

Chronique

Le droit à la santé, droit fondamental de l'homme

VICTORIA LIÉGEOIS

Étudiante en 3^e bac droit à l'Université de Namur

Lauréate 2016 de la MSB

Introduction

*« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».*¹ Le droit à la santé est, à son niveau le plus fondamental, l'incarnation pure de ce principe directeur. Il repose sur la conviction que chaque individu, indifféremment de qui il est, devrait avoir accès à des soins de santé adéquats, qui sont efficaces, acceptables et abordables. Dans l'ensemble, l'État et le gouvernement sont responsables de l'application de ces conditions afin que chaque personne atteigne le meilleur état de santé possible, en garantissant la disponibilité des services de santé, des conditions de travail sûres, un logement satisfaisant, une alimentation nutri-

-
1. Constitution de l'organisation mondiale de la santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 (Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), entrée en vigueur le 7 avril 1948.

tive, des installations sanitaires, etc.² Il ne s'agit donc pas d'une simple idée limitée aux confins du système de santé, mais davantage l'intégration de toute une série d'éléments sous-jacents, influençant le droit à la santé.

À la base un droit fondamental de l'homme, le droit à la santé contient également des garanties de libertés et de droits pour chaque individu. Des libertés incluant le droit d'être à l'abri à la fois de traitements médicaux non consentis (comme dans le cas de recherches ou de stérilisation forcée) et aussi de tortures et de traitements inhumains.³ Des droits qui assurent qu'un individu a accès à un système de santé égalitaire et impartial, qui procure les médicaments essentiels, des traitements appropriés, l'ensemble des soins liés à la procréation et à la maternité, l'accès à l'éducation, à l'information, etc.⁴ Cependant, la concrétisation de cette idée est loin d'être acquise dans le monde. En terme de finances, 100 millions d'individus descendent chaque année en dessous du seuil de pauvreté à cause de dépenses liées à la santé.⁵ Cette situation est d'autant plus alarmante que de nombreux traités émis par des institutions (internationales ou non) ont été ratifiés, mais ne sont en pratique pas respectés ou implémentés dans la plupart des pays du globe.

Nous examinerons ci-dessous les différentes composantes du concept de droit à la santé en tant que droit fondamental de l'homme et ses implications pour l'État. Nous tâcherons ensuite de décrire la situation actuelle de ce droit dans le monde, en soulignant les diverses problématiques qu'il rencontre.

1. Historique et problématique

1.1. Le concept de droit à la santé et son noyau dur

Afin de comprendre le concept de droit à la santé dans notre contexte actuel, il faut avant tout en saisir la composition. Le droit à la santé qui com-

2. World Health Organization (WHO), « *The Right to health* », Fact sheet n°31, 2008, p. 3.
3. *Ibidem*, p.3.
4. *Op.cit.*, World Health Organization (WHO), « *The Right to health* », Fact sheet n°31, 2008, p.3.
5. Organisation mondiale de la santé (OMS), Document de synthèse, Rapport sur la santé dans le monde, « *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* », 2010, p.8, disponible sur http://www.who.int/whr/2010/10_summary_fr.pdf?ua=1.

prend non seulement les soins de santé, mais aussi ses éléments sous-jacents (par exemple, le droit d'avoir accès à une eau potable et non polluée, le droit à la sécurité alimentaire, etc.) s'organise autour de quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité⁶. Autrement dit, le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable⁷. La disponibilité peut se définir comme « un service de santé publique efficace, des établissements de santé, des biens et des services en quantité suffisante au sein d'un État »⁸. Le deuxième élément concerne davantage une absence de barrières matérielles ou morales entre un patient et les soins de santé. Ceux-ci devant être accessibles, cela signifie qu'un individu puisse effectivement et facilement satisfaire des besoins médicaux de base. L'accessibilité regroupe de manière plus précise des composantes essentielles : la non-discrimination dans l'accès aux soins de santé, une accessibilité physique ou géographique, des soins financièrement accessibles et enfin l'accès à une information complète et précise concernant le droit à la santé⁹. Le troisième élément, l'acceptabilité, devient alors une prolongation du deuxième. Il impose que les installations, biens et services respectent une éthique médicale, soient sensibles au genre, à la sexualité et soient culturellement appropriés. En d'autres termes, elles doivent être médicalement et culturellement acceptables¹⁰. Enfin, l'élément de qualité implique des soins de santé scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Cela exige, en particulier, des professionnels de la santé bien formés, scientifiquement approuvés, des médicaments non périmés, du matériel hospitalier correct, des installations sanitaires et une eau potable.

