



Assemblée générale

Distr.
GÉNÉRALE

A/HRC/7/11
31 janvier 2008

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

CONSEIL DES DROITS DE L'HOMME
Septième session
Point 3 de l'ordre du jour

**PROMOTION ET PROTECTION DE TOUS LES DROITS DE L'HOMME,
CIVILS, POLITIQUES, ÉCONOMIQUES, SOCIAUX
ET CULTURELS**

**Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir
du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Paul Hunt**

Résumé

Le droit au meilleur état de santé possible peut être compris comme le droit à un système de santé efficace et intégré, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, adapté aux priorités nationales et locales et accessible à tous.

Dans sa décision 2/108, le Conseil des droits de l'homme a demandé au Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible d'identifier et d'étudier, compte tenu du niveau de développement des pays et dans la perspective du droit à la santé, les caractéristiques essentielles d'un système de santé efficace, intégré et accessible. Le présent rapport répond à cette demande.

Il est de plus en plus couramment admis qu'un système de santé solide est un élément indispensable d'une société bien portante et juste. Dans toute société, un système de santé efficace est une institution fondamentale, au même titre qu'un appareil judiciaire équitable ou qu'un système politique démocratique. Toutefois, d'après une publication récente de l'Organisation mondiale de la santé, les systèmes de santé de nombreux pays fonctionnent mal ou sont même au bord de la faillite.

Le présent rapport retrace brièvement certaines des étapes historiques du développement des systèmes de santé, comme l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978). Sur la base des règles de bonne pratique en matière de santé et du droit au meilleur état de santé possible, il définit une approche générale du renforcement des systèmes de santé (chap. II, sect. C) qui devrait être appliquée, de manière cohérente et systématique, à tous les éléments constitutifs d'un système de santé opérationnel. À titre d'exemple, il expose les moyens d'appliquer cette approche générale à deux des éléments constitutifs d'un système de santé (chap. II, sect. E).

Dans la section F, après avoir rappelé comment le principe du droit à un procès équitable a aidé à renforcer les systèmes judiciaires, l'auteur du rapport fait valoir que, de la même façon, le droit au niveau de santé le plus élevé possible peut aider à renforcer les systèmes de santé.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. INTRODUCTION	1 – 11	4
II. LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LE DROIT AU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ POSSIBLE	12 – 123	5
A. Les systèmes de santé: quelques étapes historiques	20 – 33	7
B. Définitions	34 – 35	10
C. Approche générale du renforcement des systèmes de santé fondée sur le droit à la santé	36 – 66	10
D. Les éléments constitutifs d'un système de santé	67 – 73	19
E. L'approche générale appliquée à certaines actions spécifiques visant le renforcement des systèmes de santé.....	74 – 108	20
F. Le droit à la santé comme contribution à la mise en place d'un système de santé de même que le droit à un procès équitable contribue à l'établissement d'un système judiciaire.....	109 – 123	26
III. CONCLUSIONS.....	124 – 127	28

I. INTRODUCTION

1. Par sa résolution 6/29, le Conseil des droits de l'homme a décidé de proroger le mandat du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible («droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint» ou «droit à la santé»), tel qu'il est défini dans les résolutions 2002/31 et 2004/27 de la Commission des droits de l'homme. Le présent rapport est soumis en vertu de cette résolution.
2. Le Rapporteur spécial a soumis à l'Assemblée générale, à sa soixante-deuxième session en octobre 2007, un rapport intérimaire (A/62/214) dans lequel étaient abordées trois questions: premièrement, les moyens de donner la priorité voulue aux interventions de santé avec des budgets limités; deuxièmement, les éléments d'une méthode d'évaluation d'impact sur le droit à la santé et, troisièmement, l'importance vitale des déterminants de la santé, en particulier l'accès à de l'eau potable et un assainissement adéquat. Ce rapport présentait également une vue d'ensemble des activités du Rapporteur spécial entre novembre 2006 et juillet 2007.
3. Entre juillet et décembre 2007, le Rapporteur spécial a effectué deux missions – l'une en Colombie (en septembre) sur les pulvérisations aériennes des plantations illicites de coca le long de la frontière avec l'Équateur et l'autre en Inde (en novembre) sur la mortalité maternelle. Des rapports de ces missions seront soumis au Conseil des droits de l'homme en septembre 2008.
4. En août 2007, dans le cadre de la série de conférences de la Fondation internationale John D. et Catherine T. MacArthur sur les questions de démographie, le Rapporteur spécial a fait une communication à Abuja (Nigéria) sur les objectifs du Millénaire pour le développement et le droit au meilleur état de santé possible.
5. Le 19 septembre 2007 a été lancé un projet d'élaboration de lignes directrices à l'intention des sociétés pharmaceutiques au sujet de l'accès aux médicaments, qui a inauguré un long processus de consultations publiques. Une version préliminaire révisée de lignes directrices établie à la lumière de ces consultations sera publiée en 2008.
6. À l'Université de Toronto, le Rapporteur spécial a également donné une conférence publique sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Le même mois, il a prononcé une allocution lors d'une conférence organisée à Londres par Action for Global Health.
7. En octobre 2007, le Rapporteur spécial a été l'un des principaux intervenants à la huitième Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé, tenue à Dublin, Irlande. Il a également tenu une consultation, sous les auspices de la British Medical Association, sur le thème de la responsabilisation et du droit à la santé. À New York, il s'est rendu à l'Open Society Institute où il a débattu de ses activités sur le VIH/sida. Par ailleurs, il a participé à une consultation organisée par la Mission permanente du Brésil auprès de l'ONU sur le projet de lignes directrices à l'intention des sociétés pharmaceutiques au sujet de l'accès aux médicaments. Toujours en octobre, il a pris la parole à l'occasion du lancement, intervenu lors de la conférence convoquée à Londres sur le thème «Les femmes donnent la vie», d'une nouvelle initiative internationale relative à la mortalité maternelle et aux droits de l'homme.

8. En novembre, le Rapporteur spécial a organisé, avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), un atelier sur les moyens d'intégrer les droits en matière de santé sexuelle et génésique au système de défense des droits de l'homme de l'ONU. Cet atelier a eu lieu au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) à Genève. Toujours en novembre, le Rapporteur a soumis à la Cour européenne des droits de l'homme, au sujet de l'affaire *RR c. Pologne*, des observations écrites sur la question de savoir si refuser à une femme l'accès à un dépistage génétique prénatal permettant de déceler une anomalie fœtale va à l'encontre des obligations incombant à un État en vertu de l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

9. Au mois de décembre, le Rapporteur spécial a donné la première Conférence annuelle sur le paludisme et les droits de l'homme, organisée conjointement par la Coalition against Malaria et l'European Alliance against Malaria.

10. Tout au long de la période considérée, le Rapporteur spécial a tenu plusieurs consultations, en plus de celles dont il a déjà été fait état, sur le projet de lignes directrices à l'intention des sociétés pharmaceutiques au sujet de l'accès aux médicaments, notamment avec la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM) et la société pharmaceutique Novo Nordisk.

11. Le Rapporteur spécial exprime sa gratitude à tous ceux qui lui ont accordé leurs conseils, leur aide et leur temps.

II. LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LE DROIT AU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ POSSIBLE

12. Ces soixante dernières années, la politique et la pratique de la communauté internationale et des États ont confirmé que la santé n'est pas seulement un droit de la personne humaine mais aussi un élément fondamental du développement durable, de la lutte contre la pauvreté et de la prospérité économique. Récemment, il est également apparu de plus en plus clairement qu'un système de santé solide est un élément indispensable d'une société bien portante et juste. Dans toute société, un système de santé efficace est une institution fondamentale, au même titre qu'un appareil judiciaire équitable ou qu'un système politique démocratique¹.

13. Or, d'après une publication récente de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les systèmes de santé de nombreux pays se détériorent et s'effondrent. Dans trop de pays, les systèmes de santé sont au bord de la faillite ou accessibles seulement à certains groupes de la population². Trop souvent, ils sont inéquitables, arriérés et peu sûrs, et les résultats en matière de santé sont scandaleusement faibles dans la plus grande partie du monde en développement; par

¹ L. Freedman, «Achieving the MDGs: Health systems as core social institutions», *Development*, 2005, vol. 48, n° 1, p. 19 à 24 (accessible à l'adresse <http://www.palgrave-journals.com/development/journal/v48/n1/pdf/1100107a.pdf>).

² *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO, 2007, p. 1 (accessible à l'adresse http://who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

ailleurs, la persistance de profondes inégalités dans l'état de santé est un problème dont n'est exempt aucun pays du monde. La faillite des systèmes de santé est au cœur de cette crise³.

14. L'OMS confirme également que le développement durable dépend de systèmes de santé efficaces et qu'il sera impossible d'atteindre les objectifs fixés aux niveaux national et international – dont les objectifs du Millénaire pour le développement – sans investir davantage et mieux dans les systèmes et les services de santé⁴.

15. Le droit au meilleur état de santé possible peut être compris comme le droit à un système de santé efficace et intégré, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, adapté aux priorités nationales et locales et accessible à tous.

