismes de reddition de comptes devraient être conformes aux principes de transparence et de participation et reposer sur des données et des informations de qualité.

## V. Points particuliers

### A. Aide internationale et renforcement des effectifs

64. En 2016, environ 21,3 milliards de dollars ont été affectés à la santé sur l'ensemble de l'aide étrangère au développement<sup>36</sup>. Or les dépenses consacrées à la santé et à la formation médicale se sont montées au total à 446 millions de dollars, soit à peine 2 % des fonds de l'aide affectés à la santé. L'OMS a appelé à l'affectation de crédits accrus de l'aide publique au développement à la formation du personnel de santé, en particulier dans la mesure où nombre d'agents de santé formés dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire portaient travailler dans des pays à revenu élevé<sup>37</sup>.

65. Le Rapporteur spécial est préoccupé à deux égards par l'aide à la santé allouée à la formation. Premièrement, l'aide financière est restreinte par rapport au besoin d'un nombre accru d'agents de santé dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire et n'a que peu de chances d'aider véritablement les pays à satisfaire leurs besoins en matière de formation. Deuxièmement, les résultats de la formation sanitaire ne pourront pas être pérennisés si les contributions sont ponctuelles et si elles ne s'inscrivent pas dans un plan global de renforcement des effectifs et du système de santé. Comme indiqué plus haut, la formation sanitaire n'a que peu d'intérêt si les personnes qui en ont bénéficié ne sont pas ensuite intégrées dans des systèmes de santé fonctionnels et si elles ne bénéficient pas d'un encadrement et d'un mentorat constants.

66. De surcroît, le Rapporteur spécial a exprimé des préoccupations quant au caractère réducteur des indicateurs utilisés pour évaluer la réalisation des objectifs de

<sup>36</sup> Statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Ces statistiques peuvent être consultées à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sante.htm>.

<sup>37</sup> A Micah, et coll., « Donor financing of human resources for health, 1990–2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients », *Globalization and Health*, vol. 14, n° 98. Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0416-z>.

développement durable et de la couverture sanitaire universelle, lesquels indicateurs n'encouragent pas des mesures fondées sur les droits (voir [A/71/304](#)). Ces indicateurs risquent en effet d'être trompeurs s'ils permettent de mesurer le nombre de personnes formées, mais ne rendent pas compte de l'aptitude de ces personnes à convertir cette formation en résultats concrets s'agissant de la santé des populations. Pour autant, nombre de donateurs continuent de présenter les dépenses et activités qu'ils consacrent à la formation sanitaire au titre de l'aide au développement de la sorte.

67. La formation au cas par cas des agents de santé dans des contextes où les ressources font défaut peut fausser la répartition des agents de santé dans le système de santé<sup>38</sup>. La formation dispensée pour aider à renforcer les effectifs doit tenir compte du système de santé dans son ensemble, notamment : le cadre réglementaire, les besoins financiers pour assurer un approvisionnement fiable en médicaments et en matériel durant la formation, les systèmes d'information permettant de suivre les services dispensés une fois la formation terminée et l'encadrement des agents de santé nouvellement formés. Le fait de prendre en compte le système de santé dans sa globalité contribue à la pérennité des résultats et à la réalisation du droit à la santé.

## **B. Formation du personnel de santé mentale**

68. Il convient d'appeler l'attention en particulier sur la formation du personnel de santé mentale. Comme indiqué dans le rapport de 2017 du Rapporteur spécial sur la santé mentale, des obstacles entravent la fourniture des soins de santé mentale et nuisent à la réalisation du droit à la santé (voir [A/HRC/35/21](#)). On citera notamment le recours excessif au modèle biomédical pour définir les souffrances affectives et la hiérarchie médicale qui peut entraîner une contrainte préjudiciable aux patients et aux prestataires de soins de santé mentale et déshumanisante pour les uns et les autres. L'inégalité des rapports de force entre les différentes spécialités médicales, de même qu'entre les médecins et les autres agents de santé et entre les médecins et les usagers créent des obstacles supplémentaires à la réalisation du droit à la santé.

