



Assemblée générale

Distr. générale
16 juillet 2020
Français
Original : anglais

Soixante-quinzième 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 du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Pūras, soumis en application des résolutions 6/29 et [33/9](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/75/50](#).



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

Résumé

Le présent rapport est le dernier que Dainius Pūras adresse à l'Assemblée générale en sa qualité de Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

Le présent rapport visait initialement à rassembler les principaux thèmes étudiés pendant le mandat du Rapporteur spécial, en offrant un regard rétrospectif sur des points essentiels du droit à la santé étudiés et approfondis au cours des six dernières années. Cet objectif a évolué compte tenu des crises en matière de santé et de droits humains à l'échelle mondiale qui ont découlé de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) en 2020. En tant qu'expert indépendant nommé par l'Organisation des Nations Unies sur le droit à la santé, le Rapporteur spécial estime qu'il est pertinent et nécessaire de formuler des observations officielles sur la pandémie, qui doit être envisagée du point de vue du droit à la santé.

Les principaux thèmes sur lesquels le Rapporteur spécial a travaillé, qui sous-tendent ses rapports, ses visites de pays et autres interventions, apportent un prisme important à travers lequel considérer les institutions socioéconomiques et politiques fragiles de la communauté internationale, qui ont été davantage touchées par la COVID-19. Toutefois, la pandémie et les constatations qu'il a faites tout au long de son mandat donnent au Rapporteur spécial des raisons d'espérer de l'espoir dans le pouvoir de la démocratie participative et de la solidarité, ainsi que dans la force et la résilience de l'humanité collective lors de crises difficiles et d'expressions de pouvoirs injustes. Le « vaccin » le plus efficace pour faire face aux difficultés mondiales en matière de santé est et sera toujours la pleine réalisation de l'ensemble des droits humains, y compris la promotion de la santé physique et mentale grâce à la participation effective et à l'autonomisation de toutes et tous.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	4
II. Droits interdépendants et intimement liés et COVID-19	7
III. Déséquilibres et inégalités dans les rapports de force et COVID-19	9
IV. Corruption et COVID-19	11
V. La COVID-19 dans le contexte du modèle biomédical et de l'économie actuelle	12
VI. Systèmes de soins de santé, couverture sanitaire universelle, assistance internationale et COVID-19	14
VII. Points particuliers	17
VIII. Recommandations passées et tendances positives	22
IX. Conclusions et optimisme	24

I. Introduction

1. Tout au long de son mandat, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Pūras, a souligné l'interdépendance de l'ensemble des droits humains et a mis en évidence l'indivisibilité du droit à la santé et des autres droits fondamentaux : le droit à la santé permet de réaliser d'autres droits et inversement. Comme indiqué dans son rapport sur les déterminants de la santé mentale (A/HRC/41/34), le fait que le droit à la santé soit un droit social et économique ne diminue en rien l'importance des droits civils et politiques pour la promotion de la santé mentale. Dans le présent rapport, son dernier, il applique cette interprétation des droits humains à la plus importante urgence sanitaire mondiale des cent dernières années : la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19).

2. Le Rapporteur spécial examine plus particulièrement l'interdépendance des droits, les déséquilibres dans les rapports de force, la corruption et l'importance démesurée accordée au modèle biomédical pour commenter leur contribution à la propagation de la COVID-19 et à ses conséquences. Il constate que l'incidence de la maladie à coronavirus est davantage déterminée par la politique de santé publique, les dirigeants, les inégalités socioéconomiques, le racisme systémique et la discrimination structurelle que par des facteurs biologiques.

3. Il convient de noter que le Rapporteur spécial recommande de ne pas considérer le présent rapport comme une analyse complète de la COVID-19 et du droit à la santé. Il convient plutôt de le lire comme un rapport établi au début de la pandémie de COVID-19 dans lequel sont appliqués les principes essentiels à la réalisation du droit à la santé, qui figurent également dans les conclusions et recommandations de ses précédents rapports.

4. L'apparition de la nouvelle maladie à coronavirus, en décembre 2019 à Wuhan, en Chine, a amené le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à faire une déclaration le 30 janvier 2020 sur l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, ainsi qu'à formuler des recommandations temporaires au titre du Règlement sanitaire international de 2005. Le 11 mars 2020, il a également qualifié l'urgence sanitaire internationale de pandémie.

5. Les mesures prises par tous les pays pour contenir la COVID-19 présentent une multitude de difficultés à surmonter et de possibilités à exploiter au regard des droits humains. Dans une déclaration commune lancée par le Rapporteur spécial et publiée par plus de 60 experts mandatés au titre de procédures spéciales des Nations Unies en mars 2020, il a été observé que la crise de la COVID-19 ne pouvait pas être résolue uniquement à l'aide de mesures de santé publique et d'urgence, mais que tous les autres droits humains devaient également être pris en compte¹. La propagation de la COVID-19 à l'échelle mondiale et les conséquences des mesures prises pour la contenir illustrent de façon éloquente l'interdépendance, la relation étroite et l'indivisibilité des droits humains.

6. En plus d'être guidé par les droits humains civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, il convient d'appliquer les principes associés d'égalité, de non-discrimination, de participation, de transparence et de responsabilité aux politiques liées à la santé, y compris aux mesures de lutte contre la COVID-19. Il n'est pas possible de parvenir à une couverture sanitaire universelle ou de contenir une pandémie, si la discrimination prive différents segments de la société de l'accès à

¹ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « No exceptions with COVID-19: 'Everyone has the right to life-saving interventions' – UN experts say », 26 mars 2020.

l'information ou aux services. Des procédures solides d'examen des droits humains, appliquées aux niveaux national et international, offrent l'occasion de demander des comptes aux détenteurs d'obligations en matière de droits humains, y compris dans le cadre de la COVID-19.

7. Une approche de la santé fondée sur les droits humains permet de reconnaître que les inégalités et la discrimination contribuent largement aux mauvais résultats en matière de santé. Au cours des six dernières années, le Rapporteur spécial a passé en revue des processus dans les systèmes de santé, en accordant une attention particulière aux déséquilibres dans les rapports de force et les richesses ainsi qu'à leur incidence sur la capacité d'un système à respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé.

8. La mise en place en tout temps de réponses efficaces du système de santé (en matière de politique et de législation), y compris en période de pandémie, nécessite que l'ensemble de la population ait accès à l'information ainsi que des mécanismes significatifs de participation et d'établissement des responsabilités. Toute décision visant à suspendre ou à restreindre certains droits humains doit être prise conformément au droit international. Les décideurs et décideuses doivent toujours être tenus responsables.

9. Le droit à la santé exige que les installations, biens et services en matière de santé soient disponibles en quantité suffisante, financièrement et géographiquement accessibles à toutes et à tous, sans discrimination, appropriés sur le plan culturel, respectueux du genre et de l'éthique médicale et de bonne qualité². Les États sont également tenus de prendre des mesures pour « la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies » ainsi que d'« assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie »³. Lorsqu'ils sont dans l'incapacité de remplir leurs obligations en matière de droit à la santé, ils doivent demander de l'aide à d'autres États, conformément à l'appel à la solidarité mondiale lancé par le Secrétaire général dans le cadre de la pandémie de COVID-19⁴.

10. En vertu du droit international des droits de l'homme, 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 liées au droit à la santé. Dans son rapport, le Rapporteur spécial invite instamment les États à réaffirmer les engagements qu'ils ont pris dans la Déclaration d'Alma-Ata et la Charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé, en vue de réduire les inégalités économiques et sanitaires au niveau mondial. Il demande, en outre, la réaffirmation des promesses de la Déclaration d'Astana, adoptée en 2018 lors de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, pour renouveler l'engagement politique visant à faire des soins de santé primaires la pierre angulaire de l'instauration d'une couverture sanitaire universelle et de la réalisation des objectifs de développement durable.

11. En réponse à la COVID-19, les États qui peuvent apporter une assistance devraient plus spécifiquement : partager leurs données de recherche, leur matériel médical, leurs fournitures et leurs meilleures pratiques ; se coordonner pour réduire les incidences économiques et sociales de la pandémie ; et limiter les sanctions économiques, les obligations au titre de dettes et les régimes de propriété intellectuelle qui entravent l'accès aux ressources nécessaires, tout en mettant

² Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12.

⁴ Université des Nations Unies (UNU), « UN Secretary-General: COVID-19 pandemic calls for coordinated action, solidarity, and hope », 19 mars 2020.

l'accent sur les groupes vulnérables et défavorisés et sur les pays fragiles et en situation de conflit ou d'après conflit⁵.

12. Le Rapporteur spécial a précédemment commenté le fait que l'aide publique au développement soutient les plans et systèmes de santé nationaux à réduire les inégalités sanitaires entre les pays comme à l'intérieur de ceux-ci⁶. Dans son rapport sur les objectifs de développement durable (voir A/71/304), il note que « trop souvent, les systèmes de santé ne constituent une priorité ni pour les États ni pour les donateurs bilatéraux et multilatéraux. » Il déplore également que les dirigeants populistes nationalistes de certains pays ont directement remis en cause les institutions multilatérales, y compris celles intervenant dans le domaine de la santé mondiale et des droits humains, en se retirant de ces institutions au moment où elles avaient le plus besoin du soutien international⁷. Il souligne l'importance des efforts multilatéraux entrepris pour renforcer l'assistance et la coopération à l'échelle internationale.