16. Ainsi, ce n'est que par la mise en place de systèmes de santé et leur renforcement que pourront être assurés un développement durable, une réduction de la pauvreté, la prospérité économique, une amélioration de la santé des individus et des populations ainsi que le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

17. Dans sa décision 2/108, le Conseil des droits de l'homme a demandé au Rapporteur spécial de mentionner, lorsqu'il présenterait son rapport, la possibilité d'identifier et d'étudier «les caractéristiques essentielles d'un système sanitaire efficace, intégré et accessible». Le Rapporteur a également été prié de tenir compte à cet effet «du niveau de développement des pays et d'agir dans la perspective du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint».

18. Le présent rapport envisage les systèmes de santé dans cette perspective, s'appuyant sur les résultats de nombreuses consultations et sur l'étude d'une abondante littérature intéressant aussi bien la médecine que la santé publique⁵. Surtout, il repose sur une connaissance approfondie des règles de bonne pratique dans le domaine de la santé et du principe du droit au meilleur état de santé possible. Toutes les caractéristiques et mesures énumérées ici figurent déjà dans certains systèmes de santé, sont reconnues par certains instruments relatifs à la santé mondiale (comme la Déclaration d'Alma-Ata) ou sont préconisées dans la littérature mais elles ne sont généralement pas considérées comme relevant des droits de l'homme.

19. Ce rapport souligne comment le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint sous-tend et renforce un système de santé efficace, intégré et accessible à tous et pourquoi cela est important.

³ Ibid.

⁴ Ibid., p. v.

⁵ Le Rapporteur spécial s'est appuyé pour ce rapport sur les résultats de consultations tenues au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, aux États-Unis d'Amérique, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Suisse, en Italie et au Zimbabwe avec de nombreux partenaires de pays en développement et développés et aussi de populations autochtones. Il est profondément reconnaissant à tous ceux qui ont organisé ces réunions et y ont participé.

A. Les systèmes de santé: quelques étapes historiques⁶

20. On peut dire qu'il existe des systèmes de santé depuis que l'homme essaie de se prémunir contre la maladie, mais la mise en place de systèmes de santé organisés remonte à à peine cent ans, même dans les pays industrialisés. Ce sont des institutions politiques et sociales dans lesquelles interviennent généralement les secteurs public, privé et bénévole. Beaucoup ont connu plusieurs phases, parfois parallèles et concurrentes, de développement et de réformes sur le modèle des valeurs et des objectifs en vigueur à l'échelle nationale et internationale.

21. L'une des premières tentatives qui aient été faites pour rassembler les idées sur l'action de santé au sein d'un cadre unique de politique générale a trouvé son expression dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, établie par les Ministres de la santé du monde entier et adoptée le 12 septembre 1978 à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Ce texte fondateur ne prétend pas traiter de la question des systèmes de santé dans sa globalité⁷; il s'attache au contraire à définir certains des éléments essentiels d'un système de santé efficace et reste tout à fait pertinent du point de vue du renforcement des systèmes de santé.

22. La Déclaration commence par l'affirmation que l'accès au niveau de santé le plus élevé possible est un droit fondamental de l'être humain. On y trouve plusieurs thèmes récurrents qui tous intéressent les systèmes de santé dans les pays développés comme dans les pays en développement⁸, et font ressortir l'importance des éléments ci-après:

- a) Équité;
- b) Participation communautaire;
- c) Approche multisectorielle des problèmes de santé;
- d) Planification efficace;
- e) Systèmes intégrés d'orientation – recours;
- f) Promotion de la santé;
- g) Formation appropriée des ressources humaines;
- h) Coopération internationale.

⁶ Cette section s'inspire en grande partie du document *Everybody's Business...* (note 2 plus haut), p. 9.

⁷ Pour une vision plus générale, se reporter au *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*, OMS, 2000.

⁸ Ce passage s'inspire dans une large mesure de A. Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, Oxford University Press, 2007, p. 63 et 64.

23. À côté de ces thèmes, la Déclaration met l'accent sur plusieurs actions de santé essentielles:

- a) Éducation concernant les problèmes de santé qui se posent;
- b) Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- c) Approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base;
- d) Protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale;
- e) Vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- f) Prévention et contrôle des endémies locales;
- g) Traitement des maladies et lésions courantes;
- h) Fourniture de médicaments essentiels.

24. Depuis 1978, plusieurs autres questions – notamment l'égalité des sexes, l'environnement, les incapacités, la santé mentale, les systèmes de santé traditionnels, le rôle du secteur privé et l'obligation de rendre des comptes – se sont imposées comme revêtant une importance de plus en plus grande. Elles doivent désormais être prises en compte par rapport au texte de la Déclaration.

25. L'un des traits les plus marquants de la Déclaration est qu'elle recouvre les domaines interreliés que sont la médecine, la santé publique et les droits de l'homme. Ainsi, elle traite des soins de santé, par exemple de l'accès aux médicaments essentiels, et de la santé publique, par exemple de la participation communautaire et de l'accès à de l'eau saine, qui sont des éléments fondamentaux du droit au meilleur état de santé possible. Elle se situe au confluent de la médecine, de la santé publique et des droits de l'homme. Cette convergence est également soulignée dans l'Observation générale n° 14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12) selon laquelle, au paragraphe 43, «la Déclaration d'Alma-Ata définit des orientations décisives au sujet des obligations fondamentales découlant de l'article 12» (du Pacte) sur le droit au meilleur état de santé possible.

26. Depuis que la Déclaration a été adoptée, certains de ses éléments ont été développés. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) par exemple a posé les fondations de l'action moderne de promotion de la santé. Au-delà du cadre d'une approche axée sur les soins, elle met l'accent sur le rôle vital d'actions plurisectorielles de prévention et de promotion pour de nombreux problèmes de santé.

27. Pour la plupart, pourtant, les messages centraux de la Déclaration d'Alma-Ata ont été perdus de vue au cours des années 80 et 90. Pour toutes sortes de raisons, il y a eu un changement d'orientation en faveur d'interventions biomédicales verticales (ou sélectives). Nés de la vague de néolibéralisme, différents programmes d'ajustement structurel se sont traduits par une diminution des budgets de la santé et l'introduction de services facturés aux usagers. Comme l'a récemment fait observer l'OMS, les résultats étaient prévisibles. Les pauvres ont été

dissuadés de se faire soigner et les paiements à la charge des usagers ont généré des recettes limitées. Par ailleurs, l'obligation de maintenir un réseau d'hôpitaux et de dispensaires sous-équipés alors que les ressources humaines et financières disponibles allaient de plus en plus à des programmes verticaux a imposé aux systèmes de santé des contraintes de plus en plus fortes qui les ont menés au bord de la faillite⁹.

28. Ces observations de l'OMS, étonnantes, inspirent un sentiment de honte. On a introduit des politiques internationales et nationales qui – comme l'on pouvait s'y attendre – ont conduit les systèmes de la santé au bord de la faillite.

29. Alors que la crise sanitaire s'aggravait, «efficacité» est devenue le maître mot et l'objectif premier des réformes du secteur de la santé a été de faire davantage avec moins¹⁰. Ce n'est que vers le tournant du siècle que la communauté internationale a commencé à se rendre compte qu'il était tout bonnement impossible de faire fonctionner des systèmes de santé pour 10 dollars ou moins par habitant.

30. Depuis quelques années, les fonds internationaux disponibles pour la santé ont sensiblement augmenté et certains États ont également accru leur budget de la santé. Les fonds supplémentaires investis par des partenaires extérieurs comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) étaient destinés à combattre des maladies et des problèmes particuliers mais ces initiatives ont mis en évidence (certains diraient aggravé) l'état de délabrement dans lequel se trouvent de nombreux systèmes de santé. On a commencé à se rendre compte que de telles initiatives ne pourraient porter leurs fruits en l'absence de systèmes de santé efficaces, renforcés. De même, on prend de plus en plus conscience de la gravité de la crise qui affecte les ressources humaines pour la santé, notamment de l'exode des compétences des pays pauvres vers les pays riches, en un renversement pervers de la situation¹¹.

31. En 2005, reconnaissant que des systèmes de santé inappropriés entravaient les progrès vers une amélioration de la couverture vaccinale, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a décidé d'en appuyer le renforcement en allouant à cet effet, en un premier temps, un montant de 500 millions de dollars pour la période 2006-2010¹². Lancé en 2007, le Partenariat international pour la santé – pacte mondial conçu pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé – vise la mise en place de systèmes de santé dans certains des pays les plus pauvres du monde. Il faut espérer que ses effets ne se borneront pas à une utilisation plus rationnelle de l'aide existante mais qu'il sera également capable de générer des ressources additionnelles.

⁹ *Everybody's Business...* (voir la note 2 plus haut), p. 9.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Pour le rapport du Rapporteur spécial sur la fuite des compétences, voir le document A/60/348, par. 18 à 89.

¹² Voir http://www.gavialliance.org/resources/HSS_Background.pdf.