Ainsi, ces quatre éléments posent le cadre dans lequel le droit à la santé doit être défini. Ils organisent les principes fondamentaux selon lesquelles ce droit devrait être mis en pratique. De plus, il est important de préciser que ces principes ne peuvent être efficacement remplis que si les éléments sous-jacents

6. Organisation mondiale de la santé (OMS), « *Santé et droits de l'homme* », Aide mémoire n°323, décembre 2015, disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>.

7. *ibidem*

8. *Op. cit.*, World Health Organization (WHO), « The Right to health », Fact sheet n°31, p.4.

9. *Ibidem*

10. *Op.cit.*, World Health Organization (WHO), « The Right to health », Fact sheet n°31, p.4.

sont réunis pour supporter sa mise en pratique. Le noyau dur du droit à la santé vise plus largement « des soins de santé primaires essentiels, une alimentation nutritive minimale, des installations sanitaires, une eau sans danger et potable et des médicaments de base »¹¹. Il ne s'agit évidemment pas d'une liste exhaustive, mais plutôt d'un minimum absolu sans lequel un droit à la santé respectant la dignité humaine ne peut être atteint.

1.2. Obligations étatiques

Les quatre principes cités ci-dessus composent la base vitale sur laquelle tout État ou gouvernement doit se reposer pour mettre en œuvre ce droit à la santé. Ces obligations étatiques peuvent se résumer en trois domaines : respecter, protéger et réaliser. La première obligation demande aux États de ne pas « interférer avec la jouissance du droit à la santé »¹². En résumé, un État ne devrait pas limiter les éléments essentiels du droit à la santé, ainsi que les biens et services que procurent les établissements de soins de santé aux individus, et cela quels qu'ils soient¹³. De la même manière, l'obligation de protection impose aux gouvernements de contrôler qu'un tiers, une entité non étatique ou encore certains groupes n'interfèrent pas avec la jouissance du droit à la santé. Enfin, les États doivent non seulement protéger leurs citoyens, mais encore être capables d'activer les réformes nécessaires afin de mettre en œuvre ce droit via notamment des actions positives comme passer des législations ou construire des programmes d'aide spécifiques.

De même, pour que ces obligations soient réalisées de manière complète et efficace, il est indispensable que chaque État organise, applique et mette en œuvre un suivi périodique de son système de santé publique ou de son programme d'action. Sans cela, les problèmes de santé des populations et plus singulièrement ceux de communautés marginalisées dans certains pays (migrants, homosexuels, etc.) ne peuvent pas être résolus. On parle généralement de réalisation progressive, selon laquelle tout État doit ou « devrait prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées, en utilisant un maximum de ressources disponibles »¹⁴. Ces ressources qui proviennent tant d'entités nationales qu'internationales, sont donc importantes à utiliser et à reconnaître car

11. *Ibidem*

12. *Op. cit.*, WHO, « *The Right to health* », Fact sheet n°31, 2008, p. 25.

13. *Ibidem*

14. *Op. cit.*, WHO, « *The Right to health* », Fact sheet n°31, 2008, p.24.

ce sont elles qui séparent l'incapacité d'un État à pourvoir au droit à la santé, de sa réticence à agir. Ainsi, chaque État ou nation, quel que soit sa localisation géographique ou ses ressources, a la capacité et une obligation nationale, internationale et humanitaire de procurer le respect, la protection et les actions essentielles qu'accordent à chaque être humain le droit à la santé.

1.3. Liens avec les autres droits fondamentaux et le droit international

Selon le Conseil des droits de l'homme aux Nations Unies, « les droits de l'homme sont interdépendants, indivisibles et interconnectés¹⁵ ». Ainsi, la perte ou l'assujettissement d'un droit va souvent de pair avec la détérioration dans la jouissance d'un autre. Cela vaut tout particulièrement pour le droit à la santé, qui est directement dépendant d'autres droits et d'éléments sous-jacents, parties intégrantes des systèmes de soins de santé comme par exemple, le droit à la nourriture, à l'accès à l'eau potable, à une qualité de vie adéquate, le droit à un logement décent, à la liberté et la non-discrimination, le droit à la vie privée, à un accès à l'information, le droit de participation au processus démocratique ou encore le droit de bénéficier des progrès scientifiques. Du même point de vue, étant donné que des individus en bonne santé ont davantage de chance de réussir, d'apprendre, de trouver un emploi, de prendre soin d'eux-mêmes et de leur famille, le droit à la santé est étroitement lié à l'idée de pauvreté. Par conséquent, le droit à la santé n'est pas un concept éloigné du combat contre les violations des droits de l'homme, il en est une de ses composantes essentielles.

