



Conseil économique et social

Distr. générale
15 mai 2019
Français
Original : anglais

Session de 2019

27 juillet 2018-26 juillet 2019

Point 19 f) de l'ordre du jour

**Questions sociales et questions relatives aux droits de l'homme :
droits de l'homme**

Droits économiques, sociaux et culturels

Rapport de la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*

Résumé

Dans le présent rapport, soumis en application de la résolution 48/141 de l'Assemblée générale, la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme examine la manière dont le cadre des droits de l'homme, particulièrement quant à la santé et la sécurité sociale, peut contribuer à la conceptualisation et à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle. Le rapport indique certains des principaux obstacles à l'extension de la couverture sanitaire universelle du point de vue des droits de l'homme, dont l'accès aux médicaments, le manque de personnel de santé, les conséquences de la corruption et le fait que des groupes de population très importants ont été exclus de la couverture sanitaire. Enfin, la Haute-Commissaire fait valoir que, le droit à la santé se définissant comme un droit inclusif qui recouvre la prestation de soins de santé et les déterminants sous-jacents de la santé, la couverture sanitaire universelle devrait être comprise comme englobant l'accès effectif à la santé et d'autres déterminants de la santé, et la couverture « conventionnelle ».



I. Introduction

1. En octobre 2018, les chefs d'État et de gouvernement se sont réunis à Astana pour réaffirmer les engagements énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata, adoptée à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en septembre 1978, et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. La réunion a abouti à la Déclaration d'Astana, dans laquelle les États se sont engagés à poursuivre leur « chemin pour parvenir à la [couverture sanitaire universelle] afin que toutes les populations aient un accès équitable aux soins de santé de qualité et efficaces dont elles ont besoin, en veillant à ce que l'utilisation de ces services ne les expose pas à des difficultés financières ». Le 23 septembre 2019, l'Assemblée générale tiendra, conformément à la résolution 72/139, une réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. La réunion offre aux États Membres une chance exceptionnelle de se mettre en route vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle, qui repose fermement sur les droits à la santé et à la sécurité sociale et les autres droits qui soutiennent la santé. La Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme souligne qu'il est impératif que les États intègrent les droits de l'homme dans leur discours et leurs politiques sur la couverture sanitaire universelle si l'on veut que les millions de laissés pour compte accèdent enfin à leurs droits au même titre que les autres.

2. Reconnu pour la première fois sur le plan international dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1946, le droit à la santé trouve sa description la plus complète à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, où les États parties au Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Le droit à la santé est également garanti dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres traités relatifs aux droits de l'homme aux niveaux mondial et régional¹. Dans le contexte de l'accès aux médicaments, aux technologies de la santé et aux thérapies, le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications², qui met l'accent sur l'accessibilité de l'innovation essentielle à une vie digne, est particulièrement pertinent (voir A/HRC/20/26, par. 29).

3. Un autre droit qui est déterminant pour réaliser la couverture sanitaire universelle – le droit à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales – est protégé de même par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres instruments. L'Organisation internationale du Travail (OIT) a élaboré un ensemble complet de normes sur la protection sociale. On mentionnera parmi celles-ci la Convention de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum) (n° 102), la Convention de 1969 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie (n° 130), la recommandation n° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, la recommandation n° 69 sur les soins médicaux, 1944, et la recommandation n° 202 concernant les socles nationaux de protection sociale, 2012. Ces normes ont pour objectif d'assurer « une protection universelle de la santé, fondée sur l'accès garanti aux soins de santé pour tous ceux qui en ont besoin, par le biais, au minimum, de soins de santé essentiels, de la prévention et de soins maternels »³.

¹ Voir la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Convention européenne des droits de l'homme et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels.

² Voir la Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 27 (par. 1) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 15 (par. 1 b)).

³ OIT, *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-19 : Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable* (Genève, Organisation internationale du Travail, 2017, p. 113).

4. Une grande partie du débat sur le contenu de la couverture sanitaire universelle a été menée à partir d'autres points de vue que celui des droits de l'homme. Les principaux objectifs du présent rapport sont donc d'évaluer la contribution qu'un cadre des droits de l'homme peut apporter à la conceptualisation et à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et de mettre en évidence les principes fondamentaux des droits de l'homme qui devraient orienter les politiques de santé publique dans ce domaine. La Haute-Commissaire indique les principales dimensions des droits de l'homme qui concernent la couverture sanitaire – y compris la dimension transversale des inégalités – et formule plusieurs recommandations correspondant à chacune.

II. Santé et développement durable

5. Une société en bonne santé constitue le fondement du développement durable, et une mauvaise situation sanitaire influe directement sur la capacité d'une collectivité à s'épanouir et à devenir résiliente. Les maladies non transmissibles, à titre d'exemple, sont responsables de 41 millions de décès chaque année, soit 71 % de la mortalité totale à l'échelle mondiale. Environ 15 millions de décès sont signalés dans la tranche d'âge des 30 à 69 ans, et concernent donc une proportion importante de la population active⁴. L'OMS estime qu'une personne sur quatre souffrira de troubles mentaux ou neurologiques au cours de sa vie⁵. Avec environ 450 millions de personnes touchées dans le monde, les pertes pour l'économie mondiale imputables à une mauvaise santé mentale – du fait que des personnes perdent leur emploi et tombent dans la pauvreté – se chiffrent à quelque 1 000 milliards de dollars par an⁶. Les soins de santé, plus que toute autre composante de la protection sociale, sont indispensables à l'économie dans son ensemble, et au redressement économique en particulier⁷.

6. Les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont reconnu le lien entre santé et développement dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui envisage « un monde où tous jouissent d'un accès équitable à une éducation de qualité à tous les niveaux, aux soins de santé et à la protection sociale, où la santé physique et mentale et le bien-être social soient assurés ». Le Programme met l'accent sur l'égalité, et les engagements de ne laisser personne de côté et d'aider en premier les plus défavorisés sont fondés sur des principes – égalité et non-discrimination, et fait d'accorder la priorité aux membres vulnérables et marginalisés de la société – qui relèvent des droits de l'homme.

7. La couverture sanitaire universelle relève expressément de l'objectif de développement durable 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), dont la cible 3.8 prévoit, comme éléments de cette couverture, la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Les objectifs de développement durable étant « intégrés et indissociables », d'autres objectifs entrent en ligne de compte pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle : l'objectif 1 énonce l'engagement d'éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde, la cible 1.3 visant à mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et à faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient. L'objectif 10 vise à réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre, et la cible 10.4 (adopter des politiques, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de la protection sociale, afin de parvenir progressivement à une plus grande égalité) couvre plusieurs conditions propices à la couverture sanitaire universelle. L'égalité des sexes, déterminant majeur de la santé,

⁴ Voir <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

⁵ Voir www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/.

⁶ Voir www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/.