32. À mesure que des ressources accrues sont investies dans les systèmes de santé, la décision 2/108 prend toute sa pertinence. Il est important de préciser le lien qui existe entre les systèmes de santé et le droit au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre. De cette façon, le droit au meilleur état de santé possible et la connaissance des règles de bonne pratique dans le domaine de la santé peuvent apporter une contribution concrète et constructive au renforcement des systèmes de santé.

33. Par ailleurs, les États sont tenus de remplir les obligations qu'ils ont contractées aux niveaux international et national en matière de droits de l'homme. En définissant les caractéristiques d'un système de santé qui découlent du droit au meilleur état de santé possible, on peut aider les États à s'assurer que leurs politiques et leurs pratiques sont conformes à leurs obligations en matière de droits de l'homme.

B. Définitions

34. Il existe de multiples définitions de ce qu'est un système de santé. Dans un document important publié par l'OMS en 1991, Tarimo définit un système de santé comme l'ensemble d'éléments interliés qui contribuent à la santé à la maison, dans les établissements d'enseignement, sur les lieux de travail, dans les lieux publics et les communautés ainsi que dans l'environnement physique et psychologique et le secteur de la santé et les secteurs connexes¹³. En 2007, l'OMS a adopté une définition plus étroite selon laquelle un système de santé est composé de l'ensemble des organisations, des individus et des actions dont le but premier est de promouvoir, restaurer ou préserver la santé¹⁴. La littérature contient bien d'autres définitions dont chacune présente des différences et des nuances subtiles.

35. En l'occurrence, il n'est pas nécessaire de distinguer une définition de préférence à d'autres car toutes les caractéristiques et mesures définies ici devraient faire partie de tout système de santé, quelle qu'en soit la définition.

C. Approche générale du renforcement des systèmes de santé fondée sur le droit à la santé

36. Les normes internationales relatives aux droits de l'homme définissent le contenu et les contours du droit au meilleur état de santé possible. Depuis une dizaine d'années, des États, des organisations internationales, des dispositifs internationaux et nationaux relatifs aux droits de l'homme, des tribunaux, des organisations de la société civile, des universitaires et bien d'autres se sont mis à explorer ce que recouvre ce droit et comment il peut être appliqué. Ce sont les agents de santé dont la contribution à ce processus est la plus décisive.

37. À partir de cette expérience de plus en plus féconde et de la connaissance des bonnes pratiques dans le domaine de la santé, cette section définit une approche du renforcement des

¹³ E. Tarimo, *Towards a Healthy District Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*, WHO, 1991, p. 4.

¹⁴ *Everybody's Business...* (voir la note 2 plus haut), p. 2.

systèmes de santé fondée sur le droit au meilleur état de santé possible. Faute de place, cet exposé succinct ne peut être qu'une introduction.

1. Au centre: le bien-être des individus, des communautés et des populations

38. Un système de santé pose de nombreux problèmes techniques dont la solution exige bien entendu l'intervention de spécialistes. Le risque toutefois est que les systèmes de santé ne deviennent des structures impersonnelles et hiérarchisées dominées par des experts. De plus, comme le note une publication récente de l'OMS, les systèmes et les services de santé sont principalement axés sur la maladie et non sur l'individu, dont le corps et l'esprit forment un tout qui doit être traité avec dignité et respect¹⁵. Cette publication conclut que les soins et les systèmes de santé devraient suivre une approche plus globale centrée sur les individus¹⁶. Cette approche est également celle que requiert la mise en œuvre du droit au meilleur état de santé possible. Parce qu'il fait du bien-être des individus, des communautés et des populations l'objectif central des services de santé, le droit à la santé peut aider à éviter que les systèmes de santé ne soient trop technocratiques ou éloignés de ceux qu'ils sont censés desservir.

2. Des résultats, mais aussi des méthodes d'action

39. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint exige des résultats mais concerne également les moyens utilisés. Il ne s'agit pas uniquement de ce que fait un système de santé (par exemple, donner accès à des médicaments essentiels et à de l'eau potable) mais aussi de la façon dont il le fait (par exemple, en toute transparence, en privilégiant la participation et sans discrimination).

3. Transparence

40. L'accès aux informations sanitaires est un élément essentiel d'un système de santé efficace, ainsi que de l'exercice du droit au meilleur état de santé possible. C'est dans la mesure où ils sont informés que les individus et les communautés peuvent promouvoir leur propre santé, offrir une participation utile, réclamer des prestations de qualité, suivre les progrès des actions engagées, dénoncer les cas de corruption, demander des comptes, etc. L'obligation de transparence s'applique à tous ceux qui interviennent dans des secteurs liés à la santé, y compris les États, les organisations internationales, les partenariats public-privé, les entreprises et les organisations de la société civile.

4. Participation

41. Les individus et les communautés ont tous le droit de participer activement et en connaissance de cause aux actions qui concernent leur santé. Dans le contexte des systèmes de santé, c'est le droit de participer à la définition des grandes stratégies, à la prise des décisions, à l'exécution des mesures prises et à leur justification.

¹⁵ *People at the Centre of Health Care: Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems*, WHO, 2007, p. v.

¹⁶ *Ibid.*, p. vii.

L'importance de la participation communautaire est l'un des thèmes récurrents de la Déclaration d'Alma-Ata. Surtout, en vertu du respect des droits de l'homme, il incombe aux États d'établir des arrangements institutionnels pour la participation active et éclairée de toutes les parties prenantes, y compris des communautés défavorisées¹⁷. Ces questions ont été traitées dans plusieurs rapports du Rapporteur spécial, notamment ceux sur l'Ouganda et la déficience mentale¹⁸.

5. Équité, égalité et non-discrimination

42. L'égalité et la non-discrimination sont parmi les éléments les plus fondamentaux des normes internationales relatives aux droits de l'homme, y compris le droit au meilleur état de santé possible. Les États ont l'obligation juridique de veiller à ce que leurs systèmes de santé soient accessibles à tous sans discrimination, y compris aux personnes vivant dans la pauvreté, aux minorités, aux populations autochtones, aux femmes, aux enfants, aux habitants des taudis et des zones rurales, aux personnes handicapées et aux autres individus et communautés défavorisés. Il faut aussi que le système de santé soit en mesure de répondre aux besoins particuliers des femmes, des enfants, des adolescents, des personnes âgées, etc. Les principes jumeaux d'égalité et de non-discrimination imposent de conduire des actions de solidarité garantissant dans la pratique aux individus et aux communautés défavorisés les mêmes possibilités d'accès que celles offertes à ceux qui sont plus privilégiés.

43. Les concepts d'égalité et de non-discrimination sont voisins de la notion d'équité, essentielle dans le domaine de la santé. Il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'équité qui peut cependant être utilement définie comme «l'égalité d'accès aux prestations de santé en fonction des besoins»¹⁹. À ces trois concepts s'attache une composante justice sociale. À certains égards, les principes d'égalité et de non-discrimination, qui sont consacrés par le droit, ont plus de pouvoir que celui d'équité. Par exemple, un État qui ne prendrait pas de mesures contre la discrimination raciale au sein du système de santé pourrait être tenu pour responsable et requis de rectifier la situation. Il pourrait en aller exactement de même si un système de santé était accessible aux riches mais non aux pauvres.

6. Respect des différences culturelles

44. Un système de santé doit être respectueux des différences culturelles. Les agents de santé devraient par exemple être sensibles aux questions d'appartenance ethnique et de pratiques culturelles. Il faudrait aussi que soient prises en compte les pratiques traditionnelles en matière de prévention, de soins curatifs et de médicaments. Des stratégies devraient être mises en place pour encourager par exemple des membres des populations autochtones à étudier la médecine et la santé publique, mais l'étude de certaines pratiques médicales traditionnelles devrait elle aussi

¹⁷ Voir H. Potts, *Human Rights in Public Health: Rhetoric, Reality and Reconciliation*, Ph. D. thesis, Monash University, Melbourne, Australie, 2006.

¹⁸ E/CN.4/2006/48/Add.2 et E/CN.4/2005/51.

¹⁹ *An Introduction to Health Planning...* (note 8 plus haut), p. 64.

être encouragée²⁰. Le respect des valeurs culturelles est bien entendu un droit par principe mais il présente aussi un intérêt pratique comme l'a fait observer Thoraya Ahmed Obaid, Directeur exécutif du FNUAP, selon lequel prendre en compte les sensibilités culturelles conduit à un taux plus élevé d'acceptation et d'implication de la part de la communauté et favorise la pérennité des programmes²¹.

7. Les soins médicaux et les déterminants de la santé

45. La santé des individus, des communautés et des populations demande plus que des soins médicaux. C'est pour cette raison que selon les normes internationales relatives aux droits de l'homme, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est un droit global dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les déterminants fondamentaux de la santé tels que l'accès à de l'eau potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à des quantités suffisantes d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu, l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique, et l'interdiction de la discrimination²². Les déterminants sociaux de la santé tels que le sexe, la pauvreté et l'exclusion sociale sont des éléments majeurs du droit au meilleur état de santé possible et, dans ses rapports, le Rapporteur spécial a toujours tenu compte des soins médicaux et des déterminants fondamentaux de la santé, notamment l'incidence de la pauvreté et de la discrimination sur la santé. En bref, le droit au meilleur état de santé possible concerne aussi bien les soins médicaux que la santé publique et c'est dans cette perspective qu'il peut contribuer au renforcement des systèmes de santé.