Le droit à la santé fait également partie intégrante du droit international des droits de l'homme. Mentionné dans de nombreux documents comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels¹⁶, la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des

15. Voir : Vienna Declaration and Programme of Action (A/CONF.157/23), adopted by the World Conference on Human Rights, held in Vienna, 14–25 June 1993, article I.5.

16. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.

femmes¹⁷, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires¹⁸, la Constitution sud-africaine ou même indienne, il s'est imposé comme une exigence fondamentale auquel tout État doit adhérer ou prêter attention. Ces conventions, traités et documents de droit international ont contribué à forger le concept de droit à la santé tel que nous le connaissons aujourd'hui, en lui incorporant ses composantes tels les éléments sous-jacents, la santé mentale, etc.

1.4. Les idées fausses

Pour comprendre de manière complète le droit à la santé, il faut écarter certaines idées fausses. Premièrement, «le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé», ce qui signifie qu'un gouvernement n'est pas obligé de garantir à chaque citoyen une bonne santé, cette dernière étant elle-même influencée par des facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux qui ne sont pas d'emblée prévisibles. En revanche, les États sont dans l'obligation de procurer les biens et services qui permettent alors aux citoyens d'atteindre «le meilleur état de santé possible¹⁹». Deuxièmement, même si le droit à la santé est fondé sur une conviction des solutions à long terme, cela ne signifie pas qu'un État ne doit pas ou ne peut pas prendre de mesures à effet immédiat²⁰. La mise en œuvre de plans d'action, mettre fin à des pratiques discriminatoires, activer des législations, étendre le champ d'application des assurances sont des solutions immédiates avec des effets à long terme²¹. Donc, l'idée selon laquelle des améliorations du droit à santé ne se dévoilent qu'après une longue période est fausse. Enfin, un manque de ressources ou d'argent n'est pas une excuse pour un État de refuser d'investir dans l'expansion des soins de santé. Même si le contexte factuel d'un pays doit être pris en considération, les États ont l'obligation de maximiser leurs efforts dans l'amélioration des droits de l'homme et de consacrer le peu de ressources dont ils disposent au bien-être de leurs citoyens. Comme dit précédemment, de nombreuses

17. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée générale des Nations unies.

18. Déclaration d'Alma-Ata, adoptée lors de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires à Alma Ata, URSS, 6-12 septembre 1978.

19. *Op. cit.*, Fact sheet n°31, p. 5.

20. *Ibidem*

21. *Op. cit.*, Fact sheet n°31, p. 5.

actions peuvent être prises, même en l'absence de financement, comme interdire certaines pratiques discriminatoires, implémenter des lignes directives au niveau national, créer des partenariats, et davantage encore.

2. État de la question dans le monde

2.1. Facteurs sociaux et communautés marginalisées

Si les États doivent s'engager à améliorer les soins de santé, il ne s'agit cependant pas du seul terrain d'attaque. Ils ont également le devoir d'agir au niveau des facteurs sociaux. Les plus connectés au droit à la santé, et sur lesquels les gouvernements peuvent se concentrer, sont notamment le développement de la petite enfance, l'emploi, les conditions de travail, la sécurité alimentaire, le logement, etc.²² Tous ces aspects, fussent-ils détachés en apparence du droit à la santé, sont en réalité étroitement liés à sa réalisation. En effet, en s'attaquant à ces problématiques, un État peut non seulement faire respecter ce droit, mais encore bâtir une société plus stable, complète et opérationnelle. Malheureusement, l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des soins offerts à la population sont aussi liées de manière inhérente au revenu, à la race, à l'ethnie... En conséquence, pour régler les questions liées au droit à la santé, la discrimination et la détresse de certaines populations marginalisées sont deux éléments des plus préoccupants dans la sauvegarde de ce droit pour tous.