⁷ OIT, *Rapport sur la protection sociale dans le monde 2014-15 : Vers la reprise économique, le développement inclusif et la justice sociale* (Genève, Organisation internationale du Travail, 2014), p. 100.

est couverte par l'objectif 5 (parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles), et les cibles connexes visent entre autres à mettre fin à la discrimination et à éliminer la violence faite aux femmes et aux filles et les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.

III. Comprendre la couverture sanitaire universelle

8. Il n'existe pas à ce jour de définition largement acceptée de la couverture sanitaire universelle. Néanmoins, les parties prenantes de la promotion de cette couverture, en particulier les États Membres et des organisations normatives comme l'OMS et l'OIT, ont contribué à clarifier les normes applicables et à en identifier le contenu technique ainsi que d'autres aspects. Les principes des droits de l'homme peuvent aussi offrir des orientations pour la couverture sanitaire universelle (voir par. 32 à 45 ci-après).

9. Si l'expression de « couverture sanitaire universelle » ne figure pas en tant que telle dans la Déclaration d'Alma-Ata, la Déclaration a marqué une étape en considérant que les soins de santé primaires sont fondamentaux pour parvenir à la santé pour tous. L'article VI de la Déclaration décrit les soins de santé primaires comme des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement ». Dans l'article II de la Déclaration d'Astana, il est affirmé que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle.

10. Depuis 2008, l'Assemblée générale adopte chaque année une résolution sur la santé mondiale et la politique étrangère. Dans sa résolution 67/81 adoptée en 2012, en particulier, l'Assemblée a accordé une attention considérable à la couverture sanitaire universelle, qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement et de la réadaptation, et à des médicaments de base, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant en sorte que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population. Dans sa résolution 72/139, l'Assemblée générale a réaffirmé ces dimensions et a ajouté les soins palliatifs à l'ensemble des services de santé de base. Elle a incité les États Membres à promouvoir la participation effective, pleine et concrète de tous, en particulier de ceux qui sont vulnérables ou en situation de vulnérabilité, à la conception, à l'application et au suivi de la législation, des politiques et des programmes, notamment des stratégies favorisant la mise en place d'une couverture sanitaire universelle.

11. Dans leur Rapport mondial de suivi conjoint (2017), l'OMS et la Banque mondiale ont déclaré que par couverture sanitaire universelle, on entend que chacun bénéficie des services de santé dont il a besoin, y compris les services de santé publique dont l'objet est de promouvoir une meilleure santé (campagnes d'information et taxes antitabac), de prévenir les maladies (vaccinations) et d'offrir des prestations à des fins de traitement, de réadaptation et de palliation (soins de fin de vie) d'une qualité qui garantisse leur efficacité, sans que le recours à ces services n'expose le sujet concerné à des difficultés financières⁸. Cette définition contient trois objectifs, liés entre eux : « l'accès équitable aux services de santé », la qualité et la protection financière⁹.

12. S'agissant des liens entre la couverture sanitaire universelle et la protection sociale, l'OIT a contribué aux travaux des parties prenantes par un ensemble important de principes normatifs et d'orientations établis à partir de données factuelles, dont le principe

⁸ OMS, Banque mondiale : *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle*, p. xii.

⁹ Voir https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/.

fondamental est que la couverture sanitaire universelle fait partie intégrante des garanties minimum de protection sociale qui devraient être accessibles à tous. L'universalité de la couverture sanitaire suppose qu'il existe dans tous les pays une approche fondée sur les droits qui soit prévue et encadrée par la loi de façon à couvrir toute la population, y compris les travailleurs des secteurs formel et informel de l'économie et les membres de leur famille. Dans ce modèle, l'application et le respect de l'approche fondée sur les droits constituent un préalable à l'accès aux soins de santé¹⁰.

13. La recommandation n° 202 concernant les socles de protection sociale, 2012, de l'OIT, où les principes des droits de l'homme transparaissent dans une reconnaissance précise de l'interdépendance entre la santé et la protection sociale, invite les États à établir et à conserver des socles de protection sociale qui comportent des garanties élémentaires de sécurité sociale. Les socles de protection sociale devraient comporter au moins les garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes : a) accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ; b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ; c) sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité ; d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale¹¹.

14. La commission de haut niveau convoquée par l'Organisation panaméricaine de la santé en 2017 afin d'étudier la santé universelle a reconnu la question des soins de santé primaires comme « une voie nécessaire et durable vers la réalisation de la santé universelle »¹². Elle a souligné le poids qu'avait la « matrice des inégalités sociales » : elle a reconnu les inégalités comme une « caractéristique historique et structurelle » des sociétés de la région et a identifié les « éléments qui façonnent la situation des personnes ». La commission a ainsi adopté, dans son rapport, une conception de la « santé universelle » qui recouvre à la fois un accès équitable à la santé, à des services de santé complets de qualité et une couverture sanitaire de la population¹³.

IV. Pertinence du cadre des droits de l'homme

15. Le cadre des droits de l'homme est indispensable pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'examen des stratégies qui visent la réalisation de la couverture sanitaire universelle pour un certain nombre de raisons :

a) Dans la Charte des Nations Unies, les États Membres expriment leur résolution à proclamer à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites. Les instruments relatifs aux droits de l'homme mentionnés plus haut, et bien d'autres instruments conclus par la suite, précisent le contenu de ces droits et en soulignent leur caractère universel. Les normes et les règles relatives aux droits de l'homme sont donc des obligations juridiques contraignantes plutôt qu'un simple choix de politique ;

b) L'utilisation du cadre et du langage des droits de l'homme est porteuse de transformation. Le Rapporteur spécial sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté a estimé que les droits de l'homme apportent un contexte et un cadre détaillé et équilibré ; ils renvoient à des obligations juridiques spécifiques auxquelles les États ont souscrit en ratifiant divers traités relatifs aux droits de l'homme, à certaines valeurs

¹⁰ OIT, *Rapport sur la protection sociale dans le monde 2014-15*, p. 102.

¹¹ Ibid., annexe.

¹² Organisation panaméricaine de la santé, *Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata*, rapport de la commission de haut niveau (Washington, Pan American Health Organization, 2019), p. 3.