13. Les pandémies exposent rapidement les faiblesses des systèmes de santé, dans lesquels des mesures inadaptées sont mises en place pour fournir des informations à toutes et tous dans les langues et formats requis de façon à permettre une participation efficace aux prises de décisions, ou à fournir un accès équitable aux essais et aux traitements. Comme l'a démontré la COVID-19, des systèmes de santé fragmentés et insuffisamment financés, transparents et responsables, ne parviennent pas à contenir la propagation du virus. Ces caractéristiques ne sont pas l'apanage des pays à revenus intermédiaires et faibles.

14. En l'absence d'investissements ciblés sur le renforcement du système de santé et de l'application des droits humains à l'échelle internationale, il y a peu de chances d'atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030 ou de contenir les pandémies mondiales. Pour y parvenir, un financement adéquat est nécessaire, tout comme des investissements dans la bonne gouvernance, la transparence, la participation et les mécanismes de responsabilité⁸. L'aide internationale doit également reconnaître que la pandémie exacerbera la pauvreté et la mauvaise santé dans les pays à revenus intermédiaires et faibles, dans lesquels la population dispose de moins de moyens pour maintenir la distanciation physique et respecter les recommandations sanitaires⁹ et est plus susceptible de connaître des interruptions dans l'accès aux médicaments pour le traitement de maladies graves, telles que le sida, la tuberculose et la malaria, entraînant une flambée des taux de mortalité¹⁰.

15. Il est également indispensable que les mesures adoptées par les États pour lutter contre cette pandémie soient conformes aux Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations (1984) et qu'elles soient donc limitées dans le temps, raisonnables, proportionnées, non-discriminatoires et fondées sur le droit afin

⁵ Dainius Pūras, *et al.*, « The right to health must guide responses to COVID-19 », *Lancet*, volume 395, n° 10241 (20 juin 2020).

⁶ Voir A/74/174.

⁷ Judith Bueno de Mesquita et Benjamin Mason Meier, « Moving towards global solidarity for global health through multilateral governance in the COVID-19 response », *COVID-19, Law and Human Rights: Essex Dialogues – A Project of the School of Law and Human Rights Centre*, Carla Ferstman et Andrew Fagan, éd. (Université d'Essex, 2020).

⁸ Voir la publication « *Financing common goods for health* » de l'OMS à l'adresse suivante : www.who.int/publications/i/item/financing-common-goods-for-health.

⁹ Olivier Bargain et Ulugbek Aminjonov, « Poverty and COVID-19 in developing countries », *Cahiers d'économie de Bordeaux* (2020). Disponible à l'adresse suivante : <https://ideas.repec.org/p/grt/bdxewp/2020-08.html>.

¹⁰ Madhukar Pai, « AIDS, TB and malaria set to get deadlier due to coronavirus », *Forbes*, 11 mai 2020.

de garantir la protection de tous les droits fondamentaux, en reconnaissant que ces derniers sont indivisibles et inaliénables¹¹. Ces principes exigent le respect du Règlement sanitaire international, qui prescrit le respect de la dignité des personnes, des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Le respect des lignes directrices de l'OMS au-delà du Règlement sanitaire international pourrait aider les pays à élaborer des approches respectueuses des droits¹².

16. Le Rapporteur spécial met en évidence la nécessité de remédier aux manquements aux droits de l'homme et de revitaliser les principes universels des droits humains dans le cadre du relèvement après la pandémie. Conscient des multiples questions et aspects d'égale importance de la COVID-19 qu'il convient d'aborder à la lumière des droits de l'homme, il limite dans le présent rapport ses observations à celles qui reflètent les thèmes qu'il a constamment soulevés tout au long de son mandat, ainsi qu'aux problématiques qu'il estime comme étant les plus urgentes à traiter, à savoir les personnes détenues, la santé mentale et les menaces que pose le recours de plus en plus fréquent à la technologie numérique sur le droit à la santé.

II. Droits interdépendants et intimement liés et COVID-19

17. Dans ses rapports thématiques et ses rapports de visites de pays, tout comme à l'occasion d'autres activités, le Rapporteur spécial a reconnu que tous les droits humains sont interdépendants, indissociables et indivisibles. Il a également mis en évidence l'importance de ces principes dans la pleine réalisation du droit à la santé. Dans son rapport (A/HRC/29/33), il fait part de ses préoccupations relatives au traitement sélectif des droits de l'homme qui a des effets préjudiciables sur les groupes de population qui font l'objet d'inégalités et de discriminations, y compris les femmes, les enfants et les personnes handicapées. Il n'est pas possible de garantir le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans traiter les manquements aux autres droits fondamentaux qui conduisent à l'exclusion sociale, à la stigmatisation et à l'humiliation. Il faut éviter d'isoler le droit à la santé et les soins de santé des autres droits dans toutes les phases de la riposte à la pandémie de COVID-19. Au contraire, il s'agit plutôt de reconnaître que le droit à la santé peut être exercé uniquement lorsque tous les autres droits sont respectés et protégés et que la progression des autres droits revient à promouvoir le droit à la santé.

18. Depuis le début de la propagation du nouveau coronavirus à Wuhan, en Chine, en décembre 2019, le Rapporteur spécial a constaté la relation étroite qui lie les droits civils et politiques au droit à la santé. Dans certains pays, des personnes ont été emprisonnées pour avoir réalisé des reportages sur la pandémie dans les médias sociaux et traditionnels. Ailleurs, des personnes appartenant au personnel soignant ont été menacées de mesures disciplinaires pour avoir révélé les graves pénuries de matériel de première nécessité. Ces mesures vont à l'encontre de la liberté d'expression et d'information des personnes concernées et touchent directement le droit à la santé.

19. Il existe de nombreux exemples qui démontrent la relation étroite entre les droits humains dans le cadre de la pandémie actuelle, tels que les inégalités de genre et le

¹¹ Déclaration du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques, sociaux et culturels (E/C.12/2020/1) ; Lorna McGregor, « Contact-tracing apps and human rights », EJIL : Talk! (blog du *European Journal of International Law*), 30 avril 2020.

¹² K. W. Todrys, E. Howe et J. J. Amon, « Failing Siracusa: Governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control », *Public Health Action*, vol. 3, n° 1 (21 mars 2013).

non-respect des droits des femmes, y compris l'accès aux services de santé sexuelle et procréative, et du droit de chacun et chacune de ne pas faire l'objet de discrimination. Aux États-Unis d'Amérique¹³, les maladies et décès dus à la COVID-19 touchent de manière disproportionnée les personnes d'origine africaine. De manière générale, les personnes autochtones sont également plus exposées aux maladies et aux décès liés à la COVID-19, car elles sont en moins bonne santé, ont moins accès aux services de soins de santé et présentent de moins bons déterminants sociaux et facteurs fondamentaux de santé.

20. Le Rapporteur spécial invite instamment les administrations publiques à collecter des données sur le genre, l'appartenance ethnique, l'âge et d'autres critères de discrimination pour des raisons de responsabilité et pour prendre des mesures immédiates visant à corriger ces conséquences de la discrimination.

21. Il est difficile de respecter la distanciation physique visant à contenir la propagation de la COVID-19 en cas d'inégalités au niveau des déterminants sociaux sous-jacents de la santé, tels qu'un logement adéquat, l'accès à l'eau potable, l'assainissement, l'alimentation, la sécurité sociale et la protection contre la violence. Ces aspects fondamentaux du droit à la santé sont protégés en vertu du droit international en tant que droits indissociables.

22. En l'absence de protections fondées sur les droits, les mesures des autorités publiques ordonnant de « rester à l'abri » (ou d'autres restrictions lorsque les mesures de confinement sont ajustées) peuvent appauvrir les communautés vulnérables, empêcher les enfants d'aller à l'école, empêcher l'accès aux produits de première nécessité et aux services d'aide, accroître les violences fondées sur le genre et renforcer les inégalités en matière de santé au sein des populations. Ces risques soulignent la nécessité de coordonner des réponses fondées sur les droits pour toutes les mesures de santé publique, y compris celles prises en période de crise, qui doivent inclure la participation des personnes marginalisées ou vulnérables de sorte que leurs situations soient comprises.

23. Alors que le confinement s'est avéré difficile pour les groupes qui connaissent des difficultés, à l'inverse, de nombreuses personnes n'ont pas pu rester en sécurité dans un abri car elles étaient considérées comme des personnes dont le travail est « essentiel ». Ces dernières comprennent le personnel soignant de première ligne, ainsi que les personnes qui travaillent dans les chaînes d'approvisionnement alimentaire, les transports publics et les services de fret et de nettoyage. Beaucoup d'entre elles proviennent de secteurs défavorisés de la société.

24. En Espagne, près de 3 000 femmes migrantes en provenance du Maroc, qui y voyagent chaque année pour la récolte annuelle des fraises, ont été déployées en tant que « travailleuses essentielles » alors que le reste du pays était confiné, en plus d'être payées en dessous du salaire minimum voire pas du tout¹⁴. Aux États-Unis d'Amérique, plus de 60 % des magasiniers et livreurs appartiennent à des minorités et 75 % des concierges sont des personnes d'origine africaine, parmi lesquels un grand nombre vivent au niveau du seuil de pauvreté¹⁵.

¹³ Voir la lettre du 13 mai 2020 de plusieurs titulaires de mandat au titre des procédures spéciales adressée au Représentant permanent des États-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève (référence : AL USA 10/2020). Disponible à l'adresse <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25252>.