Comme tous les autres droits de l'homme, le droit à la santé devient un mécanisme qui assure l'égalité, qui réduit la discrimination et qui valorise des communautés marginalisées de la société. La discrimination peut être définie de la manière suivante : « Toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur la base de différents motifs, qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales ».²³ Elle est la principale responsable de la marginalisation de divers groupes de la société. Or, ce sont justement ces

22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), "Social Determinants of Health", 21 Mar. 2014, disponible sur <http://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/faq.html>.

23. Traduction libre, *op. cit.*, Fact sheet n°31, p. 7

derniers qui ont le moins accès aux soins et services de santé, biens ou autres²⁴. Sans surprise, ces populations continuellement mises à l'écart supportent souvent une part majeure des problèmes de santé. La discrimination aggrave de manière significative le statut d'un individu, un cercle vicieux dans lesquels ils n'ont non seulement pas accès aux soins requis, mais se le voient régulièrement refusé. En conséquence, ces motifs discriminatoires sont une des premières priorités des États qui désirent bâtir un droit à la santé équitable et opérationnel. Le rejet de certaines branches de la population étant intimement lié au respect d'autres droits de l'homme, il s'agit clairement d'une clé pour ouvrir la porte de l'égalité et de la protection pour tous.

Nous allons successivement étudier les différentes sphères de discrimination directement reliées au droit à la santé : le genre et la sexualité, la race, l'ethnie et l'immigration, l'âge, le handicap et enfin la pauvreté. Même si ces catégories ne couvrent pas l'ensemble de ces groupes marginalisés, elles démontrent de manière relativement complète les enjeux et les préjudices les plus significatifs de cette problématique mondiale.

2.2. Le genre et la sexualité

La première barrière au droit à la santé réside significativement dans le genre et la sexualité. Les femmes sont massivement touchées par cette discrimination basée sur le genre. De fait, même si ces dernières sont affectées de la plupart des problèmes de santé qui touchent les hommes, elles en ont une expérience bien différente due à une prédominance de la pauvreté et de la dépendance économique chez les femmes, leur expérience de la violence, les préjugés sexistes dans les systèmes de santé et la société au sens large, la discrimination basée sur l'ethnie ou encore d'autres facteurs, le manque de contrôle de certaines femmes sur leur sexualité et leur manque d'influence dans les processus décisionnels.²⁵ Les effets de ces discriminations sont d'autant plus évidents que les filles sont davantage sujettes que les hommes aux abus sexuels et à la violence. Dans des pays à revenus faibles ou moyens, plus de 60% des

24. *Ibidem*

25. Organisation mondiale de la santé (OMS), « *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain* », 2009, p.10, disponible sur <http://www.who.int/fr/>.

individus atteints du VIH sont des femmes.²⁶ Les filles et les femmes adultes ont également deux fois plus de chance de contracter le virus du sida que les hommes. La malnutrition entraîne des anémies (dus au manque de fer) chez plus d'un tiers des femmes dans le monde.²⁷ Plus de 35% des femmes sur la planète ont connu une violence soit conjugale, soit extraconjugale, et des études ont démontré de manière générale que ces dernières étaient davantage susceptibles de connaître des dépressions ou de l'anxiété par comparaison aux hommes. Ce fardeau de la maladie est d'autant plus compliqué dans les pays en voie de développement où les femmes ont encore moins de ressources et de revenus, où par exemple, 90% des cancers du col de l'utérus et 99% des grossesses avec complications entraînent le décès de la patiente²⁸.

La cause de ces femmes, qui voient leur droit à la santé entravé, doit être prise en compte par les États afin de leur attribuer, avant tout, les mêmes droits fondamentaux, accès et libertés que leurs homologues masculins.²⁹ Une autre garantie essentielle est leur accès aux services liés à la grossesse, la naissance, les soins prénataux, le planning familial ou encore les urgences pour les soins obstétriques³⁰. La santé sexuelle et reproductive des femmes est tout aussi importante que le respect de leur droit à la santé. Les États doivent donc permettre aux femmes « de décider librement et de manière responsable à propos de toute question liée à leur sexualité, y compris leur santé sexuelle et reproductive, la non-coercition, le manque d'information, la discrimination et la violence³¹ ». Enfin, pour engager davantage les femmes dans la société et dans les éléments sous-jacents du droit à la santé, il est fondamental que les gouvernements activent des mesures législatives ou des plans concrets afin de renforcer leur rôle, leur représentation et leur capacité à accroître leurs compétences via l'éducation et l'emploi.