¹³ Ibid., p. 4 et 9.

non négociables, à un enracinement normatif porteur d'un certain degré de certitude, et permet d'en appeler, dans les débats, aux définitions soigneusement négociées de droits spécifiques, issues de décennies de réflexion et de délibérations qui ont abouti à leur consécration sur le plan juridique (A/70/274, par. 65). Ces éléments sont décisifs pour la cohérence des politiques et offrent une base pour orienter les efforts et évaluer les résultats ;

c) Le cadre des droits de l'homme vise à corriger le déséquilibre des rapports de force qui compromet les chances de parvenir à un meilleur état de santé. Comme on a pu le constater dans nombre de situations dans lesquelles l'accès au système de santé est restreint, ou l'interaction avec celui-ci est difficile, des rapports de force marqués par l'injustice finissent par avoir des conséquences pour l'état de santé. La santé mentale, à titre d'exemple, est un domaine où la différence de pouvoir entre les titulaires de droits et les prestataires de services de santé joue un rôle central dans l'accès à des soins et des services de santé de qualité, ce qui fait que les personnes concernées ont une espérance de vie beaucoup plus courte que le reste de la population¹⁴. Étant donné que le secteur privé devient de plus en plus un acteur financier et politique influent capable de rivaliser avec la puissance des États sur le plan international et à l'échelon national, les principes des droits de l'homme sont indispensables pour protéger les droits liés à la santé ;

d) La protection des membres vulnérables et marginalisés de la société est une préoccupation particulière des droits de l'homme. Elle relaye un message d'égalité et de non-discrimination, d'inclusivité et de participation, et de dignité et de justice. Comme divers travaux l'ont montré, les exclus de la couverture sanitaire appartiennent le plus souvent à des populations et des groupes marginalisés ou exposés à la discrimination. Souvent, ces populations et ces groupes sont aussi exposés bien davantage à des risques de santé liés par exemple à l'insuffisance des logements et des installations sanitaires dans les bidonvilles ou à la pollution de l'air intérieur par les combustibles. L'intégration des principes et des normes des droits de l'homme dans la conceptualisation et la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle apporterait une réponse et des solutions aux problèmes multidimensionnels de la discrimination et de l'exclusion.

V. Principaux obstacles à l'extension de la couverture sanitaire du point de vue des droits de l'homme

16. L'égalité est le principe fondamental, en même temps que la finalité de la couverture sanitaire universelle ; toutefois, des millions de personnes sont régulièrement privées d'une couverture sanitaire en raison d'un ensemble de facteurs, parmi lesquels la marchandisation des soins de santé, le sous-financement du secteur de la santé, le choix inefficace des priorités, la discrimination et la pauvreté. Dans la section ci-après, la Haute-Commissaire s'intéresse à certains problèmes qui montrent que la couverture sanitaire doit tenir compte des droits de l'homme pour être véritablement universelle.

A. Principaux problèmes

17. Plus de la moitié de la population mondiale n'a pas accès à des soins de santé de base adéquats, y compris les soins prénatals et les traitements ordinaires contre le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose¹⁵. Il existe de fortes disparités selon les régions et les populations : 56 % de la population rurale mondiale (dont l'Afrique représente la plus grande part) est dépourvue de couverture sanitaire, contre 22 % de la population urbaine¹⁶. Les populations des pays à faible revenu ont moins facilement accès aux services de santé de base ; d'ailleurs, l'OMS a récemment confirmé que certains indicateurs, tels que

¹⁴ Royal College of Psychiatrists, « Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health », occasional paper OP88, mars 2013, p. 27.

¹⁵ Voir [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

¹⁶ OIT, *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable*, Conférence internationale du Travail (Genève, Organisation internationale du Travail, 2019), par. 101.

l'encadrement des accouchements par du personnel qualifié, la fourniture de méthodes de contraception modernes aux femmes dans le cadre de la planification familiale et la couverture vaccinale, y sont également plus bas¹⁷. Les dépenses de santé exorbitantes, qui sont un indicateur clair des lacunes de la couverture sanitaire, concernent plus largement les populations des pays à revenu intermédiaire que celles des pays à faible revenu ou des pays à revenu élevé¹⁸.

18. Si les obstacles financiers ont leur importance, les causes majeures d'exclusion, pour ce qui est d'accéder à des soins et des services de santé de qualité dans des conditions d'égalité, sont les déterminants socioéconomiques de la santé, parmi lesquels les inégalités, la discrimination et la pauvreté. Pour les populations et les groupes concernés, l'exclusion sociale et économique est souvent aggravée par les effets concomitants de formes multiples et croisées de discrimination dont les motifs peuvent être l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la situation migratoire, l'orientation sexuelle, le handicap ou l'état de santé, et que perpétuent souvent des normes sexistes, culturelles ou sociales néfastes, et des préjugés. Les inégalités créent des laissés pour compte, limitent l'exercice d'autres droits de l'homme et confinent les personnes dans une dynamique de pauvreté, de perspectives réduites, de mauvaise santé et de moindre espérance de vie. La commission de haut niveau (voir par. 14) a évoqué une configuration de déterminants sociaux caractérisés par l'émergence et la consolidation d'un modèle économique fondé sur la mondialisation et l'expansion du secteur privé, qui voit la commercialisation gagner peu à peu chaque aspect de la vie et l'urbanisation progresser sous l'effet de la démographie, et qui est responsable notamment de la dégradation de l'environnement, des conditions non viables pour l'environnement et des changements climatiques¹⁹.

19. Le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits des femmes, des enfants et des adolescents, créé en mai 2016 à l'initiative commune du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et de l'OMS, a estimé que dans un contexte de montée du nationalisme, des millions de personnes – migrants sans papiers, réfugiés, habitants de taudis et peuples autochtones, notamment – sont marginalisées tandis que leurs droits sont violés et que la santé des personnes et la santé publique se dégradent, ce qui menace la stabilité de sociétés toutes entières²⁰. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a relevé une tendance croissante à appliquer et justifier une conception étroite et sélective des droits de l'homme qui remet en question l'essence même des principes et normes relatifs aux droits de l'homme (A/HRC/29/33). En plaidant pour une couverture sanitaire fondée sur les droits qui ne soit plus seulement un privilège des plus fortunés, l'OIT évoque une crise sanitaire mondiale caractérisée par « l'absence du droit à la santé »²¹. Tous ces facteurs ont eu pour effet conjugué que les droits de l'homme n'ont pas été correctement pris en compte dans l'élaboration, l'application, le suivi et le contrôle des politiques de santé, y compris s'agissant de la couverture sanitaire universelle.

B. Accès aux médicaments

20. Près de 2 milliards de personnes dans le monde ont été privées de leur droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications faute d'avoir accès aux médicaments essentiels²². En ce qui concerne le VIH/sida, par exemple, 36,9 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH en 2017 et seulement 21,7 millions d'entre elles avaient accès à un traitement antirétroviral. À la même période, 20 % des femmes enceintes vivant avec le VIH n'avaient pas accès aux médicaments antirétroviraux

¹⁷ OMS, *World Health Statistics Overview 2019: Monitoring Health for the SDGs*, 2019, p. 8.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid., p. 8.

²⁰ OMS, *Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), p. 7.

²¹ OIT, « Addressing the Global Health Crisis: Universal Health Protection Policies », *Social Protection Policy Papers*, 2014, p. 2.