8. Mise en œuvre progressive et limites des ressources disponibles

46. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ne peut être mis en œuvre que progressivement et dans la limite des ressources disponibles. En d'autres termes, il n'implique pas l'exigence absurde de voir créé en un clin d'œil un système complet et intégré de santé. Le respect des droits de l'homme exige plutôt que les États prennent les mesures voulues pour instaurer progressivement un système efficace de santé accessible à tous. Les exigences de la médecine et de la santé publique sont du même ordre: la Déclaration d'Alma-Ata par exemple évoque une «amélioration progressive»²³. De même, la notion de droit à la santé est réaliste: elle exige davantage des pays riches que des pays pauvres; en d'autres termes, la mise en œuvre du droit à la santé est tributaire des moyens disponibles.

²⁰ Pour prendre connaissance des observations du Rapporteur spécial sur les populations autochtones et le droit au meilleur état de santé possible, voir par exemple les documents A/59/422 et E/CN.4/2005/51/Add.3.

²¹ *Culture Matters – Working with communities and faith-based organizations: Case studies from country programmes*, FNUAP, 2004, p. v.

²² Voir par exemple l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant: Les soins de santé comprennent les soins dentaires.

²³ Sect. VII, par. 6.

47. Ces deux notions – mise en œuvre progressive et limites des ressources disponibles – ont de nombreuses incidences sur les systèmes de santé, dont certaines sont brièvement exposées plus loin. Ainsi, parce qu'une mise en œuvre progressive ne peut être spontanée, tout État se dotant d'un système de santé doit élaborer un plan national complet englobant les secteurs public et privé. L'importance cruciale que revêt la planification est affirmée dans la littérature médico-sanitaire, la Déclaration d'Alma-Ata et l'Observation générale n° 14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (pour d'autres observations sur la planification, voir la section E plus loin).

48. La mise en œuvre progressive suppose aussi l'existence d'indicateurs et de repères appropriés permettant de déterminer si l'État améliore son système de santé et met progressivement en œuvre le droit au meilleur état de santé possible. Il faut aussi que ces indicateurs soient ventilés en fonction de catégories appropriées comme le sexe, la situation socioéconomique et l'âge afin que les pouvoirs publics sachent si leurs programmes de solidarité en faveur des individus et des communautés défavorisés portent leurs fruits. Beaucoup de systèmes de santé comportent déjà des indicateurs et des critères mais ceux-ci présentent rarement toutes les caractéristiques jugées importantes du point de vue des droits de l'homme, par exemple une ventilation en fonction de catégories appropriées²⁴.

49. Troisièmement, la notion de mise en œuvre progressive implique que soit en tous cas maintenu le niveau de santé atteint. C'est ce qui est parfois appelé principe de non-rétrogradation²⁵. Bien qu'elle soit réfutable dans certaines circonstances bien précises, la présomption est que toute mesure susceptible de réduire le niveau de santé atteint est inacceptable.

50. Enfin, la notion de mise en œuvre progressive ne signifie pas que l'État est libre de choisir les mesures qu'il compte prendre pour autant qu'elles permettent de progresser. L'État a le devoir d'appliquer les mesures les plus efficaces compte tenu des ressources disponibles et d'autres considérations relatives aux droits de l'homme.

9. Obligations fondamentales avec effet immédiat

51. Bien qu'il puisse être mis en œuvre progressivement et dans les limites des ressources disponibles, le droit au meilleur état de santé possible entraîne un certain nombre d'obligations fondamentales avec effet immédiat. Les États ont «l'obligation fondamentale minimum d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel» du droit au meilleur état de santé possible²⁶. Quelles sont exactement ces obligations fondamentales? Certaines sont examinées plus loin. En bref, elles comportent l'obligation:

²⁴ Pour des informations sur une approche des indicateurs de l'état de santé fondée sur les droits de l'homme, voir le rapport E/CN.4/2006/48 du Rapporteur spécial.

²⁵ Observation générale n° 14 (2000), par. 32, du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

²⁶ Ibid, par. 43 à 45.

- a) De préparer un plan national complet pour la mise en place du système de santé;
- b) D'assurer l'accès aux services et installations de santé sans discrimination aucune, en particulier pour les individus, communautés et populations défavorisés; cela signifie par exemple que l'État a pour obligation fondamentale d'exécuter des programmes efficaces de solidarité en faveur des personnes vivant dans la pauvreté;
- c) D'assurer la distribution équitable des services et installations de santé, c'est-à-dire de garantir un juste équilibre entre les zones rurales et les zones urbaines;
- d) De mettre en place des mécanismes efficaces, transparents, accessibles et indépendants de justification des mesures prises pour garantir le droit au meilleur état de santé possible.

52. Un État a aussi l'obligation fondamentale d'assurer un «ensemble» minimum de services et prestations de santé comprenant l'accès aux aliments essentiels permettant d'être à l'abri de la faim, des services d'assainissement de base et de distribution d'eau, l'accès aux médicaments essentiels, la vaccination contre les principales maladies infectieuses et des prestations de santé sexuelle et génésique dont des services d'information, de planification familiale, de soins prénatals et postnatals et de soins obstétricaux d'urgence. Certains États ont déjà défini les éléments de l'ensemble minimum de prestations à assurer à leur population et quelques organisations internationales se sont également efforcées de répertorier les éléments d'un ensemble minimum de prestations de santé. C'est là un exercice difficile dans la mesure où les problèmes de santé sont très variables selon les pays. Dans certains, le problème est la sous-alimentation alors qu'ailleurs c'est l'obésité.

53. Beaucoup plus doit être fait pour aider les États à définir l'ensemble minimum de services et installations de santé requis par l'exercice du droit au meilleur état de santé possible. Ce n'est cependant pas là l'objet du présent rapport. Son but n'est pas de chercher à établir une liste des services et installations nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé mais plutôt de mettre en évidence des caractéristiques supplémentaires, souvent négligées, qui découlent de l'exercice du droit à la santé et des bonnes pratiques dans le domaine de la santé et que doivent présenter tous les systèmes de santé. Ce sont par exemple l'accès aux prestations selon les principes de l'égalité et de la non-discrimination, un plan actualisé d'action sanitaire, des systèmes efficaces de justification des mesures prises pour le secteur public et le secteur privé, etc.

10. Qualité

54. Les services et installations de santé doivent être de bonne qualité. Un système de santé doit par exemple garantir l'accès à des médicaments essentiels de bonne qualité. Des médicaments qui seraient rejetés dans les pays du Nord parce que périmés et peu sûrs ne devraient pas être utilisés dans les pays du Sud. Parce que les produits pharmaceutiques peuvent être contrefaits ou dénaturés, il faut qu'il existe des réglementations permettant d'en contrôler l'innocuité et la qualité. L'exigence de qualité s'applique aussi à la façon dont sont traités les patients et les autres. Les agents de santé doivent être polis et respectueux.

11. Un ensemble homogène d'actions préventives et curatives assorti d'un système efficace d'orientation-recours

55. Un système de santé doit offrir un dosage approprié d'installations et de services primaires (au niveau de la communauté), secondaires (au niveau du district) et tertiaires (spécialisés) assurant un ensemble homogène d'actions préventives et curatives. Il faut qu'existe aussi un système efficace d'orientation permettant le transfert des patients qui en auraient besoin d'un service à un autre. Des possibilités d'aiguillage sont également nécessaires, dans les deux sens, vers les systèmes de soins alternatifs (tradi-praticiens par exemple) et, inversement, les systèmes classiques. L'absence de système efficace d'orientation-recours est incompatible avec le droit au meilleur état de santé possible.

12. Approche verticale ou approche intégrée?

56. Le débat n'est pas nouveau entre les tenants d'interventions verticales (ou sélectives) axées sur une ou plusieurs maladies ou problèmes de santé et ceux d'une approche globale intégrée. Les interventions verticales, qui exigent des ressources importantes, peuvent compromettre les efforts fournis en vue du but à long terme qui est la mise en place d'un système de santé efficace. Elles présentent d'autres inconvénients potentiels comme la duplication et la fragmentation des activités. Dans certaines circonstances cependant, dans des situations d'urgence par exemple, ce type d'intervention peut avoir sa place. Dans ce cas, l'intervention doit être soigneusement conçue de manière, dans la mesure du possible, à renforcer et non fragiliser un système de santé complet et intégré.