¹⁴ HCDH, « Spain: passing the buck on exploited migrant workers must end, says UN expert », 26 juin 2020.

¹⁵ Mae Anderson, Alexandra Olson et Angeliki Kastanis, « Women, minorities shoulder front-line work during pandemic », *AP News*, 1^{er} mai 2020.

25. Le Rapporteur spécial se joint aux appels internationaux demandant aux États d'appliquer un revenu minimum universel et demande à nouveau l'instauration de soins de santé universels de façon à protéger les personnes désavantagées, qui font souvent l'objet de discrimination. De cette manière, la population ne sera pas obligée de travailler, en particulier en cas de maladie, ce qui va à l'encontre de ses propres droits et risque de propager la maladie.

26. Le droit à la santé des travailleurs et travailleuses essentiels requiert la mise en place de mesures visant à les protéger contre la COVID-19, y compris, le cas échéant, la fourniture d'équipements de protection individuelle et d'installations de lavage des mains. Les femmes représentent 70 % du personnel de santé mondial. Elles risquent donc fort d'être fréquemment exposées à des patients ayant une charge virale élevée¹⁶. Sur le nombre total de soignants infectés par la COVID-19 en Espagne et en Italie, 72 % et 66 %, respectivement, étaient des femmes¹⁷.

27. Le confinement et l'isolement physique ont engendré du stress chez de nombreuses personnes, en particulier les personnes pauvres, âgées, marginalisées et celles qui vivent seules ou dans des milieux violents. Le nombre de contaminations et de décès dus à la COVID-19 dans les établissements de soin, qui ont atteint 40 à 60 % du total des décès dans certains pays¹⁸, illustre la discrimination à l'égard des personnes âgées. La COVID-19 est souvent transmise aux personnes âgées par les personnes qui s'occupent d'elles (familles et personnel soignant), qui dans de nombreux cas ont fait état de retards dans la réception de matériel de protection, de directives appropriées, d'équipement, de financement et de renfort en personnel soignant.

28. Dans le monde entier, l'emploi et la sécurité financière sont désormais précaires. Il est possible que les personnes marginalisées n'aient pas accès à une protection sociale publique, si elles ne travaillent pas ou leur travail n'est pas reconnu, comme c'est le cas des travailleurs et travailleuses du sexe dans certains pays¹⁹. L'absence de droits des travailleurs a obligé de nombreuses personnes à poursuivre leur activité professionnelle même en étant malades, risquant ainsi leur propre santé et contribuant à la propagation de la COVID-19. Cela illustre la relation étroite des droits économiques et du travail avec le droit à la santé, ainsi que leur indivisibilité.

III. Déséquilibres et inégalités dans les rapports de force et COVID-19

29. Les principes clés des droits humains comprennent l'égalité, la non-discrimination, la participation, la transparence et la responsabilité. Avec le temps, grâce à l'application cohérente de ces principes ainsi qu'à une presse libre et une société civile active pour les contrôler, l'État bénéficie de la confiance de la population. La confiance constitue un élément essentiel dans les mesures de lutte contre les pandémies et la mise en œuvre du droit à la santé en tout temps. Dans les États qui ont longtemps défendu ces principes, et dans lesquels les dirigeantes et dirigeants inspirent la confiance, il semble y avoir eu moins de pertes humaines et de perturbations. Ces populations ont soutenu et accepté de manière générale une perte

¹⁶ OMS, « Les questions de genre et la COVID-19, note de sensibilisation », 14 mai 2020.

¹⁷ Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), « Policy brief: the impact of COVID-19 on women », 9 avril 2020.

¹⁸ Adelina Comas-Herrera et Joseba Zalakain, « Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence », LTCcovid.org, 12 avril 2020.

¹⁹ Voir UNUSIDA, « Six concrete measures to support women and girls in all their diversity in the context of the COVID-19 pandemic », 15 juin 2020.

temporaire de certaines libertés afin de sauver des vies et de revenir à un fonctionnement économique et social normal le plus rapidement possible²⁰.

30. Les pays qui ne font pas preuve de transparence dans la mise au point et l'application des politiques, dans lesquels la population ne participe pas aux processus gouvernementaux et les autorités publiques ne sont pas tenues pour responsables de leurs politiques sociales et processus politiques, ont utilisé la peur et la force pour faire respecter les restrictions découlant de la pandémie. Cette situation engendre des attitudes négatives et une stigmatisation à l'égard des personnes qui contractent la COVID-19 parce qu'elles sont perçues comme n'ayant pas respecté les règles, ce qui crée un cercle vicieux dans lequel ces personnes ne veulent pas se faire dépister ou se faire soigner, propageant davantage le virus²¹. La peur du dépistage et du traitement joue également un rôle pour les migrants, en particulier ceux en situation irrégulière, qui risquent d'être signalés aux services d'immigration. Des processus clairs et transparents sont nécessaires, avec des pare-feux dans la collecte de données et le partage d'informations entre autorités, afin de contenir de manière efficace la pandémie.

31. Tout au long de son mandat, le Rapporteur spécial a mis en exergue les répercussions potentielles des rapports de force asymétriques sur le droit à la santé et la confiance. Ces asymétries peuvent apparaître dans la relation entre le personnel soignant et les patients, entre soins de santé primaires et médecine spécialisée, entre parties prenantes et groupes d'intérêt dans le secteur de la santé et en dehors²² ainsi qu'entre le secteur privé et le secteur public. À cause de ces déséquilibres, de nombreux systèmes de santé étaient mal préparés à la gestion d'une pandémie, car dans de nombreux pays la santé publique ne constituait pas une priorité dans les systèmes de santé et était régulièrement sous-financée. Il existe, en outre, un déséquilibre historique de financement entre les services de soins de santé physique et mentale²³.

32. Lorsque les systèmes de santé publique ne sont pas en mesure de répondre à la demande en matière de dépistage et de traitement de la COVID-19, le droit international exige des États qu'ils consacrent le maximum de leurs ressources disponibles, telles que les hôpitaux privés et les laboratoires, aux fins du plein exercice de tous les droits économiques et sociaux²⁴.

33. La transparence et la participation de la société civile dans la gouvernance et les processus politiques font partie des bases de la confiance. Les personnes qui travaillent pour la société civile, y compris les défenseurs et défenseuses des droits de l'homme, doivent pouvoir exercer leurs activités visant à promouvoir et à protéger les droits fondamentaux, y compris le droit à la santé, pendant la pandémie. Elles ne doivent pas faire l'objet de criminalisation, de stigmatisation ou de harcèlement de quelque sorte que ce soit à cause du travail dont elles s'acquittent²⁵. Cet aspect est d'autant plus important en période de pandémie puisque les règlements et les lois adoptés pour promouvoir la santé publique en situation d'urgence, qui restreignent des droits et libertés, doivent être suivies de près.

²⁰ Voir Mark Lawrence Schrad, « The secret to coronavirus success is trust », *Foreign Policy*, 15 avril 2020.

²¹ Voir Ariana A. Berengaut, « Democracies are better at fighting outbreaks », *Atlantic*, 24 février 2020 ; Zeynep Tufekci, « How the coronavirus revealed authoritarianism's fatal flaw », *Atlantic*, 22 février 2020.

²² *A/HRC/29/33*, par. 50.

²³ *Ibidem*, par. 51.

²⁴ *E/C.12/2020/1*, par. 14.

²⁵ Voir *A/HRC/25/55*.

34. Depuis le début de la pandémie, les mécanismes internationaux de défense des droits de l'homme ont tiré la sonnette d'alarme au sujet de l'utilisation de pouvoirs exceptionnels d'état d'urgence, qui doivent uniquement être motivés par des objectifs de santé publique légitimes et ne devraient pas être utilisés pour cibler des groupes, des minorités ou des individus particuliers, pour faire taire l'opposition ni pour réduire au silence le travail des défenseurs des droits de l'homme ou des journalistes²⁶. Il s'agit d'un élément essentiel du principe de responsabilité en matière de droits humains.

35. Une lettre d'anciens dirigeants mondiaux a mis en garde contre les gouvernements élus démocratiquement qui accumulent des pouvoirs d'urgence qui restreignent les droits humains et renforcent la surveillance de l'État pendant la crise de la COVID-19²⁷. Cette lettre affirme que la répression ne protège en rien la santé publique et que les atteintes à la liberté, à la transparence et à la démocratie rendront plus difficile pour les sociétés la mise en place d'interventions rapides et efficaces pour répondre à la crise par l'intermédiaire de mesures gouvernementales et civiques.

36. Le manque de confiance crée un environnement dans lequel prolifèrent les fausses informations et les théories du complot relatives à la COVID-19. Cela alimente ensuite la détresse mentale, l'anxiété ainsi que la peur, et a une incidence, notamment, sur le droit à la santé mentale²⁸. Un engagement honnête et transparent entre les autorités et la population est nécessaire pour prévenir la diffusion à la fois du virus et d'informations trompeuses.

IV. Corruption et COVID-19

37. Le Rapporteur spécial a déjà fait remarquer l'effet dévastateur de la corruption sur la bonne gouvernance, la primauté du droit, le développement et l'exercice équitable de tous les droits de l'homme, y compris le droit à la santé²⁹. La corruption a lieu dans les secteurs public et privé et dans les pays à revenu faible, moyen ou élevé. On estime à 180 milliards d'euros les pertes annuelles dues à la fraude et à la corruption dans le secteur des soins de santé à l'échelle mondiale³⁰.