## **C. Les affections de santé mentale perçues comme des maladies déterminées par des facteurs biologiques et non comme les conséquences de facteurs de risques sociaux et environnementaux**

69. Trop souvent les décisions prises en psychiatrie sont le fruit d'une attitude paternaliste (qui ne prend pas toujours au sérieux l'avis des intéressés) et d'un zèle à prescrire des actes biomédicaux et des traitements par psychotropes. Toutefois, la psychiatrie sociale et les partisans de l'approche structurelle en psychiatrie s'intéressent de près aux constatations qui ont été faites par Rudolf Virchow il y a 150 ans, à savoir que la médecine est une science sociale et les médecins, les avocats naturels des personnes en situation de pauvreté, et que les problèmes sociaux sont des questions qui relèvent dans une large mesure de leurs compétences.

70. L'approche dominante de la santé mentale repose sur un modèle biomédical des maladies dans lequel les affections mentales sont trop souvent considérées comme des troubles d'origine biologique, indépendamment du contexte. Cependant, la santé mentale diffère des autres aspects de la santé en ce sens qu'il n'y a pas de marqueurs biologiques des affections mentales et que la frontière entre la bonne santé et la

<sup>38</sup> Carmel Williams et Garry Brian, « Using a rights-based approach to avoid harming health systems: a case study from Papua New Guinea », *Journal of Human Rights Practice*, vol. 5, n° 1 (2013), p. 177 à 194.

maladie est en grande partie définie par la culture et par le contexte<sup>39</sup>. Ainsi, une souffrance morale peut être considérée comme un aspect normal de la vie dans un contexte donné, alors que dans une autre culture, le même ensemble de comportements est signe de maladie.

71. La santé mentale est fortement influencée par les facteurs sociaux (voir A/HRC/41/34). Néanmoins, le fait de s'en remettre trop largement au modèle biomédical pour expliquer les souffrances affectives fait que l'on privilégie le traitement pharmacologique, au lieu de s'attaquer aux déterminants sociaux et aux facteurs fondamentaux de la santé, tels que la pauvreté, les inégalités, la discrimination et la violence, qui créent des facteurs de stress susceptibles d'engendrer une souffrance. La corruption institutionnelle, qui se produit lorsque l'orthodoxie de la santé mentale n'est plus suffisamment indépendante des autres institutions, en l'occurrence l'industrie pharmaceutique, compromet la recherche de la vérité. Il en résulte en effet des mécanismes d'incitation pervers, qui promeuvent et récompensent la prescription à outrance de médicaments psychotropes et détournent des ressources qui pourraient être utilisées pour examiner et comprendre le rôle des déterminants de la santé et permettre de financer des actions psychosociales peu onéreuses.

#### **D. Des normes relatives aux soins de santé mentale définies par un seul groupe professionnel**

72. Pour l'essentiel, les soins de santé mentale sont assurés par des médecins, des agents de santé, des travailleurs sociaux, des thérapeutes, des conseillers religieux et d'autres spécialistes de premier niveau de soins. Pourtant, un seul groupe professionnel, à savoir les psychiatres, a la mainmise sur la définition de la santé mentale et des maladies mentales. Cette mainmise s'applique au monde entier par le biais du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*<sup>40</sup>, le manuel de diagnostic psychiatrique qui constitue de facto la norme de classement de la souffrance morale, dans la mesure où il est repris notamment par la Classification internationale des maladies. Cet ouvrage est critiqué à la fois parce qu'il médicalise des aspects normaux du vécu humain (il médicalise par exemple le deuil et considère comme pathologique la dégénérescence cognitive liée à l'âge, qu'il classe dans la catégorie des « troubles neurocognitifs légers »), et parce qu'il préconise une approche du diagnostic fondée sur une liste de cases à cocher, qui favorise le recours à la pharmacopée dont il fait la première option thérapeutique.

73. Le classement des souffrances affectives parmi les troubles autonomes dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, ainsi que la prééminence du modèle biomédical dans la psychiatrie structurée, peut avoir un effet de contrainte tant sur les usagers que sur les agents de santé, et limiter ainsi le droit à la santé des premiers et l'aptitude des seconds à dispenser des soins. Cette approche paternaliste n'a pas évolué au même rythme que dans les autres domaines des soins de santé, qui incluent désormais les usagers sous la forme d'une prise de décisions concertée, pour parvenir à une approche de la souffrance morale qui pourrait reposer sur le partenariat et la confiance mutuelle entre les prestataires de soins et les usagers.