13. Coordination

57. Tout comme l'exercice du droit au meilleur état de santé possible, un système de santé exige des actions bien coordonnées entre différents acteurs publics et privés (dont des organisations non gouvernementales) aux niveaux national et international. L'ampleur de cette coordination dépendra de la structure du système de santé mais, en tout état de cause, une coordination efficace entre différents secteurs et départements, santé, environnement, eau, assainissement, éducation, alimentation, logement, finances et transports par exemple, est cruciale. Une coordination s'impose aussi au sein des secteurs et des départements, comme au sein du Ministère de la santé. Le besoin de coordination concerne aussi bien la formulation des politiques que les prestations proprement dites.

58. Le Rapporteur spécial a pu constater que dans de nombreux États, la coordination dans le domaine de santé était fragmentaire et peu poussée. À lui seul, le gouvernement ne peut mener un travail de coordination suffisant. D'autres mécanismes de coordination sont essentiels.

14. La santé en tant que bien public mondial: importance d'une coopération internationale²⁷

59. Un bien public est un bien dont bénéficie l'ensemble de la société. La notion de «bien public national», par exemple le respect de la loi et le maintien de l'ordre, est bien établie mais l'idée de «bien public mondial» suscite un intérêt grandissant dans un monde de plus en plus interdépendant. On peut parler de biens publics mondiaux dans les domaines où la communauté internationale a un intérêt commun. Dans celui de la santé, il s'agit notamment de la lutte contre les maladies infectieuses, de la diffusion des résultats de la recherche en santé et de l'adoption de réglementations internationales comme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Bien qu'elle reste très imprécise, la notion de «bien public mondial» confirme que les systèmes de santé ont des dimensions nationales mais aussi internationales.

60. La dimension internationale des systèmes de santé s'exprime également dans les responsabilités qui incombent aux États, au titre des droits de l'homme, en matière d'assistance et de coopération internationales. Ces responsabilités sont définies dans la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et plusieurs autres déclarations et traités internationaux plus récents²⁸. Elles sont également évoquées dans des documents issus de plusieurs conférences mondiales, par exemple la Déclaration du Millénaire, ainsi que de nombreuses autres initiatives, par exemple la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide: appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005).

61. Il incombe au minimum à tous les États de coopérer sur les questions de santé internationales et de ne pas nuire à leurs voisins. Les pays à revenu élevé doivent en outre veiller à ce que les pays à faible revenu bénéficient d'une assistance et d'une coopération internationales appropriées. Ils doivent en particulier aider les pays à faible revenu à remplir leurs obligations fondamentales liées à l'exercice du droit au meilleur état de santé possible. Inversement, il incombe aux pays à faible revenu de solliciter l'assistance et la coopération internationales dont ils ont besoin pour renforcer leurs systèmes de santé.

62. Les liens entre la notion de «bien public mondial» dans le domaine de la santé et l'obligation d'assistance et de coopération internationales demanderaient à faire l'objet d'analyses plus approfondies.

15. Trouver de justes équilibres

63. Rares sont les droits de l'homme qui sont absolus et il est souvent nécessaire de réaliser des compromis entre des droits apparemment contradictoires. La liberté d'information par exemple doit être mise en balance avec le droit au respect de la vie privée. De plus, un même droit peut donner lieu à des revendications légitimes mais opposées, en particulier les nombreux

²⁷ Cette section reprend en grande partie les observations formulées dans le document *Health is Global: Proposals for a UK Government-Wide Strategy*, Department of Health, 2007, en particulier à la page 46.

²⁸ Voir S. Skogly, *Beyond National Borders: States' Human Rights Obligations in International Cooperation*, Antwerp/Oxford, Intersentia, 2006.

droits dont la mise en œuvre ne peut être assurée que dans les limites des ressources disponibles. Dans le domaine de la santé, des budgets limités obligent à des choix politiques difficiles. Faut-il construire un nouvel hôpital universitaire, créer davantage de services de soins de santé primaires, développer les services en faveur des personnes handicapées, améliorer l'assainissement dans les bidonvilles, élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux ou subventionner la mise au point d'un médicament anticancéreux par ailleurs coûteux? Ces questions étaient évoquées dans un rapport préliminaire du Rapporteur spécial soumis à l'Assemblée générale des Nations Unies (A/62/214). Pas plus que l'éthique ou l'économie, les droits de l'homme n'apportent pas à ces questions de réponses nettes mais ils exigent qu'elles fassent l'objet de décisions prises selon un processus équitable, transparent et participatif en fonction de critères explicites comme le bien des déshérités, et non des seules exigences de puissants groupes de pression.

64. En raison de la complexité, de la sensibilité et de l'importance de nombreuses questions de politique intéressant la santé, il est vital que soient mis en place des mécanismes efficaces, accessibles et indépendants de responsabilisation afin que puissent être réalisés de justes compromis sur la base de processus équitables prenant en compte tous les éléments voulus, y compris les intérêts des individus, communautés et populations défavorisés.

16. Surveillance et devoir de responsabilité

65. Les droits impliquent des devoirs et les devoirs mettent en jeu la responsabilité. L'obligation de rendre des comptes est l'une des caractéristiques les plus importantes des droits de l'homme mais aussi l'une des moins comprises. Si le respect des droits de l'homme passe par celui du principe de responsabilité, cela ne signifie pas que chaque agent de santé ou institution spécialisée veille à l'application de ces droits. La mise en jeu de la responsabilité consiste entre autres à surveiller les comportements, les prestations et les résultats. Dans le cadre d'un système de santé, il faut qu'existent des mécanismes de contrôle accessibles, transparents et efficaces permettant de déterminer comment ceux qui ont des responsabilités envers le système remplissent leurs obligations. Le rôle crucial du principe de responsabilité est analysé dans la section E plus loin.

17. Obligation juridique

66. Le droit au meilleur état de santé possible entraîne des obligations juridiquement contraignantes. L'État est tenu de veiller à ce que son système de santé présente certaines des caractéristiques évoquées dans les paragraphes précédents. Un système de santé doit par exemple être assorti d'un plan national complet, prévoir des programmes de solidarité à l'intention des groupes défavorisés, comporter un ensemble minimum de prestations et installations et des mécanismes efficaces d'orientation-recours, permettre la participation des individus et instances concernés par les décisions prises en matière de santé, garantir le respect des différences culturelles, etc. Il va de soi que ces exigences correspondent aussi aux bonnes pratiques dans le domaine de la santé. L'une des contributions spécifiques du droit au meilleur état de santé possible est qu'il donne une force supplémentaire à ces bonnes pratiques en y ajoutant les notions d'obligation juridique et de devoir de responsabilité.

D. Les éléments constitutifs d'un système de santé

67. Sur la base des règles de bonne pratique intéressant l'action de santé, on a exposé dans la section précédente les grandes lignes d'une approche générale du renforcement des systèmes de santé fondée sur le droit au meilleur état de santé possible. Il importe que cette approche soit appliquée de façon cohérente et systématique à tous les éléments qui constituent un système de santé opérationnel.

68. Quels sont ces éléments? Il existe une abondante littérature sur ce sujet. Pour sa part, l'OMS retient six éléments essentiels²⁹:

a) Les services de santé. De bons services de santé assurent des prestations individuelles et non individuelles efficaces, sans danger et de qualité à tous ceux qui en ont besoin au moment et à l'endroit voulus moyennant un gaspillage minimum de ressources. Dans les prestations non individuelles entrent par exemple l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement;

b) Les personnels de santé. Une main-d'œuvre sanitaire efficace fournit un travail attentionné, juste et efficace pour atteindre les meilleurs résultats possibles en fonction des ressources et des circonstances; cela correspond à des effectifs et à un dosage adéquats d'agents de santé correctement répartis, compétents, attentionnés et productifs;

c) Les systèmes d'information sanitaire. Un système efficace d'information sanitaire assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et actuelles sur les déterminants de la santé, le fonctionnement des systèmes de santé et la situation sanitaire;

d) Les produits, vaccins et technologies sanitaires. Un système de santé efficace garantit un accès équitable à des produits, vaccins et technologies sanitaires essentiels de qualité, sans danger, efficaces et d'un prix abordable, ainsi que leur utilisation scientifiquement et économiquement rationnelle;

e) Le financement de l'action de santé. Un bon système de financement permet de mobiliser des ressources suffisantes selon des modalités offrant aux individus la garantie de pouvoir bénéficier des prestations requises et d'être protégés des conséquences de catastrophes financières ou de difficultés résultant de la nécessité d'acquitter le prix de ces prestations;

f) La direction, la gouvernance et la gestion. Il s'agit de veiller à ce qu'existent des cadres d'orientation stratégique combinés à des alliances efficaces pour la surveillance, à des réglementations et incitations appropriées au souci de la conception des systèmes et à des mécanismes de responsabilisation.

69. Bien que certaines de ces formulations puissent prêter à controverse, aux fins du présent rapport, ces «éléments constitutifs» offrent un bon moyen d'envisager un système de santé. Bien entendu, chacun d'eux a fait l'objet au fil des années d'une littérature considérable.

²⁹ *Everybody's Business...* (note 2 plus haut), p. 3.

