



Assemblée générale

Distr. générale
10 octobre 2003
Français
Original: anglais

Cinquante-huitième session

Point 117 c) de l'ordre du jour

**Situations relatives aux droits de l'homme : Situations relatives aux droits de l'homme
et rapports des rapporteurs et représentants spéciaux**

Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint

Note du Secrétaire général*

Conformément à la résolution 2003/45 du Conseil économique et social, le Secrétaire général a l'honneur de transmettre aux membres de l'Assemblée générale le rapport de M. Paul Hunt, Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme.

* Le présent rapport est soumis après les délais, dans le souci d'y faire figurer une information aussi actuelle que possible.

Rapport intérimaire du Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme, M. Paul Hunt, sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint

Résumé

Le présent rapport porte sur les activités menées par le Rapporteur spécial au sujet du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint depuis son rapport préliminaire à la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/2002/58), ainsi que sur les questions présentant un intérêt particulier pour lui. Dans le chapitre II, le Rapporteur spécial souligne que les indicateurs du droit à la santé permettent aux États de savoir quand il faut procéder à des ajustements de leurs politiques. Il fait valoir que certains de ces indicateurs permettent à un État de suivre de près la réalisation progressive du droit à la santé sur son territoire, alors que d'autres permettent de contrôler l'exercice des responsabilités internationales au-delà des frontières de l'État, et les incidences sur la santé dans d'autres juridictions. Conformément à la demande formulée par la Commission, le chapitre III contient un aperçu de certains points techniques et d'autres questions découlant des bonnes pratiques en matière de droit à la santé. Dans le chapitre IV, le Rapporteur spécial exprime sa préoccupation concernant les obstacles qui continuent d'entraver la prévention et le traitement du VIH/sida, et indique que l'une des contributions les plus pertinentes qu'apportent les droits de l'homme à la lutte contre la pandémie du VIH/sida consiste à renforcer le principe de la responsabilisation. Le chapitre V attire brièvement l'attention sur la nécessité de traiter des conséquences du droit à la santé concernant les maladies négligées et propose d'adopter une démarche qui permette d'éliminer la lèpre. Enfin, conformément à la demande de la Commission, le Rapporteur spécial présente ses observations sur la proposition d'un protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–4	4
II. Indicateurs du droit à la santé : la méthode progressive	5–37	5
III. Bonnes pratiques en matière de droit à la santé : tour d’horizon préliminaire	38–63	13
IV. VIH/sida et droit à la santé	64–75	19
V. Maladies négligées, lèpre et droit à la santé	76–80	23
VI. Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	81–84	25
VII. Observations finales	85	26

I. Introduction

1. Le mandat du Rapporteur spécial est défini dans la résolution 2002/31 de la Commission des droits de l'homme. Paul Hunt (Nouvelle-Zélande) a été nommé Rapporteur spécial et a soumis son rapport préliminaire (E/CN.4/2003/58) à la Commission à sa cinquante-neuvième session. Dans sa résolution 2003/28, la Commission l'a notamment engagé à présenter chaque année un rapport intérimaire à l'Assemblée générale sur les activités menées dans le cadre de son mandat. Le présent rapport a été établi pour donner suite à cette demande.

2. Depuis la soumission de son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a continué de tenir régulièrement des consultations, et de développer la coopération, avec les États et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales¹. En juillet et août 2003, il a effectué une mission à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) afin d'examiner les règles et politiques commerciales dans le contexte du droit à la santé et d'en suivre l'application. Il s'est entretenu avec le secrétariat de l'OMC, les présidents des conseils concernés et les membres et observateurs de l'OMC. À cette occasion, il a également rencontré des experts de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de plusieurs organisations non gouvernementales (ONG). Il est reconnaissant à toutes les personnes qu'il a rencontrées dans le cadre de la mission, au Directeur général de l'OMC pour l'appui apporté et au regretté Haut Commissaire aux droits de l'homme. À la soixantième session de la Commission, il présentera un rapport sur sa mission accompagné d'un rapport annuel exposant les détails des activités menées au titre de son mandat.

3. Chaque année plus de 10 millions d'enfants – soit 30 000 par jour – meurent de maladies qui auraient pu être évitées. Plus de 500 000 femmes par an meurent pendant la grossesse et l'accouchement. Ces décès sont 100 fois plus probables dans les pays d'Afrique subsaharienne que dans les pays membres à revenu élevé de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Quarante-deux millions de personnes sont contaminées par le VIH/sida, dont 39 millions dans les pays en développement. La tuberculose est à l'origine de deux millions de décès par an. Le chiffre d'un million de décès par an dus au paludisme pourrait doubler dans les 20 années à venir. On continue à stigmatiser des dizaines de millions de lépreux. Plus d'un milliard de personnes, soit un individu sur cinq dans le monde, sont privées d'eau salubre qui est, avec une hygiène convenable, un facteur essentiel de survie. La dysenterie est une importante cause de décès chez les jeunes enfants : rien que durant les années 90, elle a fait parmi les enfants un plus grand nombre de victimes que les conflits armés depuis 1945². Dix pour cent seulement des dépenses

¹ Par exemple, le Rapporteur spécial a participé à plusieurs réunions et ateliers organisés par l'OMS, à un atelier sur le droit à la santé organisé par Médecins sans frontières (Belgique), à une conférence sur les droits économiques, sociaux et culturels organisée par le Gouvernement croate et la Commission internationale des juristes, et à une table ronde sur l'accès des pauvres aux soins de santé organisée par l'OMS et Save the Children (Royaume-Uni) lors de la cinquante-sixième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Il a également pris part à la réunion annuelle des rapporteurs spéciaux organisée par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, à une réunion des rapporteurs spéciaux sur le VIH/sida organisée par le Haut Commissariat/ONUSIDA et à une réunion avec le Groupe de référence mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme.

² *Rapport mondial sur le développement humain 2003 : les objectifs du Millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*, PNUD, p. 8 et 9.

de recherche-développement dans le domaine de la santé sont consacrées aux problèmes de santé qui touchent 90 % de la population mondiale.

4. Une large partie de ce rapport intérimaire est consacrée aux questions conceptuelles qui semblent bien éloignées de ces faits alarmants. On y examine, par exemple, ce qui constitue les indicateurs et les critères du droit à la santé afin de déterminer les bonnes pratiques en la matière. Les travaux de ce type sont appréciables à condition d'aboutir en temps voulu à un mieux-être et à un respect plus rigoureux du droit fondamental des personnes à la santé, en particulier des pauvres. Le Rapporteur spécial souhaiterait obtenir les vues des États Membres sur toutes les questions découlant de son rapport ou de son mandat en général, en particulier sur les points suivants :

a) Les indicateurs du droit à la santé sont-ils un moyen utile permettant à un État de suivre de près la réalisation progressive du droit à la santé dans sa juridiction? Sont-ils également utiles pour contrôler l'exercice des responsabilités internationales i) au-delà des frontières de l'État et ii) dans le domaine de la santé? (voir par. 5 à 37);

b) Si le Rapporteur spécial doit recueillir des exemples de bonnes pratiques du droit à la santé, comment distinguer une bonne pratique du droit à la santé d'une bonne pratique relative à la santé? (voir par. 38 à 62);

c) Quelle est la contribution spécifique du Rapporteur spécial concernant le VIH/sida? (voir par. 64 à 75);

d) La recherche est essentielle à la promotion de la bonne santé, au développement et à la réduction de la pauvreté; or, moins de 10 % des dépenses de recherche-développement dans le domaine de la santé sont consacrées aux problèmes de santé qui touchent 90 % de la population mondiale. Comment pourrait-on traiter cette importante question humanitaire et des droits de l'homme? (voir par. 76 à 80).

II. Indicateurs du droit à la santé : la méthode progressive

5. Au paragraphe 33 de son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a émis le souhait d'examiner différents cadres et instruments d'analyse afin de mieux cerner la portée des droits à la santé. Il a défini trois cadres ou instruments présentant un intérêt particulier, le troisième étant le droit à des indicateurs et à des critères de santé :

« Troisièmement, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels signale l'importance des indicateurs et des critères (voir par. 57 et 58 de l'observation générale No 14). Le droit international à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive. Inévitablement, cela signifie que ce qui est attendu d'un État variera au cours du temps. Pour pouvoir suivre ses progrès, un État a besoin d'un instrument permettant de mesurer cette dimension évolutive du droit à la santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels suggère que l'instrument le plus approprié est l'application combinée d'indicateurs et de critères nationaux du droit à la santé. Dans cette optique, un État choisit des critères appropriés du droit à la santé qui l'aideront à suivre les différentes composantes de ce droit. Chaque indicateur nécessitera une désagrégation en fonction des motifs de discrimination prohibés. L'État définit

ensuite, au niveau national, des cibles – ou des critères – appropriés pour chaque indicateur désagrégé. Il peut utiliser ces indicateurs et critères nationaux pour suivre ses progrès dans le temps, ce qui lui permet de savoir quand il faut procéder à des ajustements de la politique suivie. Bien entendu, aussi fins que puissent être les indicateurs et les critères du respect du droit à la santé, ils ne donneront jamais une image complète de l'exercice de ce droit dans une juridiction donnée. Au mieux, ils peuvent fournir d'utiles enseignements sur le droit à la santé dans un contexte national donné. »

6. Depuis la sortie de son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a participé à un atelier sur les indicateurs du droit à la santé organisé par l'OMS. En se fondant sur cette réunion et d'autres consultations, le Rapporteur spécial donne dans les paragraphes suivants de plus amples détails sur l'ensemble de sa démarche concernant les indicateurs du droit à la santé. Il sollicite les observations et suggestions de toutes les parties sur cette stratégie générale. Il continuera de se pencher sur les indicateurs du droit à la santé en vue de mettre progressivement au point une méthode fonctionnelle, réaliste et équilibrée.