²² OMS, « Accès aux médicaments : agir pour que les forces du marché servent les plus démunis », 2017, p. 14.

permettant de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant²³. D'après des statistiques compilées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), sur les 1,8 million d'enfants vivant avec le VIH dans le monde, seulement 52 % reçoivent un traitement antirétroviral²⁴. D'après des travaux menés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), si l'incidence mondiale de l'infection par le VIH a baissé de 25 % entre 2010 et 2017, l'incidence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires est en hausse. Les taux d'infection par la tuberculose et l'hépatite virale sont élevés dans cette population, et la faiblesse des investissements est à l'origine d'une mauvaise couverture en services de réduction des risques (programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, traitement de la toxicomanie, prévention des surdoses, et dépistage et traitement du VIH, de la tuberculose et des hépatites B et C)²⁵.

21. Un des principaux obstacles à l'accès aux médicaments est le coût excessif, qui met des médicaments, des traitements et des technologies essentiels hors de la portée de beaucoup²⁶. Cela tient en partie à l'échec des politiques publiques, s'agissant en particulier de réglementer la capacité du secteur privé à intervenir pour entraver ou faciliter l'accès, de soutenir suffisamment le développement de médicaments et de technologies de santé dont la priorité ne soit pas la rentabilité commerciale, et de lutter contre l'excès de protection découlant de la propriété intellectuelle, qui entrave la production et la distribution de médicaments génériques à faible coût²⁷.

C. Personnel de santé

22. Un personnel qualifié, efficace et motivé, en nombre suffisant pour répondre aux besoins, est indispensable pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. On a estimé qu'en 2017, seulement un pays sur deux disposait du personnel de santé nécessaire pour prodiguer des soins de qualité (soit 30 médecins, 100 infirmiers ou maïeuticiens et 5 pharmaciens pour 10 000 personnes)²⁸. Dans ce domaine également, on constate des disparités, dans chaque pays et d'un pays à l'autre, et même entre types de services de santé²⁹. Les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud et du Sud-Est, et certains pays d'Océanie connaissent les insuffisances les plus graves ; dans certains cas, plus de 80 % de la population n'a pas accès aux soins de santé et aux services connexes en raison d'une pénurie de personnel de santé³⁰. Les conséquences du manque de personnel sont de plus en plus graves pour les personnes âgées, dont plus de la moitié n'a pas accès à une prise en charge de longue durée³¹.

23. Des conditions de travail défavorables qui ne permettent pas d'attirer et de conserver un personnel qualifié sont en partie responsables de la pénurie de professionnels de santé. Le droit des travailleurs sociaux et des professionnels de santé à des conditions de travail justes et favorables, y compris à une rémunération équitable et à conditions de travail sûres et salubres, est protégé par le droit international. Dans le secteur de la santé comme ailleurs, les mauvaises conditions de travail chassent souvent les travailleurs les plus qualifiés et les plus compétents, ce qui peut favoriser la corruption. On sait que la migration des travailleurs sociaux et des professionnels de santé, autre conséquence du déni des droits des travailleurs, touche plus profondément les pays du Sud, du fait que les professionnels de santé en partent pour chercher des emplois plus lucratifs ailleurs.

²³ Voir www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf.

²⁴ Voir <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/paediatric-treatment-and-care/>.

²⁵ Voir la déclaration prononcée le 28 avril 2019 par la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme à l'occasion de la Conférence de 2019 de Harm Reduction International, disponible en anglais à l'adresse suivante : www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24529&LangID=E.

²⁶ Voir www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf.

²⁷ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Risques, droits & santé*, juillet 2012, p. 9.

²⁸ « GBD 2017: a fragile world », *Lancet*, vol. 392, n° 10159 (10 novembre 2018), p. 1683.

²⁹ Voir OMS, *World health statistics overview 2019*, p. 8.

³⁰ « GBD 2017: a fragile world », *Lancet*.

³¹ OIT, *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019*, p. 119.

D. Groupes cibles

1. Personnes handicapées

24. On estime le nombre de personnes handicapées à 1 milliard dans le monde, et ce chiffre devrait augmenter³². En raison de la discrimination et de l'exclusion sociale, elles courent un plus grand risque d'être en mauvaise santé et donc d'avoir besoin de soins et de services de santé et de devoir en utiliser (A/73/161, par. 5). Or, les personnes handicapées risquent aussi davantage de rencontrer des obstacles du fait que les moyens de communication, l'information, les équipements, le milieu physique, et les moyens de transport pour aller jusqu'aux établissements de santé et en revenir, ne sont pas accessibles; qu'elles n'ont pas accès à toute la gamme des services dont elles ont besoin, notamment à des appareils d'assistance et de réadaptation; et que leur droit au consentement libre et éclairé n'est pas respecté.

25. En outre, en raison de leurs troubles préexistants, les personnes handicapées risquent d'être exclues de l'assurance maladie et ont moins de chances de pouvoir bénéficier d'un régime d'assurance lié au travail³³. De ce fait, les personnes handicapées courent un risque 50 % plus élevé de devoir faire face à des dépenses de santé exorbitantes, ce qui les pousse dans la pauvreté, et a des effets directs sur leur droit à l'éducation, leur droit à la subsistance et leur droit de prendre part à la société³⁴. Pour remédier à cette situation, les États devraient veiller à ce que la couverture sanitaire universelle recouvre toute la gamme des services de santé dont les personnes handicapées peuvent avoir besoin au titre des services de santé essentiels, y compris les appareils d'assistance et de réadaptation, ainsi que l'OMS le propose dans sa liste des produits et aides techniques prioritaires³⁵.

2. Migrants

26. L'accès aux soins et aux services de santé constitue une gageure pour les migrants dans les pays de transit et de destination en raison de l'absence de protection juridique de leur droit à la santé, de l'existence de textes de loi ou de règles administratives qui leur dénie expressément l'accès aux soins de santé, de barrières culturelles et linguistiques et, dans le cas des migrants en situation irrégulière, de la crainte des mesures de détention ou d'expulsion³⁶. Les migrants sont souvent tenus de payer les services médicaux sur le champ en raison de leur nationalité ou de leur situation migratoire. De surcroît, si dans bon nombre de pays, les soins d'urgence ne peuvent pas être refusés, dans d'autres pays, les migrants en situation irrégulière soit sont exclus de tout service, soit doivent encore assumer l'intégralité des coûts après le traitement, ce qui peut les dissuader de se faire soigner³⁷.

27. Les migrants en situation vulnérable peuvent souffrir d'un mauvais état de santé mentale en raison des nombreuses difficultés résultant de conditions de vie et de travail précaires et dangereuses, de l'isolement social et des graves violations des droits de l'homme qu'ils peuvent avoir subies pendant leur parcours migratoire. L'accès aux soins et aux services de santé au-delà des soins d'urgence nécessite souvent de prouver son statut, du point de vue de la résidence légale, de l'assurance ou de l'emploi, ce qui exclut la plus grande partie des migrants en situation irrégulière. Les migrants en transit risquent de ne pas pouvoir accéder aux soins de santé en raison du manque de personnel et de matériel médical sur les voies migratoires ou aux frontières internationales, et des politiques qui criminalisent ou découragent la migration irrégulière en menaçant les migrants d'être arrêtés, placés en détention ou expulsés, ce qui favorise la clandestinité. Les migrants suspendent ou retardent souvent leurs vaccins, y compris pour les enfants nés pendant le voyage, par crainte que les services d'immigration soient avertis quand ils ont recours à des

³² OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. xi.