70. En l'occurrence, trois petites remarques s'imposent. Premièrement, ces éléments constitutifs ne sont pas uniquement ceux d'un système de santé mais aussi ceux de la mise en œuvre du droit au meilleur état de santé possible. Tout comme un système de santé, l'exercice du droit à la santé exige des services de santé, des personnels de santé, des informations sanitaires, des produits sanitaires, des moyens financiers et des systèmes de gestion.

71. Deuxièmement, il se peut que, dans la pratique, ces «éléments constitutifs» ne présentent pas toutes les caractéristiques requises par le droit au meilleur état de santé possible. Ainsi, un pays peut avoir un système d'information sanitaire, l'un des éléments constitutifs définis par l'OMS, mais ce système risque de ne pas fournir de données correctement désagrégées, comme l'exige le droit à la santé. En d'autres termes, il se peut qu'existent des «éléments constitutifs» essentiels mais sans toutes les caractéristiques requises par le droit international relatif aux droits de l'homme.

72. Troisièmement, l'enjeu est de mettre en œuvre – ou intégrer – le droit au meilleur état de santé possible, ainsi que d'autres droits de l'homme, dans tous les secteurs correspondant aux six «éléments constitutifs». Il faut que l'approche générale exposée dans la section précédente soit appliquée de manière cohérente et systématique aux services de santé, aux personnels de santé, à l'information sanitaire, aux produits médico-sanitaires, au financement et à la gestion, c'est-à-dire à l'ensemble des éléments qui constituent un système de santé.

73. L'application systématique du droit à la santé aux six «éléments constitutifs» devrait avoir des résultats divers. Dans certains cas, la mise en œuvre du droit à la santé renforcera des caractéristiques de ces «éléments constitutifs» qui généralement, reçoivent l'attention voulue, mais dans d'autres, elle mettra en évidence des caractéristiques qui tendent à être négligées dans la pratique et mériteraient bien plus d'attention, comme la désagrégation des données en fonction de catégories appropriées. Il est également possible que soient identifiées des caractéristiques qui, bien qu'importantes, ne sont généralement pas considérées comme faisant partie des six «éléments constitutifs»³⁰.

E. L'approche générale appliquée à certaines actions spécifiques visant le renforcement des systèmes de santé

74. Faute de place, il ne sera pas possible d'évoquer ici l'application du droit au meilleur état de santé possible à tous les éléments qui, ensemble, constituent un système de santé. Un tel travail devra faire l'objet d'autres études. Toutefois, on a cherché dans la présente section à analyser les moyens d'appliquer le droit à la santé à deux des «éléments constitutifs» définis par l'OMS, à savoir i) la main-d'œuvre sanitaire et ii) la direction, la gouvernance et la gestion. Bien que brève, cette analyse donne une idée des conséquences pratiques de l'approche générale exposée à la section C ci-dessus appliquée aux «éléments constitutifs» décrits dans la section D ci-dessus.

³⁰ Comme les évaluations d'impact *ex ante* (voir les paragraphes ci-après sur la planification).

1. Main-d'œuvre sanitaire

75. Si la question des ressources humaines pour la santé suscite depuis quelques années un intérêt croissant, il est rare que l'on y accorde beaucoup d'attention dans l'optique des droits de l'homme. Si l'approche générale présentée à la section C était appliquée aux personnels de santé, les points ci-après devraient entre autres être examinés en détail.

76. Les États devraient avoir des plans à jour de développement des ressources humaines nécessaires pour les actions de prévention, de prise en charge et de réadaptation en santé physique et mentale.

77. Au stade de la planification, les États devraient penser au rôle à confier aux agents des catégories intermédiaires, par exemple aux assistants médicaux et aux techniciens en chirurgie, ainsi qu'aux agents des services de santé publique. Considérés comme un élément stratégique décisif de l'exercice du droit fondamental à la santé, les agents de santé des catégories intermédiaires jouent déjà un rôle essentiel dans les systèmes de santé de certains pays comme le Mozambique³¹.

78. Des agents de santé doivent aussi être recrutés pour les programmes de solidarité en faveur des individus, communautés et populations défavorisés tels les peuples autochtones³².

79. Des mesures s'imposent pour assurer une représentation plus équilibrée des personnels de santé hommes et femmes dans tous les domaines.

80. Les États devraient veiller à ce que les effectifs formés sur place correspondent aux besoins de la population, sous réserve de la mise en œuvre progressive du droit à la santé dans les limites des ressources disponibles. Dans ce contexte, il conviendra également d'assurer un juste équilibre entre par exemple les effectifs d'agents de santé au niveau de la communauté ou à l'échelon des soins de santé primaire et de spécialistes à l'échelon tertiaire.

81. Les effectifs des personnels de santé devraient être calculés, centralisés et rendus publics. Ces données devraient être désagrégées par catégorie, par exemple soins infirmiers, santé publique, etc., avec, pour chaque catégorie, une désagrégation au moins par sexe.

82. La formation des agents de santé devrait faire une place aux droits de l'homme, y compris le respect de la diversité culturelle, et à la nécessité de faire preuve de courtoisie. Cette question est évoquée dans le rapport du Rapporteur spécial sur les professionnels de la santé et l'éducation en matière de droits de l'homme³³.

³¹ Voir *Health Systems Strengthening for Equity (HSSE): The Power and Potential of Mid-level Providers* à l'adresse www.midlevelproviders.org.

³² Les «personnels de santé» constituent l'ensemble des agents appelés à mettre en place, gérer, assurer, surveiller et évaluer des services de médecine préventive et curative et de réadaptation dans les secteurs public et privé, tradi-praticiens compris.

³³ A/60/348.

83. Après leur diplôme, les agents de santé devraient tous se voir offrir, sans discrimination, des possibilités de formation professionnelle complémentaire.

84. Les agents de santé devraient être correctement rémunérés eu égard au niveau de rémunération à l'échelon national et bénéficier de conditions d'emploi satisfaisantes. Leurs droits, par exemple ceux de liberté d'association, de réunion et d'expression, devraient être garantis et ils devraient se voir offrir la possibilité de participer activement et en connaissance de cause à l'élaboration des politiques de santé. La sécurité des agents de santé, qui sont particulièrement exposés à différents problèmes de santé, est un élément majeur du point de vue des droits de l'homme.

85. Des incitations devraient être prévues pour favoriser le recrutement et le maintien d'agents de santé dans les régions sous-desservies. Cette question a été examinée par le Rapporteur spécial dans le cadre de sa mission en Ouganda³⁴.

86. La fuite des compétences pose plusieurs questions relatives aux droits de l'homme et en particulier au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint dans le pays d'origine. Les pays qui en bénéficient comme ceux qui en souffrent devraient se doter des moyens politiques de gérer ce phénomène. Dans un précédent rapport, le Rapporteur spécial a examiné le problème de la fuite des compétences sous l'angle du droit à la santé³⁵.

2. Direction, gouvernance et gestion

87. C'est sans doute l'élément le plus complexe mais aussi le plus essentiel d'un système de santé³⁶. Il concerne de nombreuses questions, dont la planification et le devoir de responsabilité.

a) Planification

88. Le Rapporteur spécial a pu constater que c'était là l'un des points les plus faibles de la mise en place et du renforcement de systèmes de santé. À quelques rares exceptions près, le bilan de la planification de l'action de santé est médiocre et son histoire est étonnement brève. Nombreux sont les États qui n'ont pas établi de plans complets et actualisés d'action sanitaire. Quand ils existent, ces plans ne sont souvent pas exécutés, restant à l'état de grands projets sur le papier. Ailleurs, des plans peuvent être mis en œuvre mais sans répondre aux besoins réels de la population³⁷.

89. Et pourtant, dans la perspective du droit au meilleur état de santé possible, une planification efficace est essentielle. Les principes de mise en œuvre progressive et de respect

³⁴ E/CN.4/2006/48/Add.2

³⁵ A/60/348.

³⁶ *Everybody's Business...* (note 2 plus haut), p. 23.

³⁷ *An Introduction to Health Planning...* (note 8 plus haut), p. 18.

des limites des ressources disponibles, incontournables dans la perspective du droit à la santé, ne peuvent être appliqués sans planification³⁸.

90. Conscient de l'importance capitale d'une planification efficace, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a qualifié d'obligation fondamentale liée au droit au meilleur état de santé possible l'adoption et la mise en œuvre de stratégies et de plans d'action en matière de santé publique. Il a également encouragé les pays à revenu élevé à fournir l'assistance internationale nécessaire «pour permettre aux pays en développement d'honorer les obligations fondamentales» qui leur incombent, parmi lesquelles la préparation de plans d'action sanitaire³⁹. Selon les termes de la Déclaration d'Alma-Ata, «tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs»⁴⁰.

91. La planification de l'action de santé est un processus complexe dont beaucoup d'éléments sont importants sous l'angle du droit au meilleur état de santé possible, notamment les suivants.

92. Il faut que le processus de planification tout entier repose le plus possible sur la participation et la transparence.

93. Il est très important que les besoins en matière de santé des individus, communautés et populations défavorisés reçoivent toute l'attention voulue. Il faut aussi donner à ces groupes la possibilité de participer activement et en connaissance de cause au processus de planification. Enfin, il est important que le processus, tout comme le plan, tienne compte des différences culturelles.