Quel est le rôle des indicateurs des droits de l'homme?

7. Dans son *Rapport mondial sur le développement humain 2000 : droits de l'homme et développement humain*, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) consacre un chapitre aux indicateurs des droits de l'homme et à la nécessité de les utiliser rationnellement : « Les indicateurs statistiques représentent une arme puissante dans la lutte pour les droits de l'homme. Ils permettent en effet aux individus comme aux organisations, du militant de base et de la société civile aux Nations Unies et aux pouvoirs publics, d'identifier les principales parties prenantes et de les amener à répondre de leurs actes³. Les indicateurs contribuent notamment à :

- Améliorer les politiques et suivre l'évolution des progrès;
- Définir les effets indésirables des lois, politiques et activités;
- Identifier les acteurs qui influent sur la réalisation des droits;
- Déterminer si ces acteurs remplissent leurs devoirs;
- Alerter suffisamment tôt sur les éventuels cas de violation, en incitant à l'action préventive;
- Promouvoir le consensus social sur des arbitrages délicats en raison de ressources limitées;
- Mettre au jour des aspects jusque-là négligés ou passés sous silence⁴. »

Les indicateurs des droits de l'homme permettent essentiellement aux États et autres entités de savoir quand il faut procéder à des ajustements de leurs politiques.

³ *Rapport sur le développement humain : droits de l'homme et développement humain*, PNUD, p. 89.

⁴ Ibid.

Existe-t-il une différence entre un indicateur de santé et un indicateur du droit à la santé?

8. Les professionnels de la santé et les décideurs utilisent en permanence un large éventail d'indicateurs de santé. Peut-on simplement reprendre ceux-ci et les utiliser dans le domaine des droits de l'homme? Ou bien les indicateurs du droit à la santé se distinguent-ils, par des aspects particuliers, des indicateurs de santé? Si c'est le cas, quels sont ces aspects?

9. Ces grandes questions restées sans réponse ont entravé la mise au point d'indicateurs du droit à la santé pendant les dernières années. Le Rapporteur spécial estime qu'il est temps de répondre à ces questions difficiles. La démarche suivante pourrait avoir besoin d'être affinée plus tard, mais elle devrait toutefois permettre de faire progresser le débat.

10. De l'avis du Rapporteur spécial, les indicateurs du droit à la santé sont liés aux activités de conception, de réalisation et de suivi concernant le droit aux normes de santé, en vue d'établir les responsabilités (voir E/CN.4/2003/58, par 10 à 36). Ainsi, ce qui tend à distinguer un indicateur du droit à la santé d'un indicateur de santé réside moins dans son contenu que i) dans le fait qu'il découle clairement d'un droit particulier aux normes de santé, et ii) dans son objectif, notamment la surveillance du droit à la santé afin de savoir qui sont les responsables⁵.

11. Pour le moment, cette ébauche de réponse appelle trois observations. Premièrement, tout en partant du principe qu'un indicateur de santé peut être considéré comme un indicateur du droit à la santé s'il correspond à des normes spécifiques de ce droit, cette correspondance ou ce lien doit avoir un degré raisonnable d'exactitude. Par exemple, il n'est pas convaincant d'avancer qu'un indicateur de santé est un indicateur du droit à la santé parce que, d'une certaine manière, il reflète « le droit de chacun de jouir du plus haut niveau possible de santé physique et mentale ». La norme, dans cet exemple, est trop vague et la correspondance entre indicateur et norme sera inévitablement inexacte. La relation entre l'indicateur et les normes doit être raisonnablement étroite et précise.

12. Deuxièmement, le droit à la santé ne peut pas être considéré indépendamment des autres droits : il est étroitement lié aux droits individuels et libertés fondamentales, y compris la non-discrimination et l'égalité – deux concepts qui traduisent la préoccupation à l'égard des droits fondamentaux des groupes vulnérables et défavorisés. Les indicateurs du droit à la santé doivent s'inscrire dans ce contexte normatif plus large, tout comme le droit à la santé. En conséquence, ils ne devraient pas refléter uniquement un droit spécifique aux normes de santé, mais également les dispositions qui ont trait aux droits de l'homme, y compris la non-discrimination et l'égalité. À titre d'exemple, alors qu'un indicateur de santé peut être ou ne pas être détaillé, nombre d'indicateurs du droit à la santé devront l'être, faute de quoi il leur sera impossible de refléter un aspect essentiel du droit à la santé.

13. Troisièmement, la communauté des droits de l'homme, pour sa part, doit reconnaître que de nombreux États ont souvent énormément de mal à recueillir des données détaillées et fiables par manque de moyens. Cela étant, il faudrait, pour

⁵ Voir le *Projet de directives sur les stratégies de lutte contre la pauvreté sous l'angle des droits de l'homme*, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, <www.unhcr.ch/development/povertyfinal-html>, 2002, par. 37

commencer, s'efforcer d'utiliser, le cas échéant, des indicateurs du droit à la santé le plus possible désagrégés en fonction des motifs de discrimination stigmatisés à l'échelle internationale⁶.

Trois catégories d'indicateurs de la réalisation du droit à la santé

14. La documentation révèle l'existence d'une multitude d'indicateurs de la réalisation du droit à la santé. Mais ce n'est pas là que réside la difficulté majeure. Autant que le Rapporteur spécial le sache, aucune méthode homogène n'a été retenue pour classer et cataloguer différents types d'indicateurs du droit à la santé. C'est ainsi que l'on trouve des indicateurs de rendement, statistiques, variables, de méthode, de comportement, de résultat, de produit, de performance, de progrès, structurels, de sélection, qualitatifs, quantitatifs, de base et d'évaluation. Le même indicateur peut apparaître dans plusieurs catégories. L'absence d'une méthode commune de classification des indicateurs du droit à la santé pose un problème à ceux qui souhaitent introduire un système simple, homogène et rationnel pour ce qui est des indicateurs du droit à la santé.

15. Pour que le débat sur la question des indicateurs du droit à la santé progresse, la clarté et la cohérence terminologiques s'imposent. Le Rapporteur spécial propose que pour commencer on s'intéresse aux catégories ci-après d'indicateurs du droit à la santé : indicateurs structurels, indicateurs de méthode et indicateurs de résultat. Sans figurer dans toute la documentation sanitaire, ces catégories et dénominations semblent assez bien connues, pour être régulièrement utilisées par le Département des médicaments essentiels et de la politique pharmaceutique de l'OMS⁷. Le Rapporteur spécial admet que le moment venu, il faudra peut-être s'intéresser à d'autres catégories d'indicateurs qui pourraient être affinées à la lumière de l'expérience. Reste que pour faire avancer la discussion, il propose de s'en tenir, pour commencer, à ces trois catégories d'indicateurs, qui font l'objet des paragraphes ci-après.

16. Le Rapporteur spécial est heureux d'indiquer que le Vice-Président du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Eibe Riedel, a accepté d'employer les termes « indicateur structurel », « indicateur de méthode » et « indicateur de résultat » décrits ci-après, lors des débats sur le droit à des indicateurs du droit à la santé. Cet accord devrait, dans une large mesure, aider le Rapporteur spécial et le Comité à harmoniser leurs approches, ce qui simplifiera la tâche des États, des organisations intergouvernementales, des groupes de la société civile et autres. Le Rapporteur spécial sait infiniment gré au Vice-Président de son soutien dans cette entreprise.

17. Les développements qui suivent n'ont pas pour but de définir des indicateurs spécifiques du droit à la santé. Leur ambition est plus modeste : identifier quelques

⁶ Ce n'est là qu'un point de départ et les stratégies doivent être replacées dans le contexte et l'ordre de priorité voulus. La vulnérabilité, les stigmates et la discrimination varient selon les contextes. Ainsi, il faudra parfois établir des priorités dans la collecte d'informations détaillées. Du point de vue des droits de l'homme, toutefois, l'objectif demeure d'utiliser des indicateurs du droit à la santé le plus possible désagrégés en fonction des motifs de discrimination stigmatisés à l'échelle internationale.

⁷ *Un manuel pratique sur les indicateurs pour la surveillance des politiques pharmaceutiques nationales*, OMS, 1999.

catégories et dénominations en la matière. Des indicateurs du droit à la santé spécifiques seront définis par la suite à l'aide de la méthode énoncée ci-dessous.