<sup>39</sup> A. Kleinman, « Culture, bereavement, and psychiatry », *The Lancet*, vol. 379, n° 9816 (2012), p. 608 et 609.

<sup>40</sup> *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> édition (Washington, American Psychiatric Association, 2013).

## **E. Une inégalité des rapports de force qui se retrouve dans les définitions**

74. L'inégalité des rapports de force qui résulte de la mainmise sur les définitions relatives à la santé mentale, et les liens de cause à effet ainsi établis (selon le modèle biomédical) de même que les traitements considérés de ce fait comme appropriés ou inappropriés font que l'accent n'est pas mis sur l'aptitude à la communication, ni sur les relations entre les agents de santé mentale et les usagers, et pas non plus sur le rôle du contexte dans l'identification des causes de la souffrance morale et des solutions appropriées, souvent autres que pharmacologiques. Dans certains cas, cette inégalité des rapports de force se traduit par une délégitimation des approches thérapeutiques autres que médicamenteuses et entraîne un recours excessif à la prescription de psychotropes. Le domaine de la santé mentale continue d'être trop largement médicalisé, avec le consentement de la recherche en psychiatrie et de l'industrie pharmaceutique (voir [A/HRC/35/21](#) et [A/HRC/41/34](#)), ainsi que des assurances médicales qui remboursent les médicaments mais pas nécessairement les traitements psychosociaux.

75. La profession psychiatrique a un quasi-monopole sur la plupart des décisions, ce qui peut être préjudiciable non seulement aux usagers, mais aussi aux autres professions de santé mentale, voire aux psychiatres eux-mêmes. Une telle concentration de pouvoir aux mains d'un seul groupe professionnel s'accompagne d'une pression énorme dans la prise de décisions, en particulier dans les cas où il est décidé arbitrairement de recourir à des actes biomédicaux ou de recommander un placement (une hospitalisation) et un traitement volontaires, voire involontaires. Les psychiatres et les usagers se retrouvent ainsi pris au piège d'un système inopérant dans lequel des décisions consistant à s'affranchir des droits de la personne reposent sur des arguments irrationnels touchant au danger et à la nécessité médicale. Il est parfaitement reconnu dans la profession que les psychiatres prennent souvent la décision de priver de liberté les personnes qui présentent certaines affections mentales afin d'éviter des poursuites judiciaires « au cas où il arriverait quelque chose », situation qui conduit à une utilisation excessive et abusive de la contrainte. Il serait bon pour les usagers et pour les psychiatres que l'on revoie la formation médicale de manière à faire sensiblement diminuer cette inégalité des rapports de force ainsi que les incitations à recourir à la contrainte.

## **F. Des changements nécessaires dans la formation en santé mentale**

76. Il est indispensable de réformer la formation des agents de santé mentale pour remédier aux problèmes du contexte et de ses effets sur la santé mentale, au caractère étriqué des définitions relatives à la santé mentale et à la souffrance morale, ainsi qu'à l'inégalité des rapports de force entre les agents de santé et les usagers. La santé mentale aurait dû bénéficier des changements apportés à la formation médicale mentionnés plus haut, grâce auxquels l'accent est mis sur la compétence concrète. Pourtant, les modèles de formation en santé mentale, en particulier dans le cadre de la formation médicale, sont en retard par rapport aux autres domaines des soins de santé. Il importe également de revoir la formation des autres agents de santé et d'y inclure l'importance du contexte dans la souffrance morale, l'incidence des déterminants de la santé sur la santé mentale et le rôle de la communication et des relations dans l'amélioration de la santé mentale.

77. Les psychiatres et les membres d'autres professions de santé mentale doivent accepter de voir que la pensée et la pratique institutionnelles, de même que les intérêts de la corporation, les empêchent peut-être d'envisager réellement des modèles de

soins qui sortent du modèle médical<sup>41</sup>. La prééminence du modèle biomédical dans la formation en santé mentale est une injustice épistémique qui entrave les progrès nécessaires à la promotion et la protection du droit à la santé mentale.