38. Dans de nombreux pays, le secteur de la santé est l'un des plus corrompus. Cette situation est préoccupante pendant la pandémie de COVID-19 à cause de la hausse des achats et des distributions effectués en urgence par les autorités publiques. La corruption, qui découle des déséquilibres des rapports de pouvoir, est pérennisée par l'opacité des prises de décisions et aggrave l'inefficacité et les préjudices de certaines politiques et prestations des services de santé. Si des institutions ou des agents publics sont perçus comme corrompus, la confiance dans les autorités publiques s'érode et le public est moins susceptible de suivre les conseils de santé publique en cas de crise.

39. Compte tenu du fait que des fonds importants seront mis à disposition pour les mesures de lutte contre la pandémie et l'assistance d'urgence, il est essentiel que l'ensemble des pays respecte les principes de transparence et de responsabilité, et pas seulement ceux considérés comme corrompus d'un point de vue historique. Par exemple, selon certaines informations, les programmes de relance économique après

²⁶ HCDH, « COVID-19 : les États ne doivent pas abuser des mesures d'urgence pour réprimer les droits de l'homme – Experts de l'ONU », 16 mars 2020.

²⁷ Institut international pour la démocratie et l'assistance électorale, « A call to defend democracy », 25 juin 2020.

²⁸ HCDH, « COVID-19 has exacerbated the historical neglect of dignified mental health care, especially for those in institutions: UN expert », 23 juin 2020.

²⁹ Voir [A/72/137](#).

³⁰ Jim Gee, Mark Button et Graham Brooks, « The financial cost of health-care fraud: what data from around the world shows », 2010.

la COVID-19 mis en place dans certains pays autorisent le versement de milliards de dollars de prêts, de garanties de prêts et d'autres investissements aux entreprises, en appliquant des exigences de supervision minimales et des dispositions inadaptées sur les conflits d'intérêts³¹. Des programmes de relance ont été élaborés de par le monde, mais sans imposer d'exigences de transparence et de responsabilité pour tous les fonds alloués ou dépensés. Le Rapporteur spécial souscrit aux recommandations du Health Systems Governance Collaborative visant à atténuer les risques de corruption dans le cadre des interventions de lutte contre la COVID-19³².

40. De nombreuses décisions politiques prises au début de la pandémie de COVID-19 suggèrent une allégeance aux affaires et aux profits plutôt qu'aux droits humains de la population. Cette préférence se reflète, par exemple, dans le fait de restreindre les déplacements des personnes plutôt que d'imposer des exigences de distanciation physique aux entreprises et aux individus et de garantir la mise en place de tests de dépistage et de procédures de traçabilité des contacts³³. Lorsque les dirigeants politiques n'agissent pas de manière transparente et que la population de leur pays les soupçonne de tirer personnellement profit des décisions qu'ils prennent, la méfiance se développe non seulement vis-à-vis du système de santé, mais aussi des autorités locales et nationales³⁴.

41. Pour dissiper les suspicions de corruption, le Rapporteur spécial invite instamment les États à faire preuve de transparence et à suivre les conseils du Comité des droits économiques, sociaux et culturels en fondant leurs mesures sur les meilleures preuves scientifiques disponibles pour protéger la santé publique, comme le reflètent les recommandations de l'OMS³⁵.

V. La COVID-19 dans le contexte du modèle biomédical et de l'économie actuelle

42. Dans son rapport sur la formation du personnel de santé (voir [A/74/174](#)), le Rapporteur spécial attire l'attention sur la répartition inégale du pouvoir qui va de pair avec la hiérarchie médicale qui est liée au modèle biomédical. Il fait remarquer que les représentants de spécialités médicales prestigieuses se voient souvent confier des responsabilités politiques pour orienter la politique sanitaire. Toutefois, en cas de pandémie, il est impératif que les réponses soient éclairées et dirigées par des experts en santé publique, médecine sociale et droits humains, afin de représenter une compréhension globale des déterminants de la vulnérabilité à un virus à propagation rapide.

43. Dans le cadre de la COVID-19, l'attention est portée sur les interventions biomédicales, notamment sur l'élaboration de vaccins et de traitements médicaux. Toutefois, en l'absence de contributions plus larges en matière de santé publique et de droits humains, ces évolutions ne pourront pas atteindre tout le monde. Les groupes vulnérables, isolés, désavantagés ou discriminés seront ainsi moins susceptibles d'en bénéficier. Les infections virales n'ont pas de solution technique parfaite : l'immunité n'est pas garantie pour tout le monde. Elle peut s'avérer de courte durée ou ne pas

³¹ Joseph J. Amon et Margaret Wurth, « A virtual round table on COVID-19 and human rights with Human Rights Watch researchers », *Health and Human Rights Journal*, vol. 22, n° 1 (juin 2020).

³² Aneta Wierzyńska *et al.*, « COVID-19: promoting accountability and transparency during the pandemic », Health Systems Governance Collaborative, 22 mai 2020.

³³ Benjamin Mason Meier et Judith Bueno de Mesquita, « Realizing the right to health must be the foundation of the COVID-19 response », blog, Universal Rights Group, 6 mai 2020.

³⁴ [A/72/137](#), par. 12.

³⁵ [E/C.12/2020/1](#), par. 10.

être acquise du tout, comme c'est le cas avec le VIH et l'herpès, ou de nouvelles souches du virus peuvent apparaître³⁶.

44. Le Rapporteur spécial comprend, cependant, que le contrôle de la propagation de la COVID-19 nécessitera un vaccin s'inscrivant dans une campagne d'endiguement plus large. Il soutient la recherche d'un « vaccin pour tou-te-s »³⁷ et l'établissement d'un plan équitable et abordable de distribution, sans détourner le financement des mesures nécessaires pour protéger les personnes en situation vulnérable. Néanmoins, il partage le constat le plus important concernant les maladies infectieuses : les riches se protègent et les pauvres souffrent³⁸.

45. Le modèle biomédical est axé sur le traitement de la maladie plutôt que sur les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux du mauvais état de santé. Cette approche convient parfaitement aux approches économiques qui insistent sur la responsabilité individuelle en matière de santé et de bien-être et sur l'assurance des soins de santé.

46. Bien que la littérature indique que les traitements médicaux ne représentent qu'un faible pourcentage des résultats globaux en matière de santé, ceux-ci bénéficient de la majorité des financements du secteur³⁹. Les médecins sont formés pour gérer les maladies en prescrivant des médicaments plutôt qu'en traitant les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux sous-jacents qui contribuent au mauvais état de santé. Les sociétés pharmaceutiques tirent profit de cette orientation et exercent des pressions sur les décideurs pour qu'ils soutiennent cette approche des soins de santé qui n'est pas fondée sur les droits.

47. Tout comme un modèle biomédical fait abstraction du rôle des déterminants dans la santé, ce modèle ne tient pas compte de la relation de l'être humain avec l'environnement et le changement climatique. L'OMS reconnaît que la plupart des maladies infectieuses qui apparaissent, et quasiment toutes les pandémies récentes, trouvent leur origine dans la faune sauvage. Des éléments de preuve démontrent que la pression croissante qu'exerce l'être humain sur le milieu naturel favorise l'émergence des maladies⁴⁰.

48. Dans son rapport concernant les objectifs de développement durable (voir A/71/304), le Rapporteur spécial exhorte les États et les autres acteurs concernés à reconnaître l'incidence sanitaire spécifique que ces questions environnementales ont sur certaines populations, notamment en raison d'inégalités socioéconomiques, de normes culturelles et de facteurs psychologiques intrinsèques. Ses effets devant s'intensifier dans les années à venir, le changement climatique a déjà augmenté l'incidence de maladies comme le paludisme et la diarrhée, qui touchent les pauvres de manière disproportionnée. La pollution de l'environnement aggrave la charge croissante que représentent les maladies non transmissibles, qui affectent principalement les pauvres, ce qui nourrit le cercle vicieux de la pauvreté⁴¹.

49. Une déclaration des dirigeants de la Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques met directement la responsabilité de la COVID-19 sur l'activité humaine et les systèmes

³⁶ Philip Alcabes, « Beyond technical fixes for coronavirus », *American Scholar*, 20 avril 2020.

³⁷ Pūras, *et al.*, « The right to health must guide responses to COVID-19 », *The Lancet*, vol. 395, n° 10241, p. 1888-1890, 20 juin 2020 ; voir également l'adresse suivante : https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200514_covid19-vaccine-open-letter.

³⁸ P. Alcabes, « Beyond technical fixes for coronavirus », *American Scholar*, 20 avril 2020.

³⁹ Carlyn M. Hood *et al.*, « County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, n° 2 (1^{er} février 2016).

⁴⁰ OMS, « Q&A: Climate change and COVID-19 », 22 avril 2020.

⁴¹ A/HRC/32/23, par. 24.

mondiaux actuels financiers et économiques, qui valorisent la croissance économique quel qu'en soit le prix⁴².

VI. Systèmes de soins de santé, couverture sanitaire universelle, assistance internationale et COVID-19

50. Dans sa déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques sociaux et culturels, le Comité de droits économiques, sociaux et culturels a fait observer que la pandémie menaçait de submerger les systèmes de santé publique⁴³. Il a constaté que des décennies de sous-investissement dans les services de santé et d'autres programmes sociaux publics avaient affaibli les systèmes de soins de santé et les programmes sociaux, qui sont donc mal équipés pour répondre efficacement et rapidement à l'intensité de la pandémie actuelle.