Indicateurs structurels

18. Les indicateurs structurels sont parmi les plus simples. Ils se présentent généralement sous forme de questions auxquelles on répond par oui ou par non. Les informations qui permettent d'y répondre sont d'habitude facilement disponibles. Autrement dit, les indicateurs structurels offrent la possibilité d'établir rapidement des rapports d'évaluation peu coûteuse sur la base d'un questionnaire. Comme on l'a indiqué plus haut, le Département des médicaments essentiels et de la politique pharmaceutique de l'OMS se sert régulièrement du terme « indicateurs structurels » et de cette méthode d'enquête par questionnaire.

19. *Grosso modo*, les indicateurs structurels visent à indiquer si des structures, systèmes et mécanismes clefs sont ou non en place en relation avec une question donnée. Ainsi, un indicateur structurel du droit à la santé indiquerait si des structures, systèmes et mécanismes considérés comme nécessaires ou propices à la réalisation du droit à la santé sont ou non en place.

20. On trouvera ci-après, à titre d'illustration, quelques exemples d'indicateurs structurels relevant du droit commun et de la politique générale, de la santé sexuelle et procréative, et des médicaments essentiels :

- L'État a-t-il constitutionnalisé le droit à la santé?
- L'État dispose-t-il d'une institution nationale de défense des droits de l'homme dont le mandat inclut le droit à la santé?
- Le gouvernement a-t-il adopté une stratégie et un plan d'action nationaux visant à réduire la mortalité maternelle?
- Le gouvernement dispose-t-il d'une liste des médicaments essentiels?
- Quels sont les médicaments offerts gratuitement dans les centres de soins de santé primaires :
 - Tous les médicaments?
 - Les antipaludéens?
 - Les médicaments contre le VIH/sida?
 - Tous les médicaments sont-ils gratuits pour les moins de 5 ans, les femmes enceintes, les personnes âgées, les indigents?
 - N'existe-t-il aucun médicament gratuit?
- Des dispositions rendant obligatoire l'octroi de licences pour les produits pharmaceutiques ont-elles été incorporées dans la législation nationale?

21. Ces illustrations révèlent à la fois l'utilité et les limites des indicateurs structurels. Ainsi, la réponse à la première des questions ci-dessus pourrait être affirmative, auquel cas il s'agirait d'un élément d'information utile. Mais si un droit constitutionnel à la santé n'est pas validé par les tribunaux ni pris en considération dans les processus de prise de décisions au niveau national, son intérêt est très limité. En d'autres termes, comme tous les indicateurs, les indicateurs structurels

sont utiles mais ont leurs limites. Leur utilité s'accroît lorsqu'ils sont associés à des indicateurs de méthode et de résultat.

Indicateurs de méthode et indicateurs de résultat

Remarques générales

22. Les indicateurs de méthode et de résultat peuvent être conçus pour aider un État à suivre la dimension variable du droit à la santé qui découle de la notion de réalisation progressive. C'est pour cette raison qu'ils sont parfois appelés indicateurs variables. Ce sont ces indicateurs qu'évoque le Rapporteur spécial dans son rapport préliminaire dont le passage pertinent est cité au paragraphe 5 ci-dessus. Ce sont aussi ces indicateurs que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels évoque dans ses observations générales Nos 14 (droit à la santé) et 15 (droit à l'eau)⁸. Leur principale caractéristique est qu'ils peuvent servir à suivre l'évolution de la situation au fil du temps.

23. Tout en affirmant l'utilité des indicateurs de méthode et de résultat, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels n'a pas encore déterminé ceux qui se rapportent spécifiquement au droit à la santé et c'est là où réside le problème.

24. À eux seuls, les indicateurs de méthode et de résultat ne nous apprennent pas grand-chose. Comme il ressort des observations générales No 14 et No 15, ils deviennent utiles lorsqu'ils sont associés à des critères ou des objectifs. Associés à des critères, ils deviennent un mécanisme efficace pour suivre l'évolution de la santé. Ainsi, le taux de mortalité des moins de 5 ans est un indicateur de résultat et l'objectif visant à réduire ce taux par exemple de 10 % en deux ans est un critère ou un objectif. L'indicateur du taux de mortalité des moins de 5 ans, à lui seul et sans critère antérieur, actuel ou futur, ne nous renseigne nullement. Nombre d'indicateurs de méthode et de résultat (et donc leurs critères également) devraient être ventilés sur la base des motifs de discrimination prohibés.

25. Il y a des différences importantes entre les indicateurs structurels d'une part, et les indicateurs de méthode et de résultat de l'autre. Contrairement aux indicateurs de méthode et de résultat qui reposent sur des critères ou des objectifs généralement définis par un pourcentage ou un chiffre, les indicateurs structurels n'ont le plus souvent pas besoin de critères, parce qu'une réponse affirmative ou négative y suffit. En outre, là où un indicateur structurel s'accommode d'un simple questionnaire, les indicateurs de méthode et de résultat peuvent nécessiter une enquête plus élaborée.

Indicateurs de méthode

26. Les indicateurs de méthode renseignent sur les méthodes utilisées pour mettre une politique sanitaire en oeuvre. Ils déterminent dans quelle mesure les activités nécessaires à la réalisation de certains objectifs sanitaires sont menées à bien et les progrès accomplis à ce titre au fil du temps. Ils mesurent pour ainsi dire l'effort, non le résultat.

⁸ Par. 57-58 et 53-54, respectivement.

27. On trouvera ci-après, à titre d'illustration⁹, quelques exemples d'indicateurs de méthode dans les domaines de la santé sexuelle et procréative et du VIH/sida :

- Le pourcentage de femmes vues au moins une fois durant leur grossesse par des agents sanitaires qualifiés pour des raisons liées à cette grossesse;
- Le pourcentage d'accouchements effectués par des agents sanitaires qualifiés;
- Le nombre pour 500 000 habitants de dispensaires dotés d'un service de soins obstétricaux de base opérationnel;
- Le pourcentage de personnes à un stade avancé d'infection par le VIH traitées par association d'antirétroviraux.

Indicateurs de résultat

28. Les indicateurs de résultat mesurent les résultats des politiques sanitaires. Ils révèlent les « faits » concernant la santé des individus, tels que la mortalité maternelle, la prévalence du VIH, le taux de fréquence des viols, etc. Ils reflètent généralement bon nombre de processus connexes qui, pris ensemble, déterminent un résultat; c'est ainsi que la mortalité maternelle – un indicateur de résultat – est influencée par divers facteurs tels que les soins de santé maternels, l'assainissement et l'éducation. Bien des indicateurs liés aux objectifs du Millénaire pour le développement sont des indicateurs de résultat.

29. Voici, à titre d'illustration¹⁰, quelques exemples d'indicateurs de résultat, qui concernent également la santé sexuelle et procréative et le VIH/sida :

- Le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes;
- Le nombre de morts périnatales pour 1 000 naissances;
- Le pourcentage de femmes ayant subi une mutilation génitale;
- Le pourcentage de jeunes (15-24 ans) infectés par le VIH.

Droit à des indicateurs sanitaires aux niveaux national et international

30. Le droit international relatif aux droits de l'homme s'intéresse principalement aux actes et omissions des États dans leur propre juridiction. C'est pourquoi les débats sur les indicateurs relatifs aux droits de l'homme tendent naturellement à avoir la même orientation. De fait, les indicateurs cités dans les paragraphes précédents à titre d'illustration sont de portée nationale.

31. Seulement, comme l'a signalé le Rapporteur spécial dans son rapport préliminaire, le droit international relatif aux droits de l'homme rend également les États responsables de leur conduite au-delà de leurs frontières, comme en témoignent les renvois à l'assistance et à la coopération internationales et formules analogues qui figurent dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les traités relatifs aux droits de l'homme ayant force obligatoire, tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits de l'enfant. Les recommandations des dernières

⁹ Les exemples sont tirés du *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting*, OMS, 2001, et du *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : directives concernant l'établissement d'indicateurs de base*, ONUSIDA, 2002.

¹⁰ Ibid.

conférences mondiales comprennent en outre des passages qui font écho aux dispositions du droit international des droits de l'homme relatives à l'assistance et à la coopération internationale. Dans la Déclaration du Millénaire, par exemple, 147 chefs d'État et de gouvernement – 191 pays au total – reconnaissent que « en plus des responsabilités propres que nous devons assumer à l'égard de nos sociétés respectives, nous sommes collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité » (par. 2). La Déclaration du Millénaire affirme à plusieurs reprises les principes jumeaux de la responsabilité partagée et de l'équité mondiale, principes qui animent également l'idée d'une assistance et d'une coopération internationales soucieuses des droits de l'homme.