³³ Voir Lena Morgon Banks et Sarah Polack, *The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries*, 2014.

³⁴ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, p. 73 à 78.

³⁵ Voir www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en/.

³⁶ HCDH, *Les droits économiques, sociaux et culturels des migrants en situation irrégulière*, 2014, p. 10.

³⁷ *Ibid.*, p. 42.

services médicaux ou qu'on les oblige à partir. Tant dans les pays de transit que dans les pays de destination, les migrants en situation irrégulière sont souvent exclus de la vaccination en raison de leur statut, ou parce qu'ils manquent de ressources financières, ou sont mal informés.

3. Personnes atteintes de maladies rares

28. Entre 300 et 400 millions de personnes sont atteintes de maladies rares dans le monde³⁸, maladies définies dans l'Union européenne comme des maladies touchant moins de cinq personnes sur 10 000³⁹. La moitié des victimes sont des enfants, et 30 % meurent avant l'âge de 5 ans⁴⁰. Si chaque maladie ne touche généralement que de faibles populations, le nombre total de personnes atteintes de maladies rares représente environ 4 % de la population mondiale. Comme la plupart des maladies rares sont complexes, chroniques, dégénératives et souvent mortelles, l'accès à des services et des soins de santé accessibles, abordables et de qualité, y compris à une prise en charge à long terme, est une question essentielle⁴¹. Les maladies rares sont largement négligées : il n'existe d'options thérapeutiques que pour 5 % d'entre elles; cela s'explique en grande partie par un échec du marché et un échec des politiques publiques.

29. Même lorsque certains soins sont accessibles, la couverture correspond souvent aux troubles les plus fréquents dans la population, et n'accorde pas l'attention voulue aux besoins et aux droits spécifiques des personnes atteintes de maladies rares. Selon l'Agence européenne des médicaments, moins de 1 000 maladies bénéficient d'un niveau même minimum de connaissances scientifiques ; le manque de connaissances médicales et scientifiques sur les maladies rares entretient cette marginalisation, de sorte que nombre de ces personnes restent sans diagnostic et que l'on peine à développer des thérapies⁴². Dès lors, les services et les soins de santé restent peu accessibles et de mauvaise qualité, en particulier eu égard aux infirmités connexes. Les maladies rares provoquent souvent la stigmatisation et la discrimination, et bon nombre des personnes qui en souffrent sont exclues de la participation à l'emploi et de l'intégration en tant que membre productif et à part entière de la société.

E. Corruption

30. La corruption a été décrite comme « l'un des obstacles principaux à la promotion et à la protection effectives des droits de l'homme »⁴³. Outre qu'elle compromet la capacité des États à agir au maximum des ressources disponibles pour assurer les services indispensables à la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels, la corruption se solde par un accès discriminatoire aux services publics, au profit de ceux qui sont en mesure d'influencer les autorités par des méthodes comme les pots-de-vin et les pressions politiques⁴⁴. La corruption ne détourne pas seulement les rares ressources des affectations où elles sont le plus nécessaires, elle fausse l'action des pouvoirs publics, fragilise la confiance du public dans le système de santé, et finit par compromettre les tentatives d'assurer la couverture sanitaire universelle⁴⁵.

³⁸ Voir FIIM, *Rare Diseases: shaping a future with no-one left behind*, 2014 ; disponible à l'adresse suivante : www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA_Rare_Diseases_Brochure_28Feb2017_FINAL.pdf. Voir également <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

³⁹ Voir FIIM, *Rare Diseases*.

⁴⁰ Voir <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

⁴¹ Voir Rare Diseases International, « Rare Diseases: The Missing Keystone of Universal Health Coverage », 2019.

⁴² Voir www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/orphan-designation-overview.

⁴³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 24 (2017) sur les obligations des États en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dans le contexte des activités des entreprises, par. 20.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Voir www.transparency.org/topic/detail/health ; voir également A/72/137, par. 12.

31. La corruption est endémique dans le secteur de la santé pour plusieurs raisons : l'asymétrie des rapports de force, notamment entre le soignant et le patient et entre les pouvoirs publics, le secteur privé et les titulaires de droits ; les incertitudes que comportent la sélection, le suivi, l'évaluation et la réalisation des services de santé ; la complexité des systèmes de santé (A/72/137, par. 16). La participation d'acteurs multiples allant des responsables de l'élaboration des politiques aux prestataires et aux médecins est un facteur de complexité supplémentaire qui soulève l'éventualité de transactions clandestines innombrables entachées de corruption entre les divers acteurs⁴⁶. La corruption revêt de nombreuses formes dans le secteur de la santé : pots-de-vin, absentéisme, relations commerciales indues, prévarication (y compris à des postes élevés), paiements officieux et demande induite⁴⁷.

VI. Appliquer les principes fondamentaux des droits de l'homme à la couverture sanitaire universelle

32. Le droit à la santé se définissant comme un droit inclusif qui recouvre les déterminants sous-jacents de la santé⁴⁸, la couverture sanitaire universelle devrait être comprise comme englobant l'accès effectif à la santé, la promotion de la santé, la prévention des maladies et d'autres déterminants de la santé, et la couverture « conventionnelle ». En mettant surtout l'accent sur le nombre de personnes protégées, on tend à privilégier les soins curatifs ; or, comme on l'a vu avec les maladies non transmissibles, une action efficace passe par la promotion de la santé et la prévention des maladies. Si les États jouissent d'une certaine liberté de décision quant à la manière d'assurer à tous une couverture sanitaire, il n'en reste pas moins que les principes des droits de l'homme devraient régir la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'examen des politiques dans ce domaine ainsi que l'obligation de rendre compte. Dans la section ci-après, la Haute-Commissaire explique l'importance de ces principes pour la couverture sanitaire universelle.

A. Niveaux d'obligation

33. Les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits de l'homme. En ce qui concerne le droit à la santé, les États doivent s'abstenir d'entraver directement ou indirectement son exercice (obligation de respecter), adopter des mesures en vue d'empêcher l'ingérence de tiers (obligation de protéger) et prendre des mesures appropriées pour assurer son plein exercice (obligation de mettre en œuvre)⁴⁹.