51. La couverture sanitaire universelle est l'expression du droit à la santé, un engagement pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Elle est essentielle pour mettre fin à la propagation de la COVID-19 et ne peut être réalisée en l'absence de systèmes de santé efficaces, accessibles, dotés de ressources suffisantes et bien gérés.

52. Le Rapporteur spécial a constaté dans un rapport précédent qu'en 2014-2015, la crise de l'Ebola avait apporté des enseignements utiles au sujet de bon nombre d'éléments du droit à la santé⁴⁴. Cette crise avait mis en doute nos capacités d'intervention en d'urgence aux échelons national, régional et international. Elle avait soulevé des problèmes importants, tels que l'accès à l'information, la confiance dans les autorités publiques et la sécurité du personnel médical, et nous avait rappelé qu'il importe de défendre les droits fondamentaux des populations touchées dans le contexte de problèmes de sécurité publique. En outre, l'expérience de l'Ebola avait mis en évidence la nécessité d'une autorité publique forte face aux enjeux sanitaires mondiaux. Malgré ces enseignements, le monde n'était pas prêt à faire face à la COVID-19.

53. Les conséquences de la COVID-19 en termes de mortalité et de morbidité et sur le plan économique ont démontré le rôle essentiel de la santé publique, des soins primaires, de la couverture sanitaire universelle et de systèmes de santé solides et disposant de ressources suffisantes.

54. La santé est un droit fondamental et l'accès à la santé publique constitue une voie puissante pour développer et renforcer la justice sociale et la cohésion sociale. Le Rapporteur spécial a fait remarquer que de nombreux États rencontraient des difficultés à garantir la disponibilité de la couverture santé relative à la COVID-19 et l'accessibilité à celle-ci, entraînant des pénuries en soins médicaux essentiels, notamment les tests de dépistage, les respirateurs et l'oxygène, ainsi qu'en équipement de protection individuelle pour le personnel soignant et les autres travailleurs de première ligne⁴⁵. Les éléments relatifs aux droits humains dans les composantes des systèmes de santé pendant la crise de la COVID-19 comprennent ce qui suit.

⁴² Josef Settele *et al.*, « COVID-19 stimulus measures must save lives, protect livelihoods and safeguard nature to reduce the risk of future pandemics », *IPBES guest article*, 27 avril 2020.

⁴³ [E/C.12/2020/1](#), par. 1.

⁴⁴ [A/HRC/29/33](#), par. 57.

⁴⁵ Pūras *et al.*, « The right to health must guide responses to COVID-19 ».

Services et établissements de soins de santé

55. Les établissements de santé insuffisamment financés n'ont pas été en mesure de faire face à la pandémie. Cependant, même dans les pays ayant mis à disposition des installations temporaires, les droits fondamentaux n'ont pas été respectés. Par exemple, il y a eu discrimination dans la sélection des individus pouvant effectuer des tests et recevoir un traitement. Des groupes marginalisés n'ont pas été pris en compte car les soins étaient rationnés, notamment les Roms⁴⁶, les personnes d'origine africaine et les personnes âgées. À l'échelle mondiale, les services de santé non liés à la COVID-19 étaient moins accessibles pendant la pandémie, y compris les services de santé sexuelle et procréative dans les pays riches⁴⁷.

56. Le Rapporteur spécial craint que les conséquences de la perte de services ne soient pas équitables dans les pays à revenu faible et moyen. Pour 2020, l'OMS prévoit 500 000 décès supplémentaires dus à des maladies liées au SIDA⁴⁸ et 768 000 autres décès dus au paludisme en Afrique subsaharienne⁴⁹. Selon les estimations du Partenariat mondial Halte à la tuberculose, entre 342 000 et 1,4 million de personnes supplémentaires décéderont entre 2020 et 2025 à cause des interruptions d'approvisionnement en médicaments et d'autres services de soins de santé liées à la COVID-19⁵⁰.

Personnel soignant

57. Le Rapporteur spécial a souligné l'importance d'un personnel de soins de santé primaires adéquat. Il a précédemment fait observer 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 disproportionné aux soins de spécialistes et aux hospitalisations⁵¹. Cependant, la non-réalisation de ces objectifs a créé un manque de personnel dédié aux soins primaires, ce qui a posé problème pendant la pandémie de COVID-19.

58. Tout au long de la pandémie, le personnel soignant a vu ses droits à la vie et à la santé, ainsi qu'à un emploi équitable, menacés par l'insuffisance de la fourniture d'équipements de protection individuelle à ceux qui en ont besoin, le manque de soutien à la suite d'un traumatisme subi pendant la pandémie et le nombre d'heures de travail épuisantes. La dimension ethnique et la dimension de genre sont également importantes au sein du personnel soignant.

59. Malgré la dépendance à l'égard de ces travailleurs et travailleuses, un soutien psychologique et psychosocial approprié a rarement été mis à leur disposition. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a rappelé aux États qu'il était essentiel qu'ils consultent les travailleurs de la santé de première ligne et qu'ils prennent leurs conseils en considération comme il se doit⁵². Le Rapporteur spécial

⁴⁶ HCDH, « Bulgaria/COVID-19 response: "Stop hate speech and racial discrimination against the Roma minority" – UN experts », 13 mai 2020.

⁴⁷ Colleen Marcoux, « Sexual and reproductive health during the COVID-19 crisis », International Women's Health Coalition, 25 mars 2020.

⁴⁸ Britta L. Jewell *et al.*, « Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models », 11 mai 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>.

⁴⁹ OMS, *The Potential Impact of Health Service Disruptions on the Burden of Malaria: A Modelling Analysis for Countries in Sub-Saharan Africa* (Genève, 2020).

⁵⁰ Partenariat mondial Halte à la tuberculose, « The potential impact of the COVID-19 response on tuberculosis in high-burden countries: a modelling analysis », mai 2020.

⁵¹ A/HRC/35/21/Add.2, par. 36.

⁵² E/C.12/2020/1, par. 13.

reconnaît la charge énorme qui pèse sur le personnel soignant et les pertes humaines qui en résultent.

Financement

60. Les obstacles financiers aux soins de santé pour traiter la COVID-19 sont contraires au droit à la santé et freinent son endiguement. Les frais d'utilisation ont rendu des services essentiels inabordables pour les personnes en situation vulnérable dans le monde entier, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux à faible revenu⁵³. Le Rapporteur spécial salue les conseils de l'OMS sur la mise en place de systèmes équitables de financement des soins de santé pour les personnes touchées par la COVID-19⁵⁴.

Médicaments et fournitures

61. La fraude, la corruption et le gonflement des prix ont une incidence directe sur les chaînes d'achat et d'approvisionnement des médicaments et des dispositifs, ce qui affecte profondément la disponibilité des fournitures essentielles. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels exhorte les États à mettre en place des mesures réglementaires pour empêcher la réalisation de gains exorbitants sur les médicaments et fournitures essentiels⁵⁵. Des processus et des politiques d'achat transparents ainsi que des mécanismes de responsabilité sont nécessaires pour que les États remplissent leurs obligations en matière de droits humains et qu'ils mettent à la disposition de toutes et tous des tests et, finalement, un vaccin, en particulier pour les plus vulnérables.

62. Le Comité recommande aux États d'éviter d'imposer des limites à l'exportation d'équipements médicaux si celles-ci ont pour effet de bloquer l'accès à des équipements vitaux pour les victimes les plus pauvres de la pandémie. Conformément aux obligations internationales relatives aux droits de la personne sur l'assistance et la coopération internationale, le Comité a également fait observer que toute restriction sur les exportations motivée par la volonté de garantir l'approvisionnement national doit être proportionnée et prendre en considération les besoins urgents des autres pays.

Informations sanitaires

63. Des informations exactes, pertinentes et adéquates devront être accessibles à toutes et à tous pour endiguer efficacement la COVID-19, qu'un vaccin soit disponible ou non. En outre, comme l'a constaté le Comité de droits économiques, sociaux et culturels, le public doit être protégé contre une désinformation dangereuse à des fins politiques et commerciales.

64. Les États dirigés par des experts en santé publique qui ont communiqué régulièrement et directement avec le public et dans lesquels les autorités publiques bénéficient de la confiance de la population semblent avoir arrêté efficacement la propagation du virus. Des informations précises, accessibles et appropriées sur le plan culturel sont primordiales pour réduire le risque que courent les groupes vulnérables,

⁵³ Voir Abigail Abrams, « Total cost of her COVID-19 treatment: \$34,927.43 », *Time*, 19 mars 2020 ; Sean D. Hamill, « Woman who died of COVID-19 refused to go to hospital, worried about bills, her son says », *Pittsburgh Post-Gazette*, 25 mars 2020.

⁵⁴ Joe Kutzin, « Priorities for the health financing response to COVID-19 », P4H Network, 2 avril 2020.

⁵⁵ E/C.12/2020/1, par. 17.

y compris les personnes infectées par le coronavirus, d'être victimes de comportements stigmatisants et préjudiciables⁵⁶.

Direction et gestion

65. Les systèmes de santé ne peuvent pas fonctionner correctement sans une bonne gouvernance et des processus participatifs transparents qui incluent les autorités publiques et une large représentation du secteur de la santé et du public. Le manque de leadership a entravé l'endiguement de l'épidémie de COVID-19, même dans les pays disposant d'importantes ressources.