94. L'élaboration du plan doit être précédée d'une analyse de la situation sanitaire faite sur la base de données correctement désagrégées, et portant entre autres sur les caractéristiques de la population (taux de natalité, de mortalité et de fécondité par exemple), ses besoins en matière de santé (taux d'incidence et de prévalence de différentes maladies par exemple) et les services publics et privés de santé disponibles (capacité des différentes installations par exemple).

95. L'exercice du droit au meilleur état de santé possible oblige l'État à favoriser des activités de recherche-développement concernant par exemple les besoins en matière de santé des individus, communautés et populations défavorisés. La recherche-développement en santé englobe la recherche médicale classique sur les médicaments, les vaccins et les substances diagnostiques mais aussi des activités de recherche opérationnelle sur les facteurs économiques, culturels et politiques qui déterminent l'accès aux soins et l'efficacité des interventions de santé publique. La possibilité de conduire des recherches opérationnelles, qui ont un rôle important à jouer dans le démantèlement des obstacles sociétaux qui entravent l'accès aux interventions et

³⁸ Voir la section C plus haut sur la mise en œuvre progressive et les limites des ressources disponibles.

³⁹ Observation générale n° 14 (voir la note 25 plus haut), par. 43 à 45.

⁴⁰ Sect. VIII.

aux bienfaits des technologies sanitaires, doit être prévue dès le stade de l'élaboration du plan national d'action sanitaire.

96. Le plan comportera obligatoirement un certain nombre d'éléments, par exemple des objectifs clairs et une indication des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre, des calendriers, indicateurs et points de référence permettant de mesurer les résultats obtenus, des mécanismes efficaces de coordination, des systèmes de notification, un budget détaillé, des arrangements financiers (aux plans national et international), des procédures d'évaluation et un ou plusieurs systèmes de contrôle. Les besoins à satisfaire devront également être classés par ordre de priorité.

97. Avant d'être définitivement mis en place, les éléments clefs de tout projet de plan d'action sanitaire devront faire l'objet d'une évaluation d'impact destinée à confirmer qu'ils seront en principe conformes aux obligations juridiques nationales et internationales incombant à l'État, y compris celles découlant de la mise en œuvre du droit au meilleur état de santé possible. Dans le cas par exemple où serait prévu un système de paiement par les usagers, il sera indispensable de faire une évaluation pour avoir une idée de son impact sur l'accès des pauvres aux services de santé. Si l'évaluation devait confirmer que le paiement des soins risque de réduire l'accessibilité des prestations de santé, le projet de plan devrait être révisé faute de quoi il ne serait sans doute pas conforme aux obligations incombant à l'État en vertu du droit au niveau de santé le plus élevé possible⁴¹.

98. Bien entendu, la planification n'est qu'un moyen en vue d'une fin: un système de santé intégré, efficace et accessible à tous. L'essentiel est la mise en œuvre. L'évaluation, la surveillance et le devoir de responsabilité peuvent contribuer à faire en sorte que tous ceux qui interviennent dans la mise en œuvre remplissent leurs fonctions comme prévu et que d'éventuels effets involontaires soient rapidement décelés et gérés.

b) Surveillance et devoir de responsabilité

99. Comme on l'a déjà vu, la surveillance et le devoir de responsabilité ont un rôle crucial à jouer par rapport aux droits de l'homme et aux systèmes de santé. L'obligation de rendre des comptes donne aux individus et aux communautés la possibilité de comprendre comment ceux qui ont des responsabilités remplissent leurs fonctions et, inversement, offre à ces derniers l'occasion d'expliquer ce qu'ils ont fait et pourquoi. Quand des erreurs ont été commises, cette obligation impose d'y porter remède. Il ne s'agit pourtant pas de blâmer et de punir mais plutôt de déterminer ce qui fonctionne de manière à pouvoir le refaire et ce qui ne fonctionne pas, afin d'y remédier. La responsabilisation permet de s'assurer qu'un équilibre satisfaisant a été trouvé.

100. S'agissant des systèmes de santé, les mécanismes de responsabilisation sont nombreux et variés (commissaires, conseils locaux démocratiquement élus, auditions publiques, comités de

⁴¹ Avec Gillian MacNaughton, le Rapporteur spécial a établi un rapport sur les évaluations d'impact, la pauvreté et le droit au meilleur état de santé possible, présenté dans ses grandes lignes dans le document A/62/214 à partir du paragraphe 33. Le texte intégral de ce rapport peut être consulté sur le site Web de l'Université d'Essex, Human Rights Centre, Right to Health Unit (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/projects.shtm).

patients, évaluations d'impact, procédures judiciaires, etc.). Une institution aussi complexe et importante qu'un système de santé exige un large éventail de contrôles efficaces, transparents, accessibles et indépendants. Le rôle des médias et des organisations de la société civile est à cet égard crucial.

101. Et pourtant, dans le domaine des systèmes de santé, ces contrôles sont souvent très insuffisants. Parfois, c'est à un seul et même organe qu'il appartient d'assurer les prestations, de les réglementer et de rendre des comptes. Dans certains cas, le système de responsabilisation sert au plus à contrôler que les fonds alloués ont bien été utilisés comme prévu. Cela est bien sûr important mais en matière de droits de l'homme, les responsabilités sont beaucoup plus vastes. Il s'agit en effet de s'assurer que les systèmes de santé s'améliorent et que le droit au meilleur état de santé possible est progressivement mis en œuvre pour tous, y compris pour les individus, communautés et populations défavorisés.

102. Dans certains États, tout en jouant un rôle excessivement important, le secteur privé échappe en grande partie à toute réglementation. En matière de droits de l'homme, il est crucial que le principe de responsabilisation soit appliqué à la fois dans le secteur public et le secteur privé. Par ailleurs, ce principe ne concerne pas uniquement les institutions nationales mais aussi toutes les entités actives dans le domaine de la santé sur la scène internationale.

103. Des mécanismes de responsabilisation devraient être mis en place d'urgence pour tous les acteurs – publics, privés, nationaux et internationaux – qui s'occupent de santé. La conception de mécanismes indépendants appropriés demandera de la créativité et de l'imagination. Les juristes, qui sont souvent associés aux notions de responsabilisation, devront accepter de démêler les caractéristiques et les enjeux propres aux systèmes de santé et d'enrichir leurs connaissances des enseignements de la médecine et de la santé publique.

104. La notion de responsabilisation pose deux questions connexes.

105. Premièrement, le droit au meilleur état de santé possible doit être reconnu dans le droit national. Cela est extrêmement important pour la responsabilisation juridique de ceux qui exercent des responsabilités touchant aux systèmes de santé. Comme on le sait, ce droit est reconnu dans la Constitution de l'OMS ainsi que dans la Déclaration d'Alma-Ata. Il est également inscrit dans de nombreux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme dont la Convention relative aux droits de l'enfant qui a été ratifiée par tous les pays du monde sauf deux (États-Unis d'Amérique et Somalie). Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint est également garanti par de nombreuses constitutions nationales. Il devrait être reconnu dans le droit national de tous les États.

106. Deuxièmement, bien qu'importante, la reconnaissance juridique du droit au meilleur état de santé possible est généralement formulée en termes très généraux ne précisant pas ce qui est attendu des entités exerçant des responsabilités dans le domaine de la santé. Aussi est-il important que les États, non seulement reconnaissent le droit à la santé dans leur droit national mais adoptent également des dispositions plus détaillées précisant ce qu'attend la société en matière de services et de prestations de santé. Ces dispositions, sous la forme de lois, de réglementations, de protocoles, de lignes directrices, de codes de conduite, etc., concerneront par exemple la qualité et la quantité des approvisionnements en eau, la sécurité transfusionnelle, les médicaments essentiels, la qualité des soins médicaux et bien d'autres questions intéressant le

droit au meilleur état de santé possible. L'OMS a publié des normes importantes sur tout un éventail de questions. Préciser ce qui est attendu est évidemment important pour ceux qui assurent les prestations mais également pour ceux qui en bénéficient. Dès lors que les normes à respecter sont clairement définies, il est plus facile (et plus juste) de demander des comptes.

3. Conclusion

107. En résumé, le droit au meilleur état de santé possible entraîne l'obligation juridique d'élaborer des plans de développement des ressources humaines pour la santé, d'exécuter des programmes de recrutement au sein des populations défavorisées, de constituer des effectifs suffisants d'agents de santé formés sur place (sous réserve des principes de mise en œuvre progressive et de respect des limites des ressources disponibles), d'offrir aux agents de santé une rémunération correcte et de les inciter à travailler dans des zones sous-desservies, etc. En matière de planification de l'action de santé, il y a l'obligation juridique de veiller à ce que le processus soit participatif et transparent, s'attache à satisfaire les besoins des individus, communautés et populations défavorisées et comporte une analyse de la situation. Il faut que les principaux éléments d'un projet de plan d'action sanitaire fassent l'objet d'évaluations d'impact avant d'être définitivement mis en place et que le plan définitif comporte certains éléments cruciaux.