34. Des obligations analogues s'appliquent au droit à la sécurité sociale. Le respect du droit à la sécurité sociale suppose de s'abstenir de toute pratique ou activité qui, par exemple, empêche ou restreint l'accès à un régime de sécurité sociale adéquat dans des conditions d'égalité⁵⁰ ; sa protection requiert, entre autres, de prendre des mesures pour que des tiers ne refusent pas l'égalité d'accès à des régimes de sécurité sociale qu'eux-mêmes ou d'autres administrent et n'imposent pas des conditions d'affiliation déraisonnables ; et sa mise en œuvre exige l'adoption des mesures nécessaires à son plein exercice telles que l'institution d'un régime de sécurité sociale. Si la couverture sanitaire universelle repose principalement sur l'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale, les obligations de respecter et de protéger ont leur importance, par exemple, lorsqu'il s'agit de réglementer la promotion de produits nocifs par des entreprises privées,

⁴⁶ Subrata Chattopadhyay, « Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do? », *Indian Journal of Medical Ethics*, vol. X, n° 3 (juillet-septembre 2013), p. 154.

⁴⁷ Commission européenne, *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector*, 2017, p. 9 et 37.

⁴⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 12.

⁴⁹ *Ibid.*, par. 33.

⁵⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 19 (2007) sur le droit à la sécurité sociale, par. 44.

de maîtriser l'influence du secteur privé sur l'accès à des médicaments essentiels et d'autres biens et services de santé, ou de mettre fin à la discrimination dans l'accès aux soins de santé⁵¹.

B. Maximum des ressources disponibles et réalisation progressive

35. En vertu du paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, chaque État partie est tenu d'agir au maximum de ses ressources disponibles en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte. La formule « au maximum de ses ressources disponibles » se rapporte à la fois aux ressources qui existent à l'intérieur de l'État et à celles qui sont mises à disposition par la voie de l'assistance et de la coopération internationales ; sa mise en application touche à la fois les recettes et les dépenses publiques (voir E/2017/70)⁵². La fiscalité est largement considérée comme l'une des sources de revenu les plus importantes et les plus prévisibles pour les pouvoirs publics ; elle est vitale pour remédier à une discrimination systémique, garantir le droit égal au bénéfice des droits économiques, sociaux et culturels et financer les services essentiels, la protection sociale et les mesures de réduction de la pauvreté (A/HRC/26/28, par. 3, 17 et 36). Les États sont libres de décider de leurs politiques budgétaires, mais leurs obligations en matière de droits de l'homme leur imposent des limites. Ces obligations doivent pouvoir orienter les politiques budgétaires de sorte que les États respectent, protègent et mettent en œuvre les droits de l'homme (ibid., par. 4).

36. Au titre de la réalisation progressive, les États ont l'obligation immédiate de prendre des mesures concrètes, ciblées et délibérées pour réaliser les droits économiques, sociaux et culturels⁵³. Tout laisse supposer que les mesures rétrogrades sont à proscrire. Lorsqu'un État a pris de telles mesures, il doit prouver qu'il l'a fait après avoir mûrement pesé toutes les autres solutions possibles et que ces mesures sont pleinement justifiées eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte et à l'ensemble des ressources disponibles⁵⁴. Par voie de conséquence, les mesures d'assainissement des finances publiques, notamment les politiques d'austérité, qui se caractérisent souvent par une réduction des dépenses du secteur social, sont présumées illicites (voir E/2013/82).

C. Droit à la santé et droit à la protection sociale

37. Selon le paragraphe 2 de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la pleine réalisation du droit à la santé suppose l'adoption de plusieurs mesures, notamment en vue de : a) la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que du développement sain de l'enfant ; b) l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) la prophylaxie et du traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que de la lutte contre ces maladies ; et d) la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. L'approche fondée sur les droits de l'homme qui en découle impose aux États de faire en sorte que les équipements, les biens et les services de santé soient disponibles en quantité suffisante et soient physiquement et économiquement accessibles, sans discrimination. Ces équipements, biens et services doivent aussi être scientifiquement et médicalement appropriés, de bonne qualité, et respectueux de l'éthique médicale⁵⁵. La participation et la responsabilisation sont des composantes indispensables du droit à la santé.

38. Le droit à la sécurité sociale recouvre le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, de manière à être protégé contre : a) la perte du revenu du travail pour cause de maladie, de maternité,

⁵¹ Ibid., par. 50 et 51 ; voir aussi Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 19, par. 45.

⁵² Voir aussi E/C.12/2007/1, par. 5.

⁵³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 30.

⁵⁴ Ibid., par. 32.

⁵⁵ Ibid., par. 12.

d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille ; b) le coût démesuré de l'accès aux soins de santé ; c) l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge⁵⁶. Ces prestations doivent être d'un montant et d'une durée adéquats pour que chacun puisse exercer ses droits à la protection de la famille et à l'aide à la famille, à un niveau de vie suffisant et aux soins de santé⁵⁷. Les soins de santé essentiels (y compris l'accès sans discrimination aux équipements, aux biens et aux services de santé, la fourniture de médicaments essentiels, l'accès aux soins de santé procréative, maternelle et infantile, et la vaccination contre les principales maladies infectieuses) font partie des principaux éléments du droit à la sécurité sociale.

39. La protection du droit à la santé est une condition préalable à la jouissance d'autres droits de l'homme, notamment ceux qui sont nécessaires à chacun pour préserver sa dignité, affirmer son autonomie et réaliser son potentiel. Du fait de l'interdépendance et de l'indivisibilité de ces droits, l'inverse est également vrai : la pleine réalisation du droit à la santé n'est possible que dans le respect d'autres droits de l'homme, en particulier des droits à la sécurité sociale, à un logement convenable, à l'eau et à l'assainissement, à la participation, au respect de la non-discrimination, à l'éducation et à l'information, et à l'alimentation. À lui seul, le droit à la sécurité sociale garantit déjà l'exercice des droits économiques et sociaux fondamentaux, notamment du droit à la santé et du droit à l'alimentation, face aux risques et aux aléas de la vie, et joue un rôle extrêmement important dans le contexte de maladies endémiques telles que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme⁵⁸. Un système général de protection sociale permet de faire face aux différentes formes de privation et de détresse liées à la maladie, qu'il s'agisse du manque d'accessibilité des soins médicaux, des dépenses non médicales connexes telles que les frais de transport ou de la perte de revenu ou de temps causée par un arrêt de travail. Le fait de considérer les autres droits de l'homme, y compris le droit à la sécurité sociale, comme des déterminants du droit à la santé facilite l'élaboration de politiques pangouvernementales et globales, qui mobilisent tous les secteurs relatifs à la santé.

D. Égalité et non-discrimination

40. Si la couverture sanitaire universelle répond à des objectifs d'égalité et d'inclusion, dans la pratique, l'accès aux équipements, aux biens et aux services de santé de qualité est déterminé par le niveau de ressources, les privilèges, l'influence, la place dans la société, l'identité et le lieu de résidence, entre autres facteurs. Certains des pays les plus riches présentent des inégalités marquées dans l'accès aux soins et aux services de santé, tandis que d'autres pays sont parvenus à étendre leur couverture sanitaire en dépit de ressources limitées⁵⁹ ; cela porte fortement à croire que la couverture sanitaire dépend souvent de choix politiques qui ne sont pas nécessairement ou systématiquement guidés par les ressources effectivement ou potentiellement disponibles pour la santé.