66. Comme en témoignent les mesures de lutte contre la COVID-19, les droits des personnes ne peuvent être protégés que s'ils sont pleinement pris en compte dans les politiques. Il convient d'inclure les personnes déjà vulnérables et celles qui risquent de le devenir, telles que les sans-abri, les malades, les pauvres, les personnes âgées, celles nécessitant des soins de longue durée, les personnes handicapées, les migrants et les réfugiés, les travailleurs et travailleuses du sexe, les toxicomanes, les communautés minoritaires, les peuples autochtones, les personnes déplacées, les personnes vivant dans des environnements surpeuplés, la population carcérale, les lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels (LGBT) et les personnes de genre variant, ainsi que celles dont les droits humains ne sont déjà pas respectés de plusieurs manières.

67. Le Rapporteur spécial invite instamment tous les pays à soutenir une gouvernance mondiale de la santé par l'intermédiaire de l'OMS, et cette dernière à rester attachée au rôle crucial des droits humains dans les interventions répondant à toutes les problématiques de santé publique et dans l'orientation des politiques en la matière. Cela s'aligne sur l'appel à la solidarité mondiale du Secrétaire général⁵⁷ et le rôle central de l'assistance et de la coopération internationales dans la lutte contre la COVID-19. Seuls un leadership mondial fondé sur les droits fondamentaux et une assistance aux niveaux national et régional peuvent permettre aux systèmes de santé de réaliser le droit à la santé pour tous.

VII. Points particuliers

A. COVID-19 et privation de liberté

68. La relation entre le droit à la santé et diverses formes de privation de liberté et d'internement dans les établissements pénitentiaires et médicaux a été mise en évidence par le Rapporteur spécial tout au long de son mandat⁵⁸. Pour promouvoir la sécurité publique, la « morale » et la santé publique, les États privilégient le recours à la détention et à l'internement, néanmoins, comme l'a démontré la pandémie, la grande promiscuité et le manque d'hygiène des établissements pénitentiaires représentent un danger pour la santé publique.

69. Le Rapporteur spécial demande d'urgence la pleine application de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), ainsi que le développement de services de soutien de proximité en tant qu'alternatives au confinement et à la privation de liberté autant que possible et conformément aux normes des droits humains.

⁵⁶ *Ibidem*, par. 18.

⁵⁷ UNU, « UN Secretary-General: COVID-19 pandemic calls for coordinated action ».

⁵⁸ Voir [A/HRC/38/36](#).

70. On estime qu'à l'échelle mondiale, plus de 10 millions d'adultes sont emprisonnés⁵⁹. Toutefois, ces statistiques ne tiennent pas compte de l'ampleur mondiale des personnes soumises à des restrictions dans d'autres contextes, notamment dans les centres de détention pour migrants et les camps de réfugiés. Bien d'autres adultes et enfants sont confinés dans des établissements médicaux et sociaux, y compris les personnes atteintes de tuberculose. Tandis que les lieux de confinement diffèrent, l'expérience partagée de l'exclusion met en lumière un discours commun de désavantage profond, de discrimination, de violence et, actuellement, un risque élevé d'être infecté par la COVID-19 ou d'en mourir.

71. Le Rapporteur spécial se joint à la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme dans son appel aux États à désengorger les prisons et à réduire le nombre de personnes en prison/détention⁶⁰, conformément aux normes des droits de l'homme. Il salue également des lignes directrices de l'OMS sur les mesures carcérales⁶¹, ainsi que l'avis du Sous-comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants concernant la pandémie due au coronavirus (COVID-19) (CAT/OP/10). En conséquence, les États devraient réduire la population carcérale et les autres populations de détenus, dans la mesure du possible, en mettant en œuvre des programmes de libération anticipée, provisoire ou temporaire pour les détenus pour lesquels cela est faisable en toute sécurité, en tenant pleinement compte des mesures non privatives de liberté indiquées, comme le prévoient les Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo).

72. Le Rapporteur spécial se félicite des discussions mondiales autour de l'efficacité de l'incarcération et encourage l'adoption d'alternatives, par exemple en décriminalisant des activités jugées immorales, telles que la consommation de drogue et la prostitution. Des mesures alternatives de proximité fondées sur la justice sociale et les droits humains contribueraient également à la réalisation du droit à la santé. Il espère que des programmes de libération conditionnelle ou anticipée, qui constituent une composante essentielle de la lutte contre la COVID-19 adoptée par de nombreux pays, perdureront après la pandémie.

73. Les États dans lesquels ces programmes n'ont pas été mis en place, ou seulement de manière partielle, ne protègent pas les droits à la santé et à la vie du personnel et des prisonniers. Compte tenu du fait que le personnel pénitentiaire vit à l'extérieur des établissements, cela crée un lien direct entre les prisons et les communautés, favorisant ainsi la propagation du virus.

74. Le Rapporteur spécial demande l'abolition du placement d'enfants en détention et exhorte à élaborer des modèles et des solutions de substitution pour les mères incarcérées dans son rapport sur la privation de liberté et le droit à la santé (A/HRC/38/36). Il fait part de ses vives préoccupations quant au fait que les enfants n'aient pas été libérés immédiatement des prisons à la suite de la pandémie.

75. Le Comité des droits de l'enfant a également invité les États à mettre fin, dans la mesure du possible, à toutes formes de privation de liberté et à empêcher l'arrestation ou la détention d'enfants pour violation des directives de l'État relatives

⁵⁹ Roy Walmsley, *World Prison Population List*, 12^e éd. (Institute for Criminal Policy Research, 2018).

⁶⁰ HCDH, « Une action urgente s'impose pour éviter que la COVID-19 ne cause "des ravages dans les lieux de détention" - Bachelet », 25 mars 2020.

⁶¹ Voir, par exemple, « Préparation, prévention et lutte contre la COVID-19, lignes directrices provisoires », 15 mars 2020 ; « Checklist to evaluate preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention », 9 avril 2020.

au COVID-19⁶². En outre, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a fait part de ses inquiétudes concernant le risque important de contracter la COVID-19 auquel font face les enfants actuellement détenus et exhorte les États à libérer immédiatement tous les enfants détenus⁶³. On estime qu'environ 1,4 million d'enfants sont détenus dans des centres de détention ou en détention préventive⁶⁴.

76. D'autres mécanismes internationaux relatifs aux droits humains ont, en outre, exprimé leurs préoccupations quant au risque accru de violence et d'exploitation auquel sont confrontés les enfants confinés dans des établissements pendant la pandémie de COVID-19. Les mesures de confinement et l'interruption de la prestation de services de protection de l'enfance déjà limités aggravent la vulnérabilité des enfants vivant dans des établissements psychiatriques et sociaux, des orphelinats, des camps de réfugiés, des centres de détention pour immigrants et d'autres établissements fermés, et ce d'autant que les cas de violence, d'abus et d'exploitation sexuels des enfants risquent de ne pas être détectés⁶⁵.

77. Le Rapporteur spécial soulève une dernière question relative à la détention et se demande s'il est sage de réunir des personnes dans des établissements de soins quelles que soient les circonstances. Il a suivi avec inquiétude la tragédie mondiale des taux élevés de mortalité dans les établissements de soins pour personnes âgées (voir le paragraphe 27 ci-dessus). Il insiste sur la nécessité de tirer des enseignements de ces décès qui auraient pu être évités et de créer des approches alternatives fondées sur la communauté et qui respectent la dignité, les droits et les libertés des personnes âgées.

B. COVID-19 et santé mentale

78. Tout au long de son mandat, le Rapporteur spécial a insisté sur l'importance de la santé mentale comme faisant partie intégrante du droit à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Il a également attiré l'attention sur les conséquences des rapports de force déséquilibrés et sur l'influence des intérêts particuliers dans le maintien des approches biomédicales de la santé mentale en tant que première ligne de traitement. Il a également souligné, en particulier dans son rapport sur les déterminants de la santé mentale (A/HRC/41/34), le fait que les principales causes de la détresse mentale sont les inégalités, l'injustice, la discrimination fondée sur quelque motif que ce soit et la violence.

79. Le Rapporteur spécial a récemment fait part de ses préoccupations quant à la hausse à venir des problèmes de santé mentale à la suite de la pandémie de COVID-19. Il prévoit qu'une détresse mentale prolongée sera alimentée par des menaces directes liées à la propagation de la maladie, aux exigences de distanciation et d'isolement, au ralentissement économique et au chômage. Ces menaces sont

⁶² Déclaration du Comité des droits de l'enfant sur la pandémie de COVID-19, 8 avril 2020.

Disponible à l'adresse suivante : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CRC/STA/9095.

⁶³ UNICEF, « Les enfants en détention font face à un risque accru de contracter la COVID-19 et doivent être libérés » - Déclaration de Henrietta Fore, Directrice générale de l'UNICEF, communiqué de presse, 13 avril 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unicef.org/fr/communiques-de-presse/les-enfants-en-detention-font-face-a-un-risque-accru-de-contracter-la-covid19-coronavirus>.

⁶⁴ Penal Reform International, *Global Prison Trends 2020* (London, 2020). Disponible à l'adresse suivante : <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2020/04/Global-Prison-Trends-2020-Penal-Reform-International.pdf>.

⁶⁵ HCDH, « Des experts de l'ONU appellent à une action urgente afin d'atténuer les risques accrus de violence contre les enfants », 7 avril 2020 ; voir également, HCDH, « COVID-19: Governments must protect the rights of migrants during the pandemic and beyond, UN experts urge », 26 mai 2020.

exacerbées par des attaques massives de désinformation, de fausses informations et de théories du complot.