108. Ces principes (et d'autres) ne découlent pas uniquement de règles de bonne pratique, d'une bonne gestion, ou du souci de justice, d'équité ou d'humanitarisme. Ce sont des obligations juridiques internationales dont l'exécution demande à être contrôlée par des dispositifs appropriés.

F. Le droit à la santé comme contribution à la mise en place d'un système de santé de même que le droit à un procès équitable contribue à l'établissement d'un système judiciaire

109. Est-il utile de reconnaître que le droit au meilleur état de santé possible sous-tend et renforce les mesures qui doivent être prises pour établir un système de santé accessible, intégré et efficace? Il est possible de répondre à cette question par analogie avec un système judiciaire et le droit à un procès équitable.

110. De même qu'il doit avoir un système de santé, chaque pays doit être doté d'un système judiciaire efficace caractérisé notamment par des juges impartiaux et indépendants. Toute affaire doit être jugée sans retard injustifié. Toutes les parties doivent pouvoir donner leur version des faits, appeler des témoins et recourir à un moyen de droit. Dans les affaires importantes, les prévenus impécunieux doivent pouvoir bénéficier d'une aide judiciaire et dans certains cas, des services d'interprétation doivent être assurés. Le juge doit expliquer sa décision et une procédure d'appel doit être garantie en cas d'erreur judiciaire. Généralement, les audiences doivent être publiques.

111. En vertu du droit à un procès équitable, un système judiciaire doit présenter toutes ces caractéristiques dont beaucoup ont des incidences budgétaires importantes.

112. Les États ont conçu tout un ensemble de mécanismes et de mesures garantissant l'existence de ces éléments en droit et en fait. L'indépendance judiciaire est par exemple garantie par un

système sophistiqué de nomination et de révocation des juges qui jouissent par ailleurs de conditions d'emploi raisonnables.

113. Un État peut bien évidemment construire un système judiciaire efficace sans référence explicite au droit à un procès équitable et ceux qui décident au Ministère de la justice peuvent effectivement créer un système judiciaire sans même penser aux droits de l'homme. Si cela est le cas, qu'il en soit ainsi. L'important est qu'existe un système judiciaire efficace offrant les garanties demandées par les droits de l'homme et administrant la justice en toute impartialité.

114. Malheureusement, il apparaît que de nombreux systèmes judiciaires ne présentent pas ces caractéristiques et dans la pratique, n'assurent pas toutes les garanties d'un procès équitable. Dans ce contexte, les droits de l'homme ont plusieurs fonctions importantes, dont les deux évoquées ci-après.

115. Premièrement, le droit à un procès équitable peut être une source d'inspiration pour les décideurs au sein du Ministère de la justice. Il leur rappelle quelles garanties doit offrir un système judiciaire. Par ailleurs, il permet aux responsables qui subiraient des pressions politiques les incitant à instruire des procès iniques d'expliquer que le respect des droits de l'homme impose à l'État un minimum d'obligations juridiques auxquelles il ne peut se soustraire. Ainsi, l'obligation de respecter les droits de l'homme peut aider à prévenir certaines défaillances et dans certains cas, empêcher des gouvernements d'introduire des réformes mal conçues du système judiciaire.

116. Les droits de l'homme ont une deuxième fonction. Étant donné que les décideurs, comme les autres, peuvent faire des erreurs, le respect des droits de l'homme exige la mise en œuvre de tout un ensemble de moyens pour passer au crible les décisions importantes. Comme on l'a déjà vu, les responsables sont tenus de rendre compte de leurs actions – aux niveaux national et international – afin que toute erreur éventuelle puisse être décelée et corrigée. On ne compte plus les occasions où les droits de l'homme ont été invoqués pour dénoncer des systèmes judiciaires inéquitables, conduisant à des réformes bienvenues.

117. Il arrive bien sûr que ces appels au respect des droits de l'homme échouent, que les décideurs refusent de les entendre et que les mécanismes de responsabilisation se révèlent insuffisants. Les droits de l'homme ne sont que des outils – qui plus est imparfaits – et ne produisent pas toujours les résultats attendus; mais parfois ils le font. En réalité, ils l'ont fait en de multiples occasions, contribuant à instaurer des systèmes judiciaires plus équitables et plus justes.

118. Par analogie, ces arguments valent aussi pour les systèmes de santé.

119. Du point de vue du droit au meilleur état de santé possible ainsi que des règles de bonne pratique, un système de santé efficace doit présenter plusieurs caractéristiques dont certaines sont exposées dans ce rapport. Ce sont par exemple un plan actualisé d'action sanitaire; des programmes de solidarité à l'intention des groupes défavorisés; des données correctement désagrégées accessibles au public; un ensemble minimum de services et de prestations; une liste nationale actualisée de médicaments essentiels; des systèmes appropriés de réglementation et de contrôle des secteurs public et privé, etc.

120. Il est bien sûr possible d'établir un système de santé présentant ces caractéristiques sans se référer expressément aux droits de l'homme ou même sans en tenir compte mais on constate que beaucoup de systèmes de santé sont dépourvus de ces éléments qu'exigent le respect du droit au meilleur état de santé possible et les règles de bonne pratique en matière de santé.

121. Dans ce contexte, le droit au meilleur état de santé possible peut jouer, par rapport au système de santé, à peu près le même rôle que le droit à un procès équitable par rapport au système judiciaire. Le principe du droit à la santé peut inspirer les décideurs, leur rappelant les conditions qui doivent impérativement être respectées et les responsables qui seraient poussés, au niveau national ou international, à introduire des réformes susceptibles d'entraver l'accès des enfants ou des personnes vivant dans la pauvreté aux prestations de santé peuvent faire valoir que l'État a contracté, en vertu des droits de l'homme, un minimum d'obligations juridiques auxquelles il ne saurait se soustraire.

122. De même, sachant que tout comme dans le domaine de la justice, des erreurs peuvent être faites dans le domaine de la santé, le principe du droit au meilleur état de santé possible exige que soit mis en œuvre tout un ensemble de moyens pour passer au crible les décisions importantes. En vertu de ce droit, les responsables doivent être tenus de rendre compte de leurs actions afin que d'éventuelles erreurs puissent être décelées et corrigées. La responsabilisation peut servir à mettre des problèmes au jour et à concevoir des réformes susceptibles d'améliorer les systèmes de santé pour tous.

123. L'histoire récente témoigne d'un nombre incalculable de réformes mal conduites qui ont amené de nombreux systèmes de santé au bord de la faillite⁴². Si le principe du droit à la santé n'est pas une panacée, il peut aider à empêcher l'introduction de réformes mal conçues. De la même façon que le principe du droit à un procès équitable a contribué à renforcer les systèmes judiciaires, le droit à la santé peut servir à renforcer les systèmes de santé.

III. CONCLUSIONS

124. Les systèmes de santé et les droits de l'homme couvrent un domaine infiniment vaste et complexe. Faute de place, il n'a pas été possible de passer ici en revue toutes les questions importantes qui se posent à ce sujet, tel le rôle de l'État par rapport au secteur privé. L'une des dimensions de ce problème, à savoir les sociétés pharmaceutiques et l'accès aux médicaments, a été (et continue d'être) examinée ailleurs par le Rapporteur spécial⁴³.

125. Dans ce rapport, le Rapporteur spécial met le doigt sur les recherches qui s'imposent d'urgence, y compris les études détaillées qui devraient conduire à appliquer de façon cohérente et systématique l'approche générale présentée à la section C aux six «éléments constitutifs» d'un système de santé définis par l'OMS et décrits dans la section D ci-dessus.

126. Par sa résolution 60/251, l'Assemblée générale a chargé le Conseil des droits de l'homme de faire en sorte que les activités du système des Nations Unies relatives aux droits

⁴² *Everybody's Business...* (note 2 plus haut), p. 1.

⁴³ A/61/338.

de l'homme soient bien coordonnées et que la gestion des droits de l'homme soit prise en compte systématiquement par tous les organismes du système. Tous ceux qui s'emploient à renforcer les systèmes de santé devraient reconnaître l'importance des droits de l'homme et s'attacher qui plus est à intégrer à leur action le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Cela s'applique également à ceux qui constituent un élément particulier des systèmes de santé, par exemple la main-d'œuvre sanitaire.

127. Aujourd'hui, de multiples mouvements, perspectives et approches sont liés à l'action de santé, par exemple l'idée d'équité, les soins de santé primaires, la promotion de la santé, les déterminants sociaux de la santé, la sécurité sanitaire, la continuité des soins, l'égalité des sexes, le développement, la recherche biomédicale, la macroéconomie. Tous sont extrêmement importants et tous touchent au droit au meilleur état de santé possible. C'est le seul idéal qui repose sur des valeurs morales universelles mais est aussi renforcé par des obligations juridiques. Bien compris, le droit au meilleur état de santé possible peut apporter une contribution majeure à la santé des sociétés et à la mise en place de systèmes de santé équitables.