78. Dans certains pays, la formation médicale est censée donner des médecins dotés de compétences interpersonnelles et d'aptitudes à la communication « qui se traduisent par un échange d'informations et une association concrète avec les patients, leur famille et les autres professionnels de santé »<sup>42</sup>. Le référentiel canadien pour la formation axée sur les résultats CanMEDS, qui est utilisé dans de nombreux pays, définit le médecin, entre autres choses, comme un « communicateur », dont le rôle consiste à « développe[r] des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité »<sup>43</sup>. Ce référentiel met en avant la prise en compte du point de vue de l'usager, de son environnement et de sa condition socio-économique comme constituant des aspects psychologiques et sociologiques pertinents. C'est seulement grâce à cette compréhension que les médecins et les usagers peuvent parvenir à une perception commune à partir de laquelle ils peuvent prendre des décisions concertées sur la marche à suivre optimale. En effet, le consentement éclairé doit être repensé et conçu comme l'aboutissement d'un processus relationnel. Le consentement éclairé relève d'un exercice qui s'inscrit dans la durée, il ne s'agit pas d'un résultat qui peut être obtenu une bonne fois pour toutes en exposant les risques et les avantages connus du traitement, compte tenu de l'état de la science, ainsi que les autres solutions<sup>44</sup>.

79. Les référentiels de ce type exigent un enseignement qui conduise à une compréhension et une pratique qui tiennent compte du cadre de vie du patient. CanMEDS indique que les médecins se doivent, en tant que promoteurs de la santé, de « mett[re] à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils [se doivent de] collabor[er] avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement »<sup>43</sup>.

80. La formation du personnel de santé mentale doit être adaptée de manière à bien prendre en compte les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux de la santé, à redéfinir la santé mentale au regard de la culture et du contexte et à doter les agents de santé de la perception, des connaissances et des compétences requises pour bâtir des relations et éviter ainsi l'attitude paternaliste inhérente au système.

81. Il est important en outre dans le climat actuel de corporatisme et de marchandisation des soins de santé à l'échelon mondial, de former le personnel de santé à porter un regard critique sur l'utilisation des résultats de la recherche pour orienter ses décisions. Cet aspect de la formation devrait inclure un examen critique de la littérature médicale, mais aussi une appréciation des parti pris cognitifs, afin de renforcer la confiance des futurs soignants en leur aptitude à prendre de bonnes décisions.

<sup>41</sup> R. Mezzina et coll., « The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda », *Advances in Psychiatry* (Springer, 2018) ; Robert Whitaker et Lisa Cosgrove, *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform* (Springer, 2015).

<sup>42</sup> M. S. Kavic, « Competency and the six core competencies », *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons*, vol. 6, n° 2 (2002), p. 95 à 97.

<sup>43</sup> Voir [www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-f](http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-f).

<sup>44</sup> R. Blum, « When patient and physician disagree on patient's "best interest" », *American Medical Association Journal of Ethics* (previously known as *Virtual Mentor*), vol. 11, n° 3 (2009), p. 223 à 227.

82. Certaines écoles de médecine ont totalement réformé leurs programmes pour faire des pierres angulaires de la justice sociale<sup>45</sup> et de l'éducation socialement responsable. Ces modèles font sortir les étudiants en médecine des centres de formation universitaire pour les amener là où ils peuvent voir de leurs yeux les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux qui se répercutent sur la santé, y compris la santé mentale. Outre le fait de développer les compétences cliniques, ces modèles favorisent une « approche structurelle » en orientant l'attention sur les facteurs sociaux qui sont parmi les causes profondes des inégalités sur le plan de la santé<sup>46</sup>.

83. Le personnel de santé doit avoir les compétences et la volonté nécessaires pour nouer des relations avec les usagers, ce qui permettra aux uns et aux autres de parvenir à une perception commune de la souffrance affective de l'usager, compte tenu de son environnement et de sa culture. Il s'agit là d'un premier pas pour remédier à bien des problèmes que connaît le personnel de santé, tels que répertoriés par l'OMS.