La sexualité est également un autre indicateur significatif et un frein à la santé, les populations les plus largement affectées étant les homosexuels, les bisexuels et les transgenres (LGBT). Même s'il y a un manque manifeste de

26. Organisation mondiale de la santé (OMS), « *La santé des femmes* », aide-mémoire n°334, septembre 2013.

27. *Ibidem*

28. *Op.cit.*, aide-mémoire n°334, septembre 2013.

29. *Op. cit.*, Fact sheet n°31, p.12.

30. *Ibidem*, p.13.

31. *Ibidem*, Traduction libre.

données sur l'état de santé de cette population LGBT, celles qui ont été collectées démontrent que ces individus font face à des barrières substantielles et obtiennent des résultats plus faibles que les autres en matière de santé³². Les challenges les plus représentatifs nuisant à ces populations comprennent « une prévalence plus élevée du VIH/SIDA, un préjudice institutionnel, une exclusion sociale, une haine de l'homosexualité chez certains, s'accompagnant le plus souvent de violences physiques et morales³³ ». Pour les individus transgenres, qui s'identifient comme étant du sexe opposé à celui qui leur a été assigné à la naissance, l'accès aux services de santé et à leurs ressources est d'autant plus compliqué. Non seulement, ils doivent faire face à une société souvent stigmatisante, mais surtout à des systèmes de santé qui, pour la plupart, ne comprennent pas ces différentes identités sexuelles ou cette volonté d'entreprendre diverses procédures médicales. De plus, ces dernières impliquent souvent des thérapies, des opérations de changement de sexe, largement indisponibles, inaccessibles, critiquées et incomprises³⁴. Dans certains cas, pour pouvoir subir ce type d'opération, les individus transgenres doivent préalablement être stérilisés, ce qui est une pratique humiliante, immorale et fortement préjudiciable au bien-être de cette population. De manière générale, ces différences de sexe et de genre au sein du groupe LGBT entraînent des traitements inhumains alarmants et des comportements de la société qui, en plus de réduire considérablement leur santé, se couplent malheureusement à des attaques physiques, des agressions, de la torture et dans les scénarios les plus tragiques de meurtres³⁵.

Les mesures que pourraient prendre les États concernant cette problématique sont très similaires à celles qui interviennent dans les discriminations

32. World health organization (WHO), « *Adressing the causes of disparities in health services access and utilization for lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) persons* », concept paper, 52nd directing Council, 65th session of the regional committee, Washington, D.C., USA, 2013, p. 3, disponible sur www.hhs.gov.
33. Conseil des droits de l'homme aux Nations unies (HCDH), « *La lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre* », disponible sur <http://www.ohchr.org>.
34. Conseil des droits de l'homme aux Nations Unies (HCDH), « *Pathologisation: être lesbienne, gay, bisexuel et/ou transgenre n'est pas une maladie* », 17 mai 2016, disponible sur www.ohchr.org.
35. Organisation mondiale de la santé (OMS), « *Mettre fin à la violence et à la discrimination à l'égard des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes* », septembre 2015, p. 1.

basées sur le genre. Une des méthodes préalables est notamment de garantir à cette population LGBT un accès, une représentation et des droits similaires à tout autre membre de la société. Concernant les Nations qui criminalisent les relations consensuelles de même sexe ou les individus homosexuels, il paraît évident que de telles lois ne devraient pas exister. Dans quelque 77 pays, des lois discriminatoires criminalisent des rapports consentants et privés entre personnes du même sexe (ces lois exposent les individus à être arrêtés, poursuivis, emprisonnés) et même, dans cinq pays au moins, à la peine de mort.³⁶ Ce type de législation a un impact très négatif sur la santé des individus, entraînant une augmentation des infections du VIH/SIDA et, en empêchant ceux-ci de chercher de l'aide, d'avoir accès aux soins de santé et de recevoir les informations nécessaires au vu de leur état³⁷. Par conséquent, des droits égaux, des libertés et une protection pour ces groupes sont totalement et indéniablement essentiels, et devraient déjà être en place dans de nombreuses sociétés, via des lois et des traités internationaux³⁸. Au delà du fait de pourvoir à ces garanties, nous considérons que des formations et des standards de santé pourraient être également mis en place, cela afin de sensibiliser et de construire un système de santé plus ouvert et compétent pour traiter des problématiques de genre et de sexualité.