41. Les États ont l'obligation spéciale de garantir l'accès à l'assurance maladie et aux établissements de santé aux personnes dépourvues de moyens suffisants et d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs internationalement proscrits dans la fourniture de soins et de services de santé, compte tenu en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé⁶⁰. Les obligations fondamentales, dont celles de fournir les médicaments essentiels, de répartir équitablement tous les équipements, produits et services sanitaires et de garantir l'accès à ces équipements, produits et services sans discrimination

⁵⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 19, par. 2.

⁵⁷ Ibid., par. 22.

⁵⁸ Ibid., par. 13.

⁵⁹ Voir l'étude de l'OIT sur la situation au Rwanda (www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568702.pdf) et en Thaïlande (www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568679.pdf).

⁶⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 19.

aucune, engage la responsabilité immédiate de l'État et ne peuvent faire l'objet ni d'une réalisation progressive ni d'une dérogation⁶¹.

42. En conséquence, les non-ressortissants devraient pouvoir bénéficier des régimes non contributifs de soutien du revenu et de la famille et accéder à des soins de santé abordables. Chacun, quels que soient sa nationalité, son lieu de résidence ou son statut en matière d'immigration, a droit aux soins médicaux primaires ou d'urgence. Les réfugiés, les apatrides et les demandeurs d'asile, ainsi que d'autres personnes et groupes défavorisés et marginalisés, devraient bénéficier, dans des conditions d'égalité, des régimes de sécurité sociale non contributifs, notamment d'un accès raisonnable aux soins de santé et aux prestations familiales, conformément aux normes internationales⁶². Le fait de s'abstenir de prendre les mesures voulues pour remédier à une répartition inéquitable des équipements, des biens et des services médicaux, et le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé, tout particulièrement les éléments vulnérables ou marginalisés de la population, sont des exemples de violations du droit à la santé⁶³.

E. Participation

43. Le droit de participer aux affaires publiques est essentiel à la jouissance des autres droits de l'homme. Il s'agit d'un impératif démocratique, dont le but est de garantir à chacun d'être représenté pendant la prise de décisions concernant l'ensemble de la population. Dans le cadre du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale, chaque partie prenante devrait être habilitée à participer à chacune des étapes de la conception, de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'examen des politiques. Une budgétisation fondée sur les droits de l'homme, par exemple, suppose des processus et des mécanismes transparents auxquels participent les communautés concernées ainsi qu'une coordination entre les différents ministères et départements gouvernementaux, et avec d'autres acteurs clefs tels que le secteur privé, les partenaires de développement et la société civile (voir A/HRC/21/22, par. 52).

44. La participation est un important moyen de contrôle, en particulier lorsqu'il s'agit de définir des priorités et de prévenir des arbitrages politiques qui peuvent être préjudiciables à la couverture sanitaire. Pour être efficace, la promotion de la santé, en particulier, doit aller de pair avec la participation concrète des titulaires de droits au niveau local⁶⁴. En accord avec l'obligation d'intégration, il faudrait que les membres marginalisés et vulnérables de la société, tels que les enfants, les adolescents, les personnes handicapées et les personnes vivant dans la pauvreté, aient l'assurance de pouvoir s'exprimer et que leurs opinions sur les questions qui les concernent en propre soient expressément prises en considération et revêtent un caractère prioritaire⁶⁵. Faute de consensus sur les objectifs prioritaires en matière de prestation de services de santé, il est essentiel que les parties prenantes, notamment au niveau local, se fassent entendre sur la question de la couverture sanitaire.

F. Responsabilité

45. Comme la Haute-Commissaire l'a souligné dans un rapport précédent, la responsabilité est une notion complexe et multidimensionnelle, et une responsabilisation fondée sur les droits de l'homme suppose de recourir à de nombreuses formes d'examen et

⁶¹ Ibid., par. 30, 43 et 47.

⁶² Ibid., observation générale n° 19, par. 37 et 38.

⁶³ Ibid., observation générale n° 14, par. 52.

⁶⁴ Voir Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « Principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH », 3 mai 2010, par. 18 à 22.

⁶⁵ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 4 (par. 3) ; Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 7 (2018) sur la participation des personnes handicapées, y compris des enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent, à la mise en œuvre de la Convention et au suivi de son application.

de contrôle ainsi que d'inciter différents acteurs, à différents niveaux, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, à rendre compte de la situation (A/HRC/38/37, par. 37). La responsabilisation s'étend à tous les domaines de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'examen des politiques. Comme le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents l'a affirmé dans son rapport (voir par. 19 ci-dessus), il est très important de renforcer la responsabilisation, garante de la bonne gouvernance et du respect par les porteurs de devoirs de leurs obligations envers les titulaires de droits, en vue de la réalisation du droit à la santé et des autres droits de l'homme. La mise en place de mécanismes et de processus solides pour rendre compte de la situation sanitaire garantit que les mesures de politique générale, y compris le financement de la santé, les mesures visant à éliminer la discrimination et les inégalités, et les mesures de lutte contre la corruption restent étroitement liées à l'objectif d'une couverture sanitaire universelle. Surtout, la responsabilisation suppose l'existence de voies de recours (judiciaires ou quasi judiciaires) facilement accessibles en cas de violations du droit à la santé ou du droit à la sécurité sociale.

VII. Conclusions et recommandations

A. Conclusions

46. La diversité des parties prenantes à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle met en évidence la diversité des domaines d'action prioritaires. Un consensus semble toutefois se dessiner pour considérer un certain nombre d'éléments comme essentiels à la couverture sanitaire universelle, à savoir les soins de santé primaires, les soins palliatifs, différents biens et services définis au niveau national, les soins de maternité, les traitements d'urgence, l'accès aux médicaments, la prise en considération des inégalités structurelles et sociales, des besoins des personnes marginalisées et vulnérables, et de la discrimination, la protection contre les risques financiers, la promotion de la santé, et la prévention des maladies.

47. Les normes relatives aux droits de l'homme mettent l'accent sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la bonne qualité des équipements, des biens et des services de santé. Elles donnent aussi des indications claires sur ce qu'implique l'universalité, à savoir que l'accès aux soins et aux services de santé ne devrait pas être limité aux personnes qui ont les moyens de les payer ou qui sont au bénéfice de régimes d'entreprise sur le marché du travail formel. Le principe de non-discrimination s'applique à la couverture sanitaire universelle, dont la protection s'étend aux non-ressortissants, tels que les migrants en situation irrégulière, et aux groupes et aux populations généralement marginalisés, tels que les personnes âgées, les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladies rares.