32. À cet égard, le Rapporteur spécial formule deux remarques générales. Premièrement, l'assistance et la coopération internationales ne doivent pas être comprises comme se limitant à l'assistance financière et technique; elles supposent également la responsabilité d'oeuvrer activement pour que les échanges multilatéraux, les investissements et les systèmes financiers soient équitables et contribuent à réduire puis à éliminer la pauvreté. Deuxièmement, même si les juristes peuvent débattre de la nature et de la portée juridiques de l'assistance et de la coopération internationales au regard du droit international des droits de l'homme, nul ne saurait sérieusement contester que les États ont, à des degrés divers, des responsabilités internationales en la matière qui transcendent leurs frontières.

33. Dans ces conditions, il faut des indicateurs relatifs aux droits de l'homme pour s'assurer que les États s'acquittent des responsabilités qui leur incombent en matière de droits de l'homme au-delà de leurs frontières. La communauté internationale a déjà commencé à identifier de tels indicateurs. Ainsi, un certain nombre d'indicateurs ont été identifiés par rapport à l'objectif de développement 8 de la Déclaration du Millénaire, dont l'un est le pourcentage du produit national brut d'un pays donateur que représente son aide publique au développement. En 2001, l'Assemblée générale a adopté, à sa session extraordinaire consacrée au VIH/sida, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida « À crise mondiale, action mondiale » (résolution S-26/2) et, l'année suivante, le Conseil de coordination du programme d'ONUSIDA a approuvé une série d'indicateurs de base pour la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement¹¹. Cinq de ces indicateurs de base ont une portée internationale. Un des indicateurs est le montant des ressources engagées par des donateurs internationaux pour combattre le VIH/sida dans les pays en développement et dans les pays en transition; un autre correspond au pourcentage des sociétés transnationales implantées dans des pays en développement qui ont des politiques et programmes de lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail. Sans dire qu'il s'agit là d'indicateurs relatifs aux droits de l'homme, le Rapporteur spécial pense qu'ils constituent un précédent pour la formulation d'indicateurs relatifs aux droits de l'homme au niveau international.

34. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que toute tentative visant à définir des indicateurs du droit à la santé doit englober les responsabilités des États aux niveaux national et international. Pour sa part, le Rapporteur spécial se propose d'indiquer, dans son prochain rapport, ce que pourraient être des indicateurs du droit à la santé aux niveaux national et international.

¹¹ Voir *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : Directives concernant l'établissement d'indicateurs de base*, ONUSIDA, 2002.

Conclusion

35. La présente section a pour objet de mieux cerner les notions et la terminologie de base que le Rapporteur spécial se propose d'employer dans son prochain rapport sur les indicateurs du droit à la santé et de susciter des commentaires à cet égard. Pour faciliter la compréhension, il a fourni des exemples d'indicateurs structurels, de méthode et de résultat dans le domaine de la santé. Toutefois, à l'exception des deux premiers indicateurs structurels (voir par. 22), les indicateurs sanitaires cités dans la présente section ne sont pas nécessairement des indicateurs de la réalisation du droit à la santé. Les prochains rapports détermineront ce qu'il en est exactement dans le cadre d'une étude séparée.

36. Sous réserve des ressources dont il disposera et des commentaires qu'il recevra sur la méthode définie dans la présente section, le Rapporteur spécial compte appliquer cette méthode à une ou deux spécialisations sanitaires telles que les médicaments essentiels, la santé sexuelle et procréative, le VIH/sida, la santé infantile et l'eau et l'assainissement. Il espère ainsi, en collaboration avec les autres principaux protagonistes, mettre progressivement au point un ensemble viable d'indicateurs du droit à la santé qui aideront les États ainsi que les autres parties soucieuses de mieux appliquer le droit international à la santé.

37. Le Rapporteur spécial tient à répéter ce qu'il a dit dans son rapport préliminaire. Il serait téméraire de trop attendre des indicateurs du droit à la santé. Aussi sophistiqués soient-ils, les indicateurs du droit à la santé ne fourniront une description exhaustive ni de la jouissance du droit à la santé dans tel ou tel pays, ni du respect par les États de leurs obligations internationales relatives au droit à la santé. Reste qu'utilisés à bon escient, les indicateurs du droit à la santé peuvent aider les États et les autres parties concernées à suivre et à mesurer la réalisation progressive du droit international à la santé.

III. Bonnes pratiques en matière de droit à la santé : tour d'horizon préliminaire

38. Dans la résolution 2003/28, la Commission des droits de l'homme a invité le Rapporteur spécial à accorder une attention particulière au recensement des pratiques les plus efficaces pour rendre le droit à la santé opérant (par. 15). La présente section du rapport intérimaire constitue une réponse préliminaire à cette demande, fondée sur un premier examen des ouvrages consacrés à cette question et des consultations informelles avec des experts d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi que des universitaires spécialisés dans le domaine des droits de l'homme et de la santé. Le Rapporteur spécial espère à l'avenir élargir et approfondir ces consultations préliminaires.

39. Dans certains secteurs, on constate une tendance à abandonner l'expression « meilleures pratiques » au profit de celle, plus modeste, de « bonnes pratiques » – voir par exemple, les travaux du Comité interinstitutions des Nations Unies sur les femmes et l'égalité des sexes. L'étude des meilleures pratiques en matière de droit à la santé n'en étant qu'au stade embryonnaire, le Rapporteur spécial propose d'utiliser la formule plus générale de « bonnes pratiques ».

40. Il existe une vaste documentation sur les bonnes et les meilleures pratiques dans de nombreux domaines, y compris certains comportant une dimension touchant

à la santé et aux droits de l'homme. Toutefois, le Rapporteur spécial n'a pas encore trouvé d'ouvrages sur les meilleures ou les bonnes pratiques relatives au droit à la santé. Par conséquent, les remarques préliminaires ci-après ont pour objet d'entamer une discussion publique sur les bonnes pratiques et le droit à la santé. Premièrement, il y est fait mention de quelques aspects conceptuels clefs, parmi lesquels d'éventuels critères permettant de décider ce qu'est une bonne pratique du droit à la santé. Deuxièmement, est exposée une taxinomie – mode de classement – possible de ces bonnes pratiques. Troisièmement, sont signalées quelques initiatives concrètes qui pourraient constituer de bonnes pratiques dans le domaine du droit à la santé – ou qui comportent des éléments de telles pratiques.

41. Certes, tant que les critères permettant de décider ce que sont les bonnes pratiques en matière de droit à la santé n'auront pas été fixés, on pourra avancer qu'il est prématuré d'étudier de telles pratiques. Toutefois, dans la mesure où les paramètres de ce thème général ne sont pas largement compris, le Rapporteur spécial a considéré qu'il convenait, au départ, de faire un tour d'horizon préliminaire, même si une telle démarche présente de nombreuses limites. Sur la base de ce tour d'horizon général, des décisions provisoires pourront néanmoins être prises sur la façon de progresser sur cette question.

Quelques aspects conceptuels

42. Il est nécessaire de mettre au point une méthodologie générale pour comprendre et utiliser les bonnes pratiques. Ainsi, par exemple, une bonne pratique dans un contexte donné peut ne pas fonctionner dans un autre. Pour que le concept de bonnes pratiques constitue un instrument utile, il serait bon de recenser les conditions particulières qui font qu'une bonne pratique peut être transférée dans un autre contexte national ou culturel. Ces questions méthodologiques peuvent paraître très éloignées de la mission concrète à mener – à savoir recenser les bonnes pratiques utiles aux individus et aux collectivités – mais, à long terme, elles pourraient permettre de gagner en efficacité¹².

43. Comment devrait-on, de façon générale, définir les bonnes pratiques? Certes, il existe de nombreuses définitions, mais aucune n'est universellement acceptée. Celle qui suit pourrait constituer une définition opérationnelle simple : une initiative, dont certains éléments sont transférables, qui serait plus efficace que l'autre poursuivant le même objectif. Les différentes organisations utilisent des critères distincts pour évaluer si une initiative constitue ou non une bonne ou une meilleure pratique. Ainsi, en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) décrit les meilleures pratiques comme présentant quatre caractéristiques : elles sont novatrices; elles se différencient positivement; elles ont un effet durable; et elles peuvent être reproduites et servir de modèle pour susciter des initiatives ailleurs.

44. Quels que soient la méthodologie, la définition et les critères concernant les bonnes pratiques en général, il s'agit maintenant de les appliquer spécifiquement au droit à la santé. La définition opérationnelle d'une bonne pratique du droit à la santé, à savoir une initiative dont certains éléments sont transférables et qui est plus efficace que d'autres pour la concrétisation du droit à la santé, entraîne la question

¹² Voir, en général, *Best Practices in Poverty Reduction: An Analytical Framework*, Else Øyer (dir.), CROP and Zed Books, 2002.

suiuante : quelle est la différence entre une bonne pratique en matière de santé et une bonne pratique en matière de droit à la santé? En d'autres termes, toutes les bonnes pratiques dans le premier domaine le sont-elles également dans le second? Si ce n'est pas le cas, quels sont les critères de distinction d'une bonne pratique dans ce dernier domaine?