80. Dans la continuité de son soutien aux appels à la libération temporaire de prisonniers pendant la pandémie de COVID-19, dans la mesure du possible, et conformément aux normes des droits humains, le Rapporteur spécial préconise la mise en place de stratégies similaires pour les personnes privées de liberté dans les établissements psychiatriques. Au cours de son mandat, il a mis en évidence la nécessité de changer de modèle en matière de santé mentale, afin d'abandonner les mesures dépassées qui conduisent à l'internement obligatoire des personnes présentant des handicaps intellectuels, cognitifs et psychosociaux. Dans le cadre du besoin urgent de protection contre la COVID-19, il invite les États et les autres parties prenantes à réduire radicalement le recours au placement en institution dans les établissements de soins de santé mentale, en vue de l'élimination totale du placement en institution.

81. Il convient que la pandémie de COVID-19 a mis en lumière des décennies de négligence et de sous-investissement dans les besoins de santé mentale. Il appuie l'appel lancé par le Secrétaire général en faveur d'engagements ambitieux de la part des pays dans la manière dont ils traitent les problèmes de santé mentale et ce, dans un contexte de pic potentiel de détresse mentale, de suicide et de toxicomanie résultant des mesures prises pour lutter contre la pandémie, en particulier lorsqu'elles sont disproportionnées et discriminatoires.

82. La combinaison entre la fermeture des écoles et les conditions de confinement a eu des conséquences particulièrement graves sur les problèmes de stress, d'anxiété et de santé mentale chez les enfants⁶⁶. Cette problématique est particulièrement préoccupante étant donné que, dans de nombreux pays, la portée des problèmes de santé mentale chez les adolescents n'est pas connue ou reconnue⁶⁷. Des preuves s'accumulent et démontrent les effets néfastes des difficultés que la personne peut avoir connues pendant l'enfance et la toxicité du stress sur la santé mentale et physique de l'enfant tout au long de sa vie. Le Rapporteur spécial invite instamment les États à reconnaître ces conséquences de la COVID-19 et à accroître les financements visant à soutenir le bien-être mental des enfants et à promouvoir la parentalité non violente.

83. Il recommande, en outre, aux États d'adopter des approches fondées sur les droits humains pour soutenir toutes les personnes en détresse mentale et pour mettre un terme au recours excessif aux interventions biomédicales et aux traitements forcés lorsqu'ils comblent les lacunes en matière de traitement. Des approches fondées sur les droits peuvent atténuer la détresse psychologique induite par une crise économique en garantissant que les personnes qui perdent leurs revenus sont protégées grâce aux dispositifs d'appui du gouvernement, qu'elles ne perdent pas leur maison et que leurs droits sociaux sont protégés.

84. Il est impératif que la charge de la gestion des conséquences sociales et financières de la COVID-19, y compris sur la santé mentale, ne pèse pas sur la population. Cette dernière doit être correctement soutenue, par le biais de soins de santé et d'autres services sociaux. Les États ont l'obligation d'aider les personnes qui cherchent à accéder à un traitement, des soins et un soutien fondés sur les droits (y compris l'aide sociale, la prestation de services orientée par les utilisateurs ou d'autres services alternatifs) et de veiller à ce que les individus puissent exercer leur droit de refuser un traitement.

⁶⁶ Aoife Nolan, « A child rights crisis », Blog *London Review of Books*, 6 mai 2020.

⁶⁷ [A/HRC/32/32](#), par. 71.

C. COVID-19 et surveillance numérique et documentation relative à l'immunité

85. Avant même la pandémie de COVID-19, le Rapporteur spécial avait fait part de ses inquiétudes concernant l'utilisation généralisée et intrusive de la technologie pour régir la vie quotidienne. Dans son rapport sur les déterminants de la santé mentale ([A/HRC/44/48](#)), il a mis en garde sur le fait que les progrès des technologies numériques transformaient la capacité des États et des entités privées à exercer un niveau de surveillance sans précédent sur des populations entières. Tout au long de la pandémie, l'utilisation de ces technologies s'est élargie, offrant peu d'occasions à la société civile de participer aux décisions visant à déterminer si ces technologies sont excessives, nécessaires, voire utiles.

86. Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, les technologies déployées comprennent les drones et les caméras de rue dotés de logiciels de reconnaissance faciale qui identifient les personnes dans les lieux publics sans masque et des outils de traçage numérique qui surveillent les déplacements des individus aux fins du contrôle de la propagation du virus grâce à la recherche rapide des contacts. Ces systèmes peuvent avoir des effets paralysants sur la société en raison de leur manque de transparence et de la difficulté d'obtenir réparation en cas d'erreur d'identification ou de supposition qui nous laisse tous vulnérables à leur identification. En outre, cette surveillance brise la confiance en une société, en particulier lorsqu'elle est liée à des systèmes de notation de crédits sociaux.

87. La recherche numérique des contacts a été adoptée par de nombreux gouvernements dans le cadre de leurs mesures de lutte contre la COVID-19 visant à endiguer la propagation du virus. Toutefois, l'utilisation de ces technologies numériques représente des menaces pour les droits humains (au-delà de ceux que posent les méthodes traditionnelles de traçage) en particulier lorsqu'elle n'est pas volontaire. En remplaçant la recherche manuelle des contacts par une recherche numérique, des risques apparaissent quant à l'égalité d'accès à la protection pour les personnes qui n'utilisent pas de smartphones.

88. Par ailleurs, le Rapporteur spécial craint que l'utilisation par les États de technologies intrusives, adoptées pour favoriser le droit à la santé pendant la pandémie, ne conduise au déploiement permanent de stratégies qui vont à l'encontre des droits fondamentaux et qui ne sont acceptables que dans le cadre d'une situation de crise, dans des conditions spécifiques et guidées par les principes de Syracuse. Il exhorte donc les États à garantir que toute mesure autoritaire prise pendant la pandémie de COVID-19 ne deviendra pas une fonction permanente du contrôle de l'État et à le démontrer grâce à des mécanismes de surveillance des droits de la personne.

89. Certains États envisagent l'utilisation de « passeports d'immunité », un mécanisme à travers lequel les personnes dont les analyses sanguines montrent la présence d'anticorps contre le virus se voient accorder davantage de libertés, notamment dans leurs déplacements. Le Rapporteur spécial est d'accord avec l'OMS sur le fait qu'il n'est pas possible actuellement de vérifier l'immunité d'une personne à la COVID-19, puisqu'aucun test efficace n'a été mis au point et qu'il n'existe aucune preuve que la guérison de la maladie confère une immunité suffisante et de longue durée⁶⁸.

90. La demande de vérification écrite pour les voyages internationaux n'est pas autorisée au titre de l'article 35 du Règlement sanitaire international. Le secret

⁶⁸ OMS, « Les "passeports d'immunité" dans le cadre de la COVID-19 » - Document d'information scientifique, 24 avril 2020.

médical et le respect de la vie privée des patients suscitent également de l'inquiétude, tout comme les risques de falsification ou d'achat de certificats, la discrimination dans l'accès aux tests et les incitations permanentes à contracter la COVID-19 afin d'obtenir un certificat.

91. Le Rapporteur spécial attire l'attention sur les problèmes liés aux droits humains que soulèvent ces propositions, ainsi que sur les effets potentiellement discriminatoires de l'utilisation de ces certificats sur les droits fondamentaux, y compris le droit à des conditions de travail justes et satisfaisantes, à l'éducation et à la participation publique. Il rappelle aux États que des approches similaires adoptées par le passé, associées au dépistage obligatoire du VIH pour les certificats de divulgation et de statut, ont engendré une importante discrimination et stigmatisation ainsi que des risques associés de stress physique et mental pour les personnes déjà marginalisées ou vulnérables. Ces approches ont en outre créé des inégalités et les ont perpétuées. Il importe de noter que ces procédures sont inefficaces dans la protection de la santé publique et qu'elles peuvent même avoir de graves effets négatifs si elles remplacent d'autres stratégies efficaces de santé publique.

VIII. Recommandations passées et tendances positives

92. Le Rapporteur spécial saisit l'occasion de son rapport final à l'Assemblée générale pour commenter les changements qu'il a observés au cours de son mandat de 2014 à 2020. Il a déclaré dans son premier rapport en 2014 ([A/HRC/29/33](#)) qu'il fallait tirer les leçons de certaines pratiques antérieures et actuelles qui montraient que toute hiérarchisation des droits de l'homme – le fait d'accorder plus d'importance à tels ou tels droits ou catégories de droits par rapport à d'autres – se soldait par des effets préjudiciables et des violations systémiques des droits de l'homme. Cet aspect demeure pertinent dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, dans lequel accorder la priorité à la santé publique peut – mais ne doit pas – servir à restreindre les droits humains.

93. La restriction des droits, notamment la liberté de circulation et les droits à la liberté et à la vie privée, ne doit intervenir qu'en cas de nécessité et de manière proportionnée, non discriminatoire, limitée dans le temps et aux seules fins de la lutte contre la pandémie actuelle. Il se félicite du retour au plein exercice de l'ensemble de droits humains dans certains pays qui ont réussi à contenir la propagation de la COVID-19.