48. La couverture sanitaire universelle ne soulève pas seulement des considérations financières et économiques ou des questions de développement ; elle participe de la justice sociale et de l'égalité, et vise à la réalisation de tous les droits fondamentaux relatifs à la santé dont la jouissance est consubstantielle à la dignité humaine et au droit à la vie. Sa mise en place pose des problèmes divers et complexes, qui entravent les droits de millions de personnes et qui exigent des politiques adaptées. Sur le plan des droits de l'homme, cela signifie que la couverture sanitaire universelle doit être comprise comme englobant les déterminants sous-jacents de la santé. Une impulsion politique est également nécessaire, y compris au plus haut niveau, pour assurer les changements nécessaires à une réorientation des politiques de santé publique vers des modèles de couverture sanitaire universelle conformes aux droits de l'homme. Cette réorientation s'inscrirait dans une approche engageant l'ensemble des pouvoirs publics, en partenariat avec les parties prenantes habilitées, informées et motivées.

49. Au vu de ce qui précède, la Haute-Commissaire formule les recommandations ci-après.

B. Recommandations

50. Le degré de jouissance des droits de l'homme, y compris du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale, étant déterminé par les lois, les politiques et les pratiques, il serait bon que, périodiquement, les États passent en revue les obstacles à l'accès aux services de santé, réexaminent leurs cadres juridiques et stratégiques pour repérer les lacunes éventuelles en matière de couverture sanitaire et de protection sociale, et évaluent le degré de conformité de ces cadres au droit à la santé, au droit à la sécurité sociale et à d'autres droits liés à la santé. Cela aidera à déterminer quelles populations sont laissées de côté, quels facteurs sont à l'origine de leur marginalisation, et quelles sont les incidences de la corruption et des déterminants structurels, administratifs, juridiques et sociaux de la santé.

51. Sur la base d'une analyse globale des droits de l'homme telle que présentée ci-dessus, les États devraient modifier leurs lois et leurs politiques de manière à combler les lacunes en matière de droits de l'homme repérées au cours de l'analyse et à mettre ces lois et ces politiques en conformité avec les normes internationales relatives aux droits de l'homme. En particulier, les États devraient faire en sorte que le cadre juridique et le cadre de politique générale tendent à remédier à la discrimination dans l'accès aux soins et aux services de santé, garantissent à chacun un accès effectif aux médicaments, aux thérapies et aux technologies sans discrimination, et protègent les droits des personnes atteintes de maladies rares, des migrants en situation irrégulière, des personnes handicapées et d'autres groupes vulnérables, y compris par le recours à des mesures spéciales, s'il y a lieu.

52. La couverture sanitaire universelle devrait être explicitement prévue par une législation qui tienne compte des droits des personnes handicapées. Une législation efficace est fondée sur les principes des droits de l'homme ; elle établit le rôle des différents porteurs de devoirs au niveau gouvernemental, répartit les responsabilités, reconnaît les titulaires de droits et leurs droits, lutte contre la discrimination en matière de couverture sanitaire, met l'accent sur la participation communautaire et réglemente strictement le secteur privé, conformément aux Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme.

53. Les États devraient adopter des stratégies et des plans nationaux de réalisation progressive du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale, qui intègrent la couverture sanitaire universelle à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur de la sécurité sociale, afin qu'une couverture complète soit garantie à tous, sans discrimination.

54. En ce qui concerne la couverture sanitaire universelle, la Haute-Commissaire recommande aux États :

a) De faire en sorte que les parties prenantes participent à l'établissement des priorités ainsi qu'à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes ;

b) De rendre les titulaires de droits mieux à même de participer et de faire valoir leurs droits à une couverture sanitaire, par la voie d'activités d'éducation et de sensibilisation ;

c) De veiller à la mise en place ou au renforcement de mécanismes transparents et accessibles pour assurer la participation des parties prenantes aux niveaux local, infranational et national.

55. En vue de garantir l'objectivité de la reddition de comptes, la Haute-Commissaire invite les États :

a) À créer des processus et des mécanismes transparents, inclusifs et participatifs, ayant compétence pour recommander des mesures correctives, à la fois dans le système de santé et dans le système de justice, et/ou à renforcer les processus et les mécanismes existants ;

b) À élaborer des stratégies nationales visant à faciliter l'accès aux mécanismes judiciaires et à assurer l'accessibilité des instances ainsi que des aménagements procéduraux pour les personnes handicapées ;

c) À garantir l'accès effectif à des moyens de recours et de réparation en cas de violation des droits à la santé et à la sécurité sociale, et d'autres droits en faveur de la santé.

56. Conformément à leur devoir de coopération internationale, les États devraient mobiliser les ressources internationales disponibles à des fins de soutien. En partenariat avec les organisations internationales et régionales compétentes, la société civile et les collectivités locales, la Haute-Commissaire prie instamment les États :

a) De solliciter une assistance technique en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes et des politiques propres à renforcer et à étendre la couverture sanitaire, de garantir la fourniture de services de qualité, et de contribuer à protéger les communautés et les groupes marginalisés, y compris les personnes handicapées, les migrants et autres, contre les risques financiers ;

b) D'aider au renforcement des capacités, y compris par la voie de programmes de formation et par le partage d'informations, d'expériences et de bonnes pratiques sur l'extension de la couverture sanitaire dans un contexte de ressources limitées ;

c) De coopérer pour assurer la continuité des soins dispensés aux migrants, en particulier aux migrants en situation irrégulière ;

d) De diffuser les compétences techniques et les bonnes pratiques à des fins de perfectionnement du personnel de santé, notamment dans l'optique de garantir des conditions de travail justes et favorables, de faire face à la migration de la main-d'œuvre du secteur de la santé et du secteur social, et de fournir des formations, y compris sur les droits de l'homme.

57. La Haute-Commissaire prie instamment les États de mettre leurs politiques budgétaires et leurs processus de budgétisation en conformité avec les principes des droits de l'homme, de manière à agir au maximum de leurs ressources disponibles en faveur de l'exercice des droits à la santé et à la sécurité sociale dans des conditions d'égalité.

58. Les États Membres devraient inscrire la question de la couverture sanitaire universelle dans une large perspective, qui englobe les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme mis en évidence dans le présent rapport. La Haute-Commissaire invite les États à réfléchir à la possibilité d'élaborer, avec le concours du Haut-Commissariat aux droits de l'homme et d'autres parties prenantes, un ensemble de lignes directrices sur la couverture sanitaire universelle et les droits de l'homme, qui contribuera à la mise en œuvre de ladite couverture selon une approche fondée sur les droits de l'homme. Sur la base de ces lignes directrices, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme entend examiner les pratiques nationales et évaluer dans quelle mesure les États s'acquittent de leurs obligations concernant la couverture sanitaire universelle, et faciliter l'échange de bonnes pratiques.