45. Aux fins de la présente étude, le Rapporteur spécial propose que pour qu'une bonne pratique dans le domaine de la santé puisse être considérée comme une bonne pratique dans celui du droit à la santé, elle doit présenter trois caractéristiques particulières :

a) Elle renforce, de façon démontrable, la jouissance qu'un individu ou un groupe d'individus peut avoir d'un ou plusieurs éléments du droit à la santé, par exemple, en améliorant l'accès aux médicaments essentiels, en renforçant la qualité du milieu de travail, en réduisant les pratiques sanitaires discriminatoires, en accroissant la participation des pauvres à l'action dans le domaine de la santé, en renforçant les mécanismes de responsabilité en matière de droit à la santé, etc.;

b) Elle accorde une attention particulière aux groupes vulnérables, y compris ceux qui vivent dans la pauvreté;

c) Qu'il s'agisse du processus ou des résultats, elle est compatible avec la jouissance de tous les droits de l'homme.

46. Le Rapporteur spécial apprécierait particulièrement toute remarque sur l'adéquation de ces critères. Des caractéristiques supplémentaires sont-elles nécessaires? Ainsi, par exemple, la reconnaissance préalable et explicite par les responsables du fait que l'initiative dans le domaine de la santé reflète le droit à la santé, ou y correspond d'une certaine manière, constitue-t-il un autre critère de bonnes pratiques du droit à la santé?

47. Pour prendre un deuxième exemple, dans un pays où le niveau minimum fondamental du droit à la santé n'a pas encore été atteint, le fait que l'initiative contribue à la concrétisation de l'un ou plusieurs des aspects de ce niveau constitue-t-il un autre critère? Si ce critère doit venir s'ajouter à ceux d'une bonne pratique du droit à la santé, l'implantation coûteuse d'installations sanitaires spécialisées dans les zones urbaines d'un pays où les communautés rurales, majoritaires, n'ont pas accès aux soins de santé de base, ne pourrait être considérée comme une bonne pratique.

48. Pour prendre un troisième exemple, certains éléments du droit à la santé (comme, par exemple, la non-discrimination, la participation et la responsabilité) sont-ils si fondamentaux que pour qu'une bonne pratique sanitaire puisse être considérée comme une bonne pratique du droit à la santé, elle doit toujours renforcer ces éléments fondamentaux? Mais dans ce cas, quels éléments du droit à la santé doivent être considérés comme fondamentaux?

Vers une taxinomie des bonnes pratiques en matière de droit à la santé

49. Une fois adoptés, les critères peuvent être appliqués à diverses initiatives afin de déterminer si oui ou non celles-ci peuvent être véritablement considérées comme de bonnes pratiques du droit à la santé. Il existe des exemples innombrables de bonnes pratiques sanitaires et il est probable que de nombreux exemples concernant le droit à la santé aux niveaux communautaire, national et international se

dégageront également. Se pose alors la question de savoir comment classer ou catégoriser ces dernières bonnes pratiques. Les réunir au sein d'un groupe indifférencié unique ne présente aucune utilité. En bref, une taxinomie simple des bonnes pratiques du droit à la santé est nécessaire. Elle présentera un certain nombre d'avantages dont l'un tient à ce qu'un classement efficace permettra de révéler dans quels domaines les bonnes pratiques sont peu nombreuses et, par conséquent, vers quoi ceux qui se préoccupent du droit à la santé pourront le plus utilement porter leur attention. afin de développer les initiatives particulièrement nécessaires.

50. Une taxinomie du droit à la santé peut être organisée de diverses façons, telles que par type d'acteurs (législateurs, tribunaux, institutions nationales chargées des droits de l'homme, secteur privé, organisations internationales, États donateurs, etc.), le domaine d'intervention (médicaments essentiels, hygiène sexuelle et santé de la reproduction, eau et assainissement, etc.), le cadre normatif du droit à la santé, ou toute combinaison de ces éléments. Actuellement, le Rapporteur spécial est d'avis que la taxinomie devrait être fondée sur le cadre normatif qu'offre le droit à la santé. Ultérieurement, il pourrait être possible de l'affiner en introduisant des éléments supplémentaires tels que les différents acteurs et domaines d'intervention. À ce stade, le Rapporteur spécial a donc choisi de commencer par s'intéresser à une taxinomie des bonnes pratiques du droit à la santé fondée sur les normes de ce droit.

51. Le rapport intérimaire décrit le cadre normatif du droit à la santé. Dans le cas présent, trois aspects de ce cadre doivent être mentionnés brièvement. Premièrement, le droit à la santé est un droit général, qui porte non seulement sur l'adéquation et la rapidité des soins de santé, mais également sur les déterminants sous-jacents de la santé, tels que l'accès à une eau potable et sûre et à des installations sanitaires appropriées, des conditions professionnelles et environnementales saines, et un accès à l'éducation et à l'information dans le domaine de la santé et, notamment de l'hygiène sexuelle et de la santé en matière de reproduction. Deuxièmement, le droit à la santé doit être considéré comme un droit à la jouissance des installations, biens et services nécessaires à l'accession à un niveau de santé aussi élevé que possible. Troisièmement, les installations, biens et services sanitaires, y compris les déterminants sous-jacents de la santé, doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

52. Ainsi, une taxinomie fondée sur le cadre normatif du droit à la santé pourrait permettre de classer les initiatives selon les neuf catégories présentées ci-après. À la suite de chacune, un ou deux exemples sont donnés afin d'illustrer d'éventuelles bonnes pratiques du droit à la santé – ou des éléments de ces pratiques – qui pourraient être représentatives de la catégorie en question. Certes, tant que les critères de détermination des bonnes pratiques du droit à la santé ne seront pas fixés, ces exemples resteront du domaine de l'hypothèse : ils ne sont donnés ici que pour illustrer la façon dont la taxinomie des bonnes pratiques du droit à la santé pourrait fonctionner.

53. Ainsi, les bonnes pratiques du droit à la santé pourraient être classées comme des initiatives compatibles avec l'ensemble des droits de l'homme, accordant une attention particulière à la vulnérabilité et renforçant :

a) La disponibilité des installations, biens et services sanitaires dans la juridiction (par exemple, dans les cas appropriés, une législation sur l'octroi de licences obligatoires pour les médicaments essentiels);

b) L'accessibilité sans discrimination de droit ou de fait des installations, biens et services sanitaires (par exemple, la conception et la mise en oeuvre d'une stratégie nationale globale de promotion de la santé des femmes tout au long de leur vie);

c) L'accessibilité physique des installations, biens et services sanitaires (par exemple, eau potable dans les bidonvilles et les zones rurales retirées, rampes d'accès pour les personnes handicapées);

d) L'accessibilité économique aux installations, biens et services sanitaires (par exemple, gratuité des médicaments pour les enfants de moins de 5 ans; programmes de suppression des honoraires pour les personnes vivant en situation de pauvreté);

e) L'accessibilité des informations dans le domaine de la santé (par exemple, campagnes d'affichage visant à éduquer la population grâce à des informations précises sur le VIH/sida);

f) L'acceptabilité culturelle des installations, biens et services sanitaires (par exemple, programmes de formation pour les professionnels de la santé sur la culture des populations autochtones vivant dans la juridiction);

g) La qualité des installations, biens et services sanitaires (par exemple, tests visant à repérer les médicaments de qualité inférieure aux normes ou contaminés, et les contrefaçons);

h) La participation active et informée des individus et des groupes, en particulier des personnes vulnérables et défavorisées, y compris celles qui vivent dans la pauvreté, pour ce qui concerne les politiques, programmes et projets dans le domaine de la santé (par exemple, réunions de villages pour étudier les priorités et les budgets locaux en matière sanitaire);

i) Le droit à des mécanismes de suivi et de responsabilité qui soient efficaces, transparents et accessibles (par exemple, médiateurs sanitaires, évaluations de l'impact du droit à la santé et des droit de l'homme).

Bonnes pratiques du droit à la santé : des exemples spécifiques

54. Le paragraphe précédent contient des exemples hypothétiques. Le Rapporteur spécial a toutefois commencé à réunir des initiatives réelles qui pourraient constituer de bonnes pratiques dans le domaine du droit à la santé. Faute d'espace, trois de ces exemples réels seulement sont présentés ci-après. Certes, tant que certaines des questions conceptuelles mentionnées précédemment ne seront pas résolues, et qu'il en ira de même des critères d'identification des bonnes pratiques du droit à la santé, il restera prématuré de considérer les exemples suivants comme de bonnes pratiques. Le Rapporteur spécial n'a pas été en mesure d'obtenir une confirmation indépendante à propos de tous les aspects de ces pratiques¹³. Aussi,

¹³ Par exemple, comme il est précisé au paragraphe 12, pour qu'une bonne pratique sanitaire soit également une bonne pratique du droit à la santé, la façon dont elle est formulée doit être compatible avec l'ensemble des droits de l'homme. Cela signifie, entre autres, qu'il faut identifier les différents sujets d'obligation et préciser les raisons pour lesquelles la pratique est la plus appropriée dans le contexte en cause. Le Rapporteur spécial n'a pas été en mesure de confirmer tous les aspects concernant la formulation ou d'autres éléments concernant les exemples fournis.

sont-elles présentées dans les paragraphes qui suivent, comme des exemples de type d'initiatives actuellement poursuivies, qui pourraient constituer de bonnes pratiques du droit à la santé ou comporter des éléments appropriés à cet égard¹⁴.