84. La formation des agents de santé doit aussi s'écarter de l'accent qui est strictement mis sur le modèle biomédical pour expliquer la souffrance morale et les maladies mentales, et inclure d'autres types d'explications d'ordres sociologique et psychologique. Ce n'est qu'en élargissant la focale que des solutions pourront être mises en œuvre qui permettront de répondre aux besoins des usagers compte tenu de leur environnement et de leur culture.

85. Enfin, il faut que la recherche sur la santé mentale adopte le principe de recherche participative et ses traditions émancipatrices pour repérer les causes fondamentales de la souffrance morale et trouver des moyens d'y remédier. La recherche participative permet une réelle implication des parties prenantes et aura pour effet cumulé qu'elle permettra d'assurer des soins de santé mentale aux groupes les plus vulnérables et d'enseigner parallèlement un modèle repensé de la prestation de soins et de l'accompagnement des personnes présentant des affections mentales. Il ressort d'une récente méta-analyse de 35 années de recherche sur les mesures de santé que « l'épuisement professionnel est très présent chez les prestataires de soins de santé mentale et [qu'il] s'accompagne de coûts importants pour le salarié, le consommateur et l'organisation » et que « le domaine a peu progressé s'agissant de remédier au problème de l'épuisement professionnel des prestataires de soins de santé mentale »<sup>47</sup>.

## VI. Recommandations et conclusions

86. Le rôle du personnel de santé dans la réalisation du droit à la santé physique et mentale est crucial. Lorsqu'ils investissent dans le secteur de la santé, les États devraient veiller à ce que la formation des agents de santé et la mise en œuvre des stratégies nationales concernant le personnel de santé s'appuient sur l'ensemble des éléments constitutifs d'une approche fondée sur les droits de la personne, sur le cadre analytique du droit à la santé et sur une approche moderne de la santé publique. Le monde entier doit tirer les enseignements du passé, lorsque la science et la pratique de la médecine étaient exercées sans impératif de droits de la personne, et faisaient plus de mal que de bien. Le fait de doter tous les agents de santé de compétences et d'aptitudes fondées sur les droits a non seulement pour effet d'éviter les violations

<sup>45</sup> Voir par exemple, <https://medicine.tufts.edu/education/health-justice-scholars>.

<sup>46</sup> L.J. Kirmayer, R. Kronick et C. Rousseau, « Advocacy as key to structural competency in psychiatry » ; *JAMA Psychiatry*, vol. 75, n° 2 (2018), p. 119 à 120.

<sup>47</sup> K. C. Dreison et coll., « Job burnout in mental health providers: a meta-analysis of 35 years of intervention research », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 23, n° 1 (2018), p. 18 à 30.

des droits de la personne dans la prise en charge des patients, mais aussi de promouvoir et de protéger les droits desdits agents de santé, dans la mesure où cela réduit l'inégalité des rapports de force au sein du personnel de santé, évite la corruption dans le secteur de la santé et contribue à l'établissement de conditions de travail décentes et à l'instauration d'un climat de confiance et de respect mutuels dans les systèmes de santé et par delà ceux-ci.

**Le Rapporteur spécial demande instamment aux États :**

**87. D'élaborer les plans nationaux relatifs au personnel de santé de manière participative, avec des représentants de toutes les catégories d'agents de santé et d'autres parties prenantes, notamment des représentants de la société civile et des usagers des services de santé ;**

**88. De prendre des mesures pour réduire l'inégalité des rapports de force dans la hiérarchie médicale actuelle au moyen d'une approche de la formation sanitaire fondée sur les droits ;**

**89. De veiller à ce que les programmes des écoles de médecine et de santé publique et de tous les établissements d'enseignement supérieur qui forment des agents de santé soient fermement ancrés dans un système de droits de la personne et en adéquation avec les stratégies nationales du secteur de la santé et les plans concernant le personnel de santé, de manière à doter les futurs agents de santé de toutes les compétences requises (et pas uniquement des compétences cliniques) ;**