94. L'interdépendance des droits humains, et la nécessité de respecter, de protéger et de rendre effectif tous les droits de l'homme afin de donner effet à tout droit fondamental, constituent un autre message que le Rapporteur spécial a mis en évidence. Il est persuadé que cela trouve un écho auprès des États et de la société civile qui constatent les conséquences disproportionnées de la COVID-19 sur les personnes qui subissent des atteintes de leurs droits fondamentaux, tels que la discrimination. Il prévoit qu'à mesure que la COVID-19 touchera les personnes en mauvaise santé et en situation vulnérable, les personnes âgées n'ayant pas de domicile sûr ou faisant l'objet de discrimination, la population demandera aux dirigeants de protéger les personnes désavantagées. Le monde recherche des dirigeants auxquels il peut accorder sa confiance, qui s'appuieront sur la science et les droits humains pour répondre à ces crises.

95. Au travers de ses 11 visites officielles dans des pays⁶⁹, le Rapporteur spécial a observé une hausse des investissements publics dans les soins de santé primaires, dont

⁶⁹ Ces visites couvrent la Malaisie, le Paraguay, la Croatie, l'Indonésie, le Nigéria, l'Algérie, l'Arménie, le Kirghizistan, le Canada, l'Équateur et les Fidji.

l'importance a été renforcée par l'accent mis sur une couverture sanitaire universelle dans les objectifs de développement durable. Pratiquement tous les pays visités ont fait état d'une amélioration des statistiques en matière de santé. Toutefois, ces statistiques générales comportent des poches cachées de pauvreté et de marginalisation, ainsi que des groupes qui souffrent de discrimination et de problèmes de santé.

96. La Convention relative aux droits des personnes handicapées a eu un effet positif sur la perception des personnes ayant des handicaps intellectuels, cognitifs et psychosociaux ainsi que des personnes en détresse mentale et sur le soutien qui leur est apporté.

97. La Convention exige de passer de modèles de traitements médicalisés et coercitifs à des approches fondées sur les droits. Le Rapporteur spécial a fait remarquer que les nombreuses mesures prises pour élaborer et renforcer les soins de santé primaires et spécialisés, associées à l'investissement dans des mesures innovantes de réformes de santé mentale et d'approches interdisciplinaires visant à traiter la consommation de drogues et la dépendance à celles-ci, ainsi que dans la fourniture de soins dignes aux personnes souffrant de maladies chroniques. Comme indiqué dans son rapport sur la privation de liberté et le droit à la santé (A/HRC/38/36), la Convention, soutenue par des engagements politiques fermes⁷⁰, a amené le monde à se libérer d'un modèle de coercition et d'internement dans les établissements de santé mentale.

98. Le Rapporteur spécial salue également la mise en place de nouveaux engagements politiques plus forts à l'échelle internationale visant à réduire les taux d'incarcération, le cas échéant⁷¹. Il a constaté que plusieurs entités du système des Nations Unies et mécanismes des droits humains ont demandé la fermeture immédiate des centres de détention obligatoires pour toxicomanes et/ou un mouvement vers la dépénalisation des infractions non violentes liées à la drogue, des relations homosexuelles et de la prostitution ainsi que vers l'octroi de la reconnaissance juridique des personnes transgenres⁷².

99. Le Rapporteur spécial s'est félicité de l'acceptation de ses rapports thématiques et de ceux produits après les visites de pays. Les États et la société civile l'ont encouragé en saluant ses efforts axés sur la nécessité d'améliorer les déterminants sociaux et les facteurs fondamentaux de la santé et de reconnaître le rôle que jouent la violence et la marginalisation pour empêcher la population de jouir pleinement de son droit à la santé.

100. Depuis la pandémie de COVID-19, le Rapporteur spécial a été heureux de constater l'apparition de facteurs de protection des droits humains, y compris la solidarité, la résilience des communautés et des sociétés et, dans certains pays, une meilleure confiance entre les autorités, la société civile et le secteur privé. Il espère

⁷⁰ Voir, par exemple, la résolution 36/13 du Conseil des droits de l'homme.

⁷¹ Par exemple la Déclaration de Doha sur l'intégration de la prévention de la criminalité et de la justice pénale dans le programme d'action plus large de l'Organisation des Nations Unies visant à faire face aux problèmes sociaux et économiques et à promouvoir l'état de droit aux niveaux national et international et la participation du public.

⁷² Voir A/65/255 ; A/HRC/32/32 ; la déclaration conjointe d'entités des Nations Unies sur les centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes de mars 2012, disponible à l'adresse suivante : https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_fr.pdf ; la déclaration commune des Nations Unies sur l'éradication de la discrimination dans les milieux de soins de santé disponible de juin 2017 à l'adresse suivante : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_fr.pdf ; et HCDH « Tackling the world drug problem: UN experts urge States to adopt human rights approach », 18 avril 2016.

que les principes universels des droits humains, qui sont déterminants pour l'exercice du droit à la santé, la réalisation des objectifs de développement durable et la promotion de la paix et de la sécurité, seront redynamisés et soutenus par les États.

101. La reconnaissance de la santé en tant que droit humain s'est largement répandue depuis l'épidémie de VIH. Les difficultés et les réussites qui jalonnent la voie vers l'élimination du sida illustrent le caractère indivisible des droits humains, ainsi que la nécessité de surmonter la discrimination dans la législation et la pratique, tant au sein des services de soins de santé qu'au-delà.

102. Tout au long de son mandat, le Rapporteur spécial a appliqué un cadre de droit à la santé, intégré et indivisible s'inscrivant dans le respect des principes universels des droits humains, dans le cadre de plusieurs priorités de santé publique, ce qui s'est avéré inestimable pour éclairer les mesures de lutte contre la COVID-19 fondée sur les droits. À partir de ses observations faites au cours des six dernières années, il formule les recommandations finales ci-après.

IX. Conclusions et optimisme

103. **Une approche fondée sur les droits humains constitue un moyen efficace de s'attaquer aux questions liées à la santé et de contribuer à la réalisation du droit à la santé. Lors d'épidémies, de pandémies ou d'autres crises de santé publique, il est essentiel de promouvoir et de protéger tous les droits humains, en particulier ceux des personnes vulnérables, pour gérer efficacement la crise.**

104. **L'indivisibilité et l'interdépendance des droits humains sont devenues évidentes pendant l'épidémie de sida. Ces caractéristiques demeurent importantes alors que le monde est confronté à la pandémie de COVID-19. La réalisation du droit à la santé physique et mentale (que ce soit avant, pendant ou après une crise de santé publique) exige le respect de l'ensemble des droits humains. Par conséquent, la prévention des urgences de santé publique touche aux droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels et garantit que la promotion de la santé est disponible, accessible et acceptable pour tous.**

105. **Le Rapporteur spécial encourage vivement l'OMS à rappeler à ses États membres et aux autres parties prenantes qu'elle a été établie sur les principes des droits humains. La protection de ces principes constitue donc une condition préalable indispensable pour la gestion durable et efficace de la COVID-19 et pour le plein exercice du droit à la santé physique et mentale. Conformément à l'appel à la solidarité mondiale lancé par le Secrétaire général, les États Membres doivent impérativement soutenir pleinement l'OMS, sur les plans financier et politique, afin qu'elle puisse exécuter son mandat en matière de santé mondiale de manière globale et claire en se fondant sur les droits humains.**

106. **Une réponse à la COVID-19 fondée sur les droits humains requiert une couverture sanitaire universelle et des systèmes de santé robustes de façon à mettre des tests de dépistage et un traitement à la disposition de toutes les personnes qui en ont besoin. Au-delà des soins de santé immédiats, il est également nécessaire de protéger les groupes vulnérables et marginalisés contre les conséquences économiques et sociales de la pandémie.**

107. **La pandémie de COVID-19 nous amène à repenser d'urgence les approches et politiques relatives aux prisons et aux sanctions. Le Rapporteur spécial rappelle à tous les États que les décisions prises en cette période doivent respecter les droits des adultes et des enfants incarcérés, y compris leur droit à la santé, et que les mesures de lutte contre la pandémie pourraient ouvrir la voie à de nouvelles orientations de réforme.**

108. Il est urgent de s'attaquer aux lois et attitudes discriminatoires dépassées en matière de santé mentale mondiale et d'adopter des approches fondées sur les droits afin de soutenir les personnes ayant des handicaps intellectuels, cognitifs et psychosociaux, ainsi que celles souffrant de détresse mentale. Plus particulièrement, il n'est plus acceptable de recourir à la coercition et à l'internement obligatoire des personnes nécessitant des soins de santé mentale et un soutien. Il convient de mettre un terme à la séparation traditionnelle entre les soins et établissements de santé mentale et les services qui fournissent des soins de santé physique.

109. Lors de l'élaboration de plans de relance économique et de dispositifs de soutien en cas de pandémie, les États doivent adopter les principes des droits humains afin de garantir que les voix des membres des collectivités sont entendues dans un effort de protection de leur environnement et de leurs moyens de subsistance de manière durable et favorable à la nature.

110. Les inégalités en matière de santé ne pourront jamais être surmontées par le système de santé à lui seul. Les déterminants sociaux sous-jacents de la santé vont au-delà du secteur des soins de santé. La plupart des causes principales de la mauvaise santé mentale et physique découlent de violations d'autres droits humains, y compris les droits à l'égalité, à la dignité, à la sécurité et à une participation égale à la société. Le Rapporteur spécial invite instamment les systèmes de formation des travailleurs et travailleuses de la santé à promouvoir une compréhension plus large des causes d'un mauvais état de santé. Il encourage tous les travailleurs de la santé à devenir des défenseurs des droits humains.