Les brigades sanitaires mobiles de Colombie

55. Le caractère rural du conflit en Colombie est tel que les communautés isolées rencontrent souvent des difficultés à accéder aux soins de santé. Les brigades sanitaires mobiles – un projet mené par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), la Croix-Rouge colombienne et le Ministère de la santé colombien –, ont contribué à faciliter l'accessibilité des services de santé, y compris pour les personnes déplacées dans le pays. Selon les informations recueillies, les « bateaux sanitaires » du CICR ont réussi, le long des fleuves Caguan et Atrato, à atteindre des communautés isolées dans les zones de conflit. En 1999, les brigades ont travaillé auprès de plus de 11 000 patients¹⁵.

56. Ainsi, cette initiative pourrait constituer un exemple de bonne pratique du droit à la santé qui favorise la disponibilité et l'accessibilité physique des installations, biens et services sanitaires.

Le Programme national brésilien sur le sida

57. L'accès libre et gratuit aux antirétroviraux dans les services de santé publique, légalement garanti par le Gouvernement brésilien depuis 1996, a permis d'accroître l'accessibilité économique de ces médicaments essentiels et s'est traduit par une augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement et une réduction de la mortalité dans certaines régions¹⁶. D'un côté, la stratégie du Gouvernement s'appuie sur sa décision d'encourager la fabrication nationale d'antirétroviraux : en 2001, 63 % des médicaments étaient fabriqués au Brésil. De l'autre, les autorités ont tenté d'obtenir les médicaments antirétroviraux que l'on trouve sur les marchés internationaux, à des prix aussi bas que possible, en faisant valoir parfois qu'elles étaient prêtes à accorder la licence nécessaire. En bref, le Gouvernement s'est préparé à utiliser les assouplissements prévus par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), précisés dans la Déclaration de Doha. La défense du droit au traitement du VIH/sida a, rapporte-t-on, aidé à combattre la discrimination et l'ostracisme dont font l'objet les personnes atteintes de cette maladie¹⁷.

58. Un autre élément important du Programme national brésilien sur le sida est la participation active de la société civile. Des groupes représentant les personnes atteintes du VIH/sida, des organisations religieuses et de nombreux autres organismes ont été particulièrement actifs, par exemple au sein des comités consultatifs créés pour veiller à la participation de la société civile à ce programme.

¹⁴ Comme ce fait ne sera pas répété à chaque fois, il convient de garder à l'esprit que les trois exemples sont des illustrations possibles de bonnes pratiques du droit à la santé ou d'éléments de telles pratiques.

¹⁵ Voir *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*, UNICEF/Inter-Agency Standing Committee, 2002, p. 118.

¹⁶ Voir J. Galvão, *Access to Anti-Retroviral Drugs in Brazil*, *Lancet*, vol. 360, 7 décembre 2002, p. 1682.

¹⁷ Ibid.

59. Ainsi, le Programme pourrait être un exemple de bonne pratique du droit à la santé, qui renforce la disponibilité et l'accessibilité économique des médicaments essentiels et favorise la participation active et informée aux programmes de santé, ainsi que la lutte contre la discrimination.

La Constitution sud-africaine et l'affaire de la campagne d'action en faveur des traitements

60. La Constitution sud-africaine reconnaît à chacun le droit à l'accès aux services publics de soins de santé et le droit des enfants à une protection particulière. Le Gouvernement sud-africain a déclaré avoir opté pour la névirapine comme médicament pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais il impose des restrictions à la disponibilité de ce médicament dans le secteur public de la santé. Dans l'affaire *Ministre de la santé contre Campagne d'action en faveur des traitements*, la Cour constitutionnelle a jugé que le Gouvernement devait concevoir et mettre en oeuvre un programme global et coordonné pour concrétiser progressivement le droit des femmes enceintes à ce que leurs nouveau-nés aient accès aux services de santé, afin de lutter contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant¹⁸. En outre, elle a notamment ordonné au Gouvernement de faire en sorte que la névirapine soit disponible dans les hôpitaux publics.

61. Le Rapporteur spécial croit savoir que le Gouvernement prend les mesures nécessaires à l'application de la décision de la Cour. Ainsi, la Constitution sud-africaine, l'affaire de la *Campagne d'action en faveur des traitements*, et la décision de la Cour constitutionnelle vont toutes trois dans le sens d'une responsabilité des autorités en matière de droit à la santé. Le rôle indispensable des ONG et des médias doit à cet égard être noté.

62. Ainsi, cette expérience pourrait fournir des exemples de bonnes pratiques du droit à la santé conduisant, par leur action commune, à l'établissement d'un mécanisme de responsabilité du point de vue de ce droit.

Conclusion

63. L'objet de la présente section est modeste : permettre d'engager une discussion informée sur les bonnes pratiques et le droit à la santé. Conformément à la demande de la Commission des droits de l'homme, le Rapporteur spécial s'est attaché à présenter un tour d'horizon préliminaire de cette question complexe. À l'évidence, le sujet exige bien plus de travaux. Le Rapporteur spécial est décidé à poursuivre ses recherches et espère élargir la collaboration avec les acteurs concernés. Il encourage vivement les commentaires sur les questions conceptuelles et les initiatives qui ont été présentées ici. En outre, il souhaiterait tout particulièrement disposer d'autres exemples d'initiatives menées qui soient susceptibles de constituer de bonnes pratiques du droit à la santé.

IV. VIH/sida et droit à la santé

64. Vu son ampleur et ses répercussions sur les droits fondamentaux des personnes qu'elle touche, la pandémie de sida continue de faire l'objet de mesures très insuffisantes. Actuellement, 42 millions de personnes dans le monde sont

¹⁸ Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud, affaire CCT 8/02, par. 135(2)(a).

contaminées par le VIH et des milliers meurent tous les jours du sida. Une action efficace au niveau mondial suppose une démarche globale prévoyant à la fois prévention, traitement, soins et soutien, tous éléments de nature à se renforcer mutuellement.

65. Aux fins du présent rapport, le Rapporteur spécial tient à faire part de sa vive préoccupation face aux obstacles qui continuent d'empêcher l'accès aux traitements du VIH/sida, élément essentiel du droit à la santé. Des progrès ont été faits et, dans les pays à revenu élevé, l'emploi des antirétroviraux s'est généralisé. Au niveau international, des engagements juridiques et politiques ont été pris en vue d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels pour tous, en particulier dans le cadre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. La situation n'en reste pas moins urgente pour les pays en développement, où moins de 5 % des personnes touchées peuvent bénéficier d'un traitement, et pour de nombreuses personnes défavorisées des pays à revenu élevé. Pour bien des malades des pays en développement, le coût du traitement est toujours exorbitant. Par ailleurs, les violations des droits de l'homme, notamment celles résultant de la discrimination qui s'exerce contre les personnes contaminées par le VIH ou atteintes du sida, constituent un obstacle majeur aux efforts de prévention et à l'accès aux traitements et aux soins. Les répercussions du VIH/sida sur les femmes sont particulièrement catastrophiques.

66. Dans sa résolution 2003/29, la Commission des droits de l'homme estime que l'accès aux médicaments, dans le contexte de pandémies telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme, est un des éléments essentiels pour la réalisation progressive du droit de chacun de jouir pleinement du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre (par. 1). Le Rapporteur spécial souligne qu'il est urgent de faire en sorte qu'un traitement puisse être rendu disponible et accessible à tous. La vie des personnes malades du sida peut être prolongée et leurs souffrances soulagées si elles bénéficient de soins et de traitements appropriés, notamment d'antirétroviraux dont l'utilisation réduit sensiblement les risques d'infection opportuniste et la vulnérabilité à d'autres grandes maladies, telles que la tuberculose¹⁹. Là en particulier où le VIH/sida est à l'origine de jusqu'à 50 % des hospitalisations, l'utilisation d'antirétroviraux allégera la charge qui pèse sur les systèmes de santé en réduisant la morbidité et la mortalité et en épargnant de précieuses ressources sur le plan du travail et des effectifs²⁰.

67. Assurer l'accès aux traitements aura aussi des incidences positives déterminantes sur les efforts de prévention. La possibilité de bénéficier d'un traitement peut atténuer la stigmatisation et la discrimination en faisant reculer la peur et en permettant aux malades, aux familles et aux collectivités de s'attaquer ouvertement aux problèmes que posent le VIH et le sida. Là où un traitement est disponible et accessible à tous ceux qui en ont besoin, il y a davantage de chances que les malades cherchent de leur propre initiative à bénéficier de tests de dépistage et de conseils, ce qui entraînera une augmentation de la demande en la matière²¹,

¹⁹ *S'engager en faveur d'un plus vaste accès aux traitements du VIH/sida*, Coalition internationale pour l'accès aux traitements contre le VIH, Organisation mondiale de la santé, décembre 2002, p. 5.