**90. De veiller à ce que tous les établissements de formation sanitaire établissent leurs programmes de manière qu'ils soient conformes aux priorités mondiales en matière de santé, ainsi qu'aux besoins du pays, en prêtant une attention particulière aux groupes vulnérables, notamment, mais pas uniquement, les personnes handicapées et les personnes qui ont besoin de soins palliatifs ;**

**91. De veiller à la cohérence entre les organismes publics, la priorité devant être donnée aux besoins de la population en matière de santé et au droit à la santé ;**

**92. De veiller à ce que les programmes de formation médicale et sanitaire assurent un équilibre entre les différentes compétences requises : santé publique, prévention, médecine de ville et médecine sociale, promotion de la santé mentale et soins de santé mentale, soins palliatifs, déontologie médicale, droit médical, compétences en matière d'encadrement, aptitude à la communication et droits de la personne ;**

**93. De veiller à ce que toutes les écoles de médecine et écoles d'infirmiers et d'infirmières choisissent leurs élèves sans discrimination et compte tenu des besoins du pays ;**

**94. De veiller à ce que la formation des infirmiers et infirmières et des agents de santé soit reconnue par la profession et conçue par des infirmiers et infirmières et des agents de santé ;**

**95. De reconnaître l'importance cruciale des infirmiers et infirmières et des agents de santé de niveau intermédiaire et d'établir un budget qui permette à ces personnes de travailler dans des conditions décentes ;**

**96. De veiller à ce que tous les agents de santé reçoivent un salaire suffisant et approprié ;**

97. **D'investir suffisamment dans les systèmes de santé, de façon que les agents de santé puissent fournir des soins de qualité qui soient disponibles, accessibles et acceptables par toutes et tous ;**

98. **D'autoriser un contrôle des programmes de formation médicale par des experts indépendants chargés de déterminer si ces programmes favorisent des approches de la santé fondées sur la santé publique et sur les droits de la personne.**

**Le Rapporteur spécial demande instamment aux organisations nationales des professions de santé :**

99. **D'accepter la responsabilité de veiller à ce que les programmes des écoles de médecine et de santé publique et de tous les établissements d'enseignement supérieur qui forment des agents de santé soient fermement ancrés dans des cadres relatifs aux droits de la personne et au droit à la santé ;**

100. **De faire campagne en faveur de mesures d'incitation propres à amener les individus vers les soins de santé primaires ;**

101. **De faire campagne en faveur de mesures d'incitation propres à amener les agents de santé à travailler dans les zones rurales et les régions reculées, notamment, mais pas uniquement, en mettant des logements à leur disposition ;**

102. **D'appliquer le principe de responsabilité à la profession médicale et d'utiliser des mécanismes de gouvernance interne de manière que leurs membres aient une approche de la prestation des soins de santé et de la santé publique qui soit fondée sur la connaissance, les compétences et l'esprit des droits de la personne.**

**Le Rapporteur spécial demande instamment aux dirigeants des universités et des autres établissements de formation sanitaire :**

103. **De veiller à ce que leurs programmes soient conformes aux stratégies concernant le personnel de santé ;**

104. **De faire constamment évoluer leurs programmes afin qu'ils répondent aux besoins de la société et qu'ils rendent compte de la progression de la connaissance et des nouvelles priorités en matière de santé publique, telles que les changements climatiques ;**

105. **D'ancrer fermement tous leurs programmes dans des cadres relatifs aux droits de la personne et au droit à la santé mettant en avant l'idée que les agents de santé devraient travailler auprès de groupes vulnérables, notamment les personnes handicapées ;**

106. **De choisir des candidats à la formation issus de régions dépourvues et de zones rurales, et qui soient le reflet de l'ensemble de la société ;**

107. **De remédier au déficit de connaissances de la santé mentale fondée sur les droits et sur des données factuelles dans la formation médicale, et de mettre fin au parti pris de la connaissance qui est lié au recours excessif de la formation médicale au modèle biomédical ;**

108. **De redéfinir les priorités de la recherche en santé mentale afin de promouvoir une recherche en sciences sociales qui soit participative, indépendante et de qualité et d'étudier d'autres modèles de prestation de services qui ne fassent pas appel à la contrainte et qui évitent la surmédicalisation et le placement en institution.**