2.3. La race, l'ethnie et l'immigration

La race et l'ethnie sont d'autres facteurs étroitement liés à l'accès aux soins de santé et au style de vie des individus. Souvent, ceux-ci sont significativement corrélés à l'état de santé ; en particulier si la personne est un migrant ou fait partie d'une minorité dans son pays d'accueil. Être minoritaire ou migrant peut avoir de sérieuses implications et limitations au droit à la santé. En cause, se retrouvent la discrimination, des barrières de langue et culturelles et le statut légal.³⁹ Combiné au fait que ces minorités raciales ou religieuses ont un accès réduit à des éléments déterminants comme le système éducatif ou l'emploi, les disparités relatives à l'état de santé en deviennent

36. *Op.cit.*, Conseil des droits de l'homme aux Nations unies (HCDH), « *La lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre* ».

37. *Ibidem*

38. *Op. cit.*, Conseil des droits de l'homme aux Nations unies (HCDH), « *La lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre* ».

39. *Op. cit.*, Fact sheet n°31, pp. 18 à 20.

particulièrement substantielles⁴⁰. Aux États-Unis par exemple, il a été prouvé que le taux de décès chez les nourrissons afro-américains, indiens américains et portoricains est significativement plus élevé que celui des nourrissons « blancs ». Une femme afro-américaine a également deux fois plus de chance de décéder d'un cancer du col de l'utérus ou d'un cancer du sein qu'une femme « blanche ». De manière générale, il a été démontré que les minorités ethniques contiennent en leur sein un taux plus élevé de diabètes, d'infections au VIH, de dépression, d'hépatite, de syphilis, etc....que leurs homologues « blancs »⁴¹.

Ces problèmes sont davantage exacerbés auprès des migrants, sans papiers ou en statut illégal et pour les individus qui sont gardés en détention ou dans des centres fermés (leurs ressources étant encore plus limitées).⁴² Dans la plupart des cas, les États garantissent uniquement pour ces populations installées chez eux un service de santé d'urgence.⁴³ Ceci rend la situation des droits aux soins de santé particulièrement difficile vu que chaque État peut tirer du concept ses propres conclusions et interprétations.⁴⁴ Donc, l'un des principaux angles d'attaque de cette problématique est de veiller à ce que les pays d'accueil, quel que soit la situation d'un individu, lui procurent des services de santé adéquats et standards.⁴⁵ Finalement, ils ne devraient entraver ou ne leur dénier en aucun cas un accès à des soins médicaux de base.⁴⁶ Dès lors, en rendant des services de soins de santé valides indisponibles, un État peut en réalité encourir plus de dommages, qui peuvent résulter en des infections accrues au sein de ces populations.

Afin d'offrir les mêmes opportunités à tous ses citoyens (qu'ils soient de race et d'ethnie différente ou encore des migrants), un État devrait se concen-

40. *Ibidem*

41. Centers for disease control and prevention (CDC), Health Disparities and Inequalities Report, « *Some key factors that affect health and lead to health disparities in the United States* », USA, November 2013, disponible sur www.cdc.gov.

42. Les personnes bénéficiant d'un statut de réfugiés ne tombent pas dans la même catégorie que les migrants, voir : Economic and social Council (ECOSOC), « *Specific groups and individuals : migrant workers* », Report submitted by Ms. Gabriela Rodriguez Pizarro, Special Rapporteur, 15 november 2014.

43. *Ibidem*

44. *Op. cit.*, Fact sheet n°31, pp. 18 à 20.

45. *Ibidem*

46. *Op. cit.*, Fact sheet n°31, pp. 18 à 20.

trer sur les solutions qui permettent de rendre compte de ces inégalités qui touchent les communautés marginalisées. Comme mentionné ci-dessus, de nombreuses actions peuvent être engrangées via des législations qui renforcent des conditions de travail, les rémunérations de base, l'accès à l'éducation, un support matériel et financier aux familles à faible revenu, etc.

Les difficultés majeures auxquelles font face les migrants sont nombreuses (et tout particulièrement les migrants sans papier) par rapport à leur droit à la santé⁴⁷. Les migrants sont généralement couverts de manière inégale par les systèmes de santé étatique et ne peuvent pas se permettre de payer une assurance santé. Ce phénomène est d'autant plus grave concernant les personnes travaillant dans la prostitution et pour les sans papiers. Ils ont en outre des difficultés dans l'accès à l'information sur les problèmes et services de santé. Dans la plupart des cas, les États ne remplissent pas leur obligation d'information⁴⁸. De plus, notons que les migrants sans papier n'osent souvent pas requérir l'aide médicale dont ils ont