²⁰ *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, juillet 2002.

²¹ *S'engager en faveur d'un plus vaste accès au traitement du VIH/sida*, op. cit., p. 4.

laquelle, si des ressources suffisantes sont dégagées, devrait aboutir à renforcer les infrastructures sanitaires. Comme l'a déclaré l'OMS, le traitement contre le VIH devrait être considéré non comme une charge supplémentaire mais comme un puissant moyen, non seulement de lutter contre le VIH/sida, mais aussi d'assurer la viabilité à terme de l'ensemble des systèmes de santé²².

Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : droits de l'homme et responsabilisation

68. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida souligne que la pleine réalisation des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, notamment le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, est un élément essentiel de l'action menée au niveau mondial contre la pandémie de VIH/sida. L'année 2003 est l'année à l'issue de laquelle doivent être atteints plusieurs des buts et objectifs que les États Membres se sont fixés dans la Déclaration en ce qui concerne le traitement et la prévention, notamment l'élaboration de stratégies nationales permettant de renforcer les systèmes de soins de santé et de s'attaquer aux facteurs conditionnant la fourniture de médicaments contre le VIH. Les États Membres sont convenus « d'assurer progressivement et de manière durable le niveau de traitement du VIH/sida le plus élevé possible, en ce qui concerne notamment la prévention et le traitement des infections opportunistes et l'utilisation effective de thérapies antirétrovirales faisant l'objet de contrôles de qualité » (par. 55). À cet égard, le Rapporteur spécial se félicite des efforts que les États membres de l'OMC ont faits récemment pour que l'Accord sur les ADPIC soit interprété et appliqué de manière à protéger la santé publique et, en particulier, à promouvoir un accès universel aux médicaments. Il encourage tous les États à faire usage de toutes les possibilités qu'offre cet accord d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels dans les pays en développement, et chacun d'eux à respecter l'usage qu'en font les autres.

69. Ces engagements politiques renforcent les obligations qu'imposent aux États les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme en ce qui concerne le traitement, les soins et la prévention. Conformément au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ainsi qu'à d'autres instruments, les États sont tenus d'assurer l'exercice du droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et, à cette fin, de prendre des mesures de prophylaxie et de traitement des maladies épidémiques [art. 12.2 c)], qui ouvrent l'accès à des médicaments contre le VIH/sida qui soient d'un coût abordable, par exemple, et des mesures visant à créer les conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie [art. 12.2 d)]. À son article 12.1, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dispose que les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer les moyens d'accéder aux services médicaux. Les États parties à la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation et s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services (art. 24).

70. Sur la base de ces normes, le système de défense des droits de l'homme mis en place par l'ONU offre le moyen de veiller à la bonne application des droits

²² Ibid.

fondamentaux liés au VIH/sida. Les mandats confiés aux rapporteurs et représentants spéciaux et experts indépendants de la Commission des droits de l'homme – qui consistent à examiner et à suivre la situation des droits de l'homme dans certains pays ou territoires ou les conséquences de leurs violations massives dans le monde, et à en rendre compte publiquement – constituent un important moyen de protection et de promotion de ces droits. Dans l'exercice de leurs fonctions, les rapporteurs et représentants spéciaux et experts indépendants de la Commission peuvent aider à faire mieux respecter les droits de l'homme liés au VIH/sida à l'aide de leurs visites dans les pays concernés, de leurs rapports, de leurs appels urgents et d'autres activités de promotion.

71. Le Rapporteur spécial se propose d'examiner attentivement les questions relatives au VIH/sida à travers le prisme du droit à la santé lorsqu'il effectuera des missions de visite. Il examinera, par exemple, de quelle manière les États cherchent à atteindre les objectifs de la Déclaration d'engagement liés au droit à la santé et comment ils s'acquittent de leurs responsabilités nationales, régionales et mondiales telles qu'elles sont définies aux paragraphes 94 à 103 de la Déclaration. Il fait observer que les organes conventionnels de l'ONU sont des instances toutes désignées pour interroger les États et leur proposer des avis constructifs au sujet des éléments de leurs politiques et programmes de lutte contre le VIH/sida qui sont liés aux droits de l'homme, notamment des buts et des obligations que leur impose la Déclaration. À son avis, l'une des contributions les plus importantes du droit international relatif aux droits de l'homme et de ses procédures à la lutte contre la pandémie du VIH/sida est une plus grande responsabilisation.

Réunion organisée conjointement par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et par ONUSIDA à l'intention des rapporteurs spéciaux

72. En juin 2003, ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) ont organisé conjointement une réunion des rapporteurs spéciaux et d'autres experts de la Commission en vue d'élaborer une stratégie qui permette d'incorporer les questions relatives au VIH/sida dans leurs travaux et, par là-même, de renforcer les activités de défense des droits de l'homme liées au VIH/sida au niveau des pays. Ont participé à cette réunion 16 rapporteurs spéciaux, représentants spéciaux et experts indépendants (y compris ceux qui sont titulaires d'un mandat propre à un pays et les rapporteurs chargés de questions thématiques), ainsi que des personnes contaminées par le VIH/sida, des spécialistes extérieurs au système des Nations Unies, l'Envoyé spécial du Secrétaire général pour le VIH/sida en Asie et des particuliers engagés dans la lutte contre l'épidémie au sein d'une collectivité. La réunion a fourni l'occasion d'examiner les liens entre le VIH/sida et les questions relatives aux droits de l'homme relevant des mandats afférents aux procédures spéciales de la Commission des droits de l'homme; elle a également permis aux experts d'échanger des vues et des données d'expérience sur la meilleure manière d'appréhender les questions relatives au VIH/sida dans le cadre de leur travail, en tenant compte des bonnes pratiques en la matière.

73. Les participants ont souligné qu'il importait de s'occuper des questions intersectorielles difficiles concernant les droits de l'homme, notamment des facteurs entraînant : la vulnérabilité aux maladies découlant du VIH/sida, la stigmatisation et la discrimination (à l'égard des personnes contaminées par le VIH/sida mais aussi de certains groupes tels que les toxicomanes qui se piquent, les détenus, les travailleurs sexuels et les homosexuels), les inégalités entre les sexes (y compris la

nécessité de lutter contre l'exploitation économique et sexuelle des femmes et des filles, notamment dans les situations de conflit, et de promouvoir l'égalité et la non-discrimination au sein de la famille, dans le cadre du mariage, en matière de propriété, etc.), et l'accès à des soins préventifs et à un traitement. Les rapporteurs spéciaux ont fait observer qu'il importait de travailler en collaboration avec les réseaux et structures en place au niveau national, en particulier les groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/sida, les équipes de pays des Nations Unies, les bureaux extérieurs d'ONUSIDA et du HCDH, les réseaux de personnes contaminées par le VIH/sida, les associations venant en aide à ces personnes et d'autres groupes de la société civile.

74. Les rapporteurs spéciaux ont examiné et approuvé plusieurs mesures pratiques qu'ils pourraient prendre aux fins de la lutte contre le VIH/sida dans le cadre de leurs travaux. Ces mesures consistent à collecter des informations auprès d'ONUSIDA et d'autres sources compétentes sur la situation concernant le VIH/sida au niveau national et sur les activités et initiatives en cours visant à juguler l'épidémie, en prévision des missions de pays; à échanger des vues avec les services compétents des administrations publiques, les organismes nationaux de défense des droits de l'homme, des personnes contaminées par le VIH/sida, des groupes de la société civile et des associations d'aide aux victimes du sida pendant les missions de pays, afin d'examiner avec eux les questions liées au VIH/sida; à appeler l'attention des médias sur ces questions et, lorsqu'il y a lieu, les informer des violations des droits fondamentaux liées au VIH/sida; à fournir aux gouvernements, aux organismes nationaux de défense des droits de l'homme, aux donateurs et aux organisations internationales des recommandations au sujet des questions relatives aux droits de l'homme ayant un lien avec le VIH/sida; à assurer le suivi des recommandations et observations finales pertinentes des organes conventionnels²³.

75. Le Rapporteur spécial félicite ONUSIDA et le HCDH d'avoir organisé cette réunion, qui a permis d'aller au-delà de la rhétorique et de formuler des recommandations pratiques à l'intention des experts des Nations Unies dans le domaine des droits de l'homme, qui n'avaient pas encore tous pu se faire une idée de la meilleure manière de lutter contre le VIH/sida. En ce qui le concerne, il est prêt à participer, s'il y a lieu, au suivi de la réunion avec les organisateurs.

V. Maladies négligées, lèpre et droit à la santé

76. Dans son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a indiqué qu'il souhaitait examiner les incidences des maladies négligées sur le droit à la santé et le « déséquilibre 10/90 » c'est-à-dire le fait que 10 % seulement des dépenses de recherche-développement sont consacrées aux problèmes de santé de 90 % de la population mondiale (par. 79). Il y a plusieurs façons de définir les maladies négligées mais, dans une publication parue récemment, l'OMS les décrit comme des maladies qui touchent presque exclusivement les pauvres et les personnes sans pouvoir qui vivent dans les régions rurales des pays à faible revenu²⁴. Dans sa résolution 2003/28, la Commission des droits de l'homme a prié le Rapporteur

²³ Rapport sur l'examen conjoint, par ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, de la question du VIH/sida et des droits de l'homme, 30 juin 2003 (à paraître).

²⁴ *Global Defence against the Infectious Disease Threat*, OMS, 2002, p. 96.

spécial de poursuivre son examen des questions relatives aux maladies négligées, y compris les maladies très négligées (par. 16).

77. En bref, le Rapporteur spécial a commencé à examiner ces questions de deux manières. Premièrement, au cours de sa mission à l'OMC en juillet-août 2003, il a eu à maintes reprises, avec des membres du secrétariat de l'OMC et des ambassadeurs et représentants auprès de cette organisation, des entretiens constructifs qui lui ont permis de recueillir un grand nombre d'informations. L'une des nombreuses questions qui ont été abordées au cours de ces entretiens a été celle de l'Accord sur les ADPIC et des maladies négligées. En gros, les droits de propriété intellectuelle et les accords correspondants, notamment l'Accord sur les ADPIC, constituent une incitation à la recherche-développement dans le domaine de la santé lorsqu'il y a un marché pour un nouveau médicament, un nouveau vaccin ou un nouveau type d'intervention médicale mais, en ce qui concerne les maladies négligées, il n'y a pas vraiment de marché et donc aucune incitation à la recherche-développement, ce qui explique en partie le « déséquilibre 10/90 ». Le Rapporteur spécial a tiré parti de sa mission à l'OMC pour souligner la gravité de ce problème, qui est à la fois un problème de droits de l'homme et un problème humanitaire, et rendra compte à nouveau de ses travaux à la Commission à sa prochaine session.

78. Deuxièmement, le Rapporteur spécial s'est entretenu avec les responsables du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, qui a été créé en 1975 à cause, en grande partie, de l'échec des mécanismes du marché à créer des médicaments, vaccins et instruments de diagnostic pour traiter les maladies frappant lourdement les pays tropicaux, et qui, en bref, constitue une initiative novatrice visant à remédier au grand déséquilibre de l'ordre du jour de la recherche en matière de santé. Doté d'un budget modeste, ce programme a permis de mettre au point un nombre impressionnant de moyens pratiques de lutter contre les 10 maladies relevant de son mandat. À l'heure actuelle, ses responsables et le Rapporteur spécial examinent s'il serait possible, dans le cadre d'un projet d'envergure limitée, d'étudier le problème général des maladies négligées et du déséquilibre 10/90 par rapport au droit à la santé.

79. Dans ce contexte, le Rapporteur spécial tient à aborder un problème connexe, à savoir celui de la lèpre, maladie qui afflige l'humanité depuis des temps immémoriaux et fait partie des 10 maladies dont s'occupe le Programme spécial. Ces dernières années, des progrès considérables – trop nombreux pour être mentionnés dans le présent rapport – ont été faits sur la voie de son élimination, mais elle continue à poser un grave problème de santé publique, en particulier (mais non exclusivement) dans les pays en développement d'Asie et d'Afrique. Elle est étroitement liée à la pauvreté et, tous les ans, on en diagnostique 600 000 nouveaux cas²⁵. Lorsqu'elle n'est pas traitée, elle cause d'immenses souffrances physiques et est à l'origine de handicaps. De plus, elle expose ceux qui en sont touchés à des comportements et à des mesures répressifs. Les personnes touchées par la lèpre, c'est-à-dire les patients, les anciens patients et leurs familles, sont en effet souvent en butte à la stigmatisation et à la discrimination qui découlent de l'ignorance et des préjugés. Actuellement, on estime à des dizaines de millions le nombre des

²⁵ Leprosy and human rights, exposé fait le 4 août 2003 par Yohei Sasakawa, Ambassadeur spécial de l'OMS pour l'élimination de la lèpre à la cinquante-cinquième session de la Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme.

personnes qui sont traitées de manière injuste et irrationnelle à cause de cette maladie²⁶.

80. Dans ces circonstances, le Rapporteur spécial estime qu'il serait instructif de concevoir une méthode pour éliminer la lèpre, y compris la stigmatisation et la discrimination qui y sont associées, dans le cadre du droit à la santé. On pourrait, pour ce faire, s'inspirer de la riche expérience acquise dans le domaine des droits de l'homme et du VIH/sida, ainsi que des travaux récents qui ont été faits concernant les droits de l'homme et la tuberculose²⁷. Une telle initiative pourrait servir de modèle si elle était appelée à être appliquée plus largement et apporter une contribution dans le domaine des droits de l'homme à l'Alliance mondiale pour l'élimination de la lèpre, initiative que l'OMS a lancée en 1999 en vue d'unir les efforts des principales parties prenantes dans la lutte contre la maladie. Le Rapporteur spécial accueillera avec satisfaction toute observation et tout avis que suscitera sa proposition selon laquelle il est temps de concevoir une méthode pour éliminer la lèpre dans le cadre du droit à la santé.

VI. Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

81. Dans sa résolution 2003/18, la Commission a invité tous les rapporteurs spéciaux dont le mandat concerne la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels à procéder à un échange de vues concernant un protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits, sociaux et culturels, et à faire des recommandations à son sujet au Groupe de travail (par. 15).

82. En réponse à cette invitation, le Rapporteur spécial fait les observations suivantes, qui sont inspirées des vues qu'il a exprimées à la Conférence internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels qui s'est tenue à Cavtat (Croatie) en septembre 2003. Cette conférence, qui a été accueillie par le Gouvernement croate et organisée par la Croatie en collaboration avec la Commission internationale de juristes et avec l'appui financier du Gouvernement finlandais, a réuni des représentants d'États membres du Conseil de l'Europe et d'ONG et des experts indépendants. De l'avis du Rapporteur spécial, elle a donné un aperçu général constructif, équilibré et extrêmement utile des questions que le Groupe de travail tiendra probablement à examiner.

83. Un protocole facultatif se rapportant au Pacte peut aider à faire en sorte que les lois et politiques nationales, qui négligent souvent les personnes vivant dans la pauvreté parce qu'elles occupent une place marginale dans la société, leur prêtent l'attention qui leur est due. Si la promotion et la protection des droits économiques, sociaux et culturels rendent nécessaire l'adoption de toutes sortes de mesures juridiques et non juridiques, la principale composante juridique d'une stratégie multidimensionnelle de défense de ces droits doit donc être un protocole facultatif. Le Rapporteur spécial propose qu'à l'instar du Protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le protocole facultatif qui se rapporterait au Pacte prévoie des mécanismes de recours aussi bien que d'enquête. Ainsi qu'il ressort de son rapport préliminaire,

²⁶ Idem.

²⁷ *A Human Rights Approach to Tuberculosis*, OMS, 2001.

les lois et la jurisprudence nationales et régionales confirment la justiciabilité du droit à la santé et de ses divers éléments (par. 10 à 20). Le Rapporteur spécial ne considère pas cette caractéristique comme un obstacle insurmontable à l'adoption d'un protocole facultatif et souscrit avec enthousiasme à la proposition qui a été faite en ce sens, car un tel protocole peut constituer un important moyen de mieux promouvoir et de mieux protéger le droit à la santé.

84. Le Rapporteur spécial propose de demander au Haut Commissariat aux droits de l'homme d'entreprendre des études succinctes de nature à alimenter les débats du Groupe de travail. Le Haut Commissariat pourrait notamment se renseigner sur la jurisprudence nationale en matière de droits économiques, sociaux et culturels. Le Groupe de travail pourrait, de son côté, trouver instructif d'étudier la jurisprudence établie par un ou plusieurs mécanismes et organismes régionaux de défense des droits de l'homme en ce qui concerne les droits économiques, sociaux et culturels.

VII. Observations finales

85. Certains éléments d'une stratégie de défense du droit à la santé rendent nécessaire l'élaboration de nouvelles notions et de nouveaux instruments. Certaines des difficultés inhérentes à une telle initiative – celles liées à l'élaboration d'indicateurs du droit à la santé et au recensement de bonnes pratiques, par exemple – ont déjà commencé à être étudiées dans le présent rapport intérimaire. Comme cela a été observé dans l'introduction, un tel travail théorique est justifié, à condition d'aboutir à terme à une amélioration de la santé publique et à un plus grand respect de ce droit fondamental qu'est le droit à la santé, en particulier celui des personnes qui vivent dans la pauvreté. Il est crucial à cet égard que tous ceux qui détiennent des responsabilités concernant ce droit ne perdent pas de vue les faits alarmants dont il est fait état au paragraphe 3 ci-dessus. Bien compris et bien appliqué, le droit à la santé peut rendre aux individus leur dignité, donner aux collectivités les moyens d'agir, galvaniser les énergies, catalyser les évolutions nécessaires, réorienter les politiques et permettre d'améliorer la santé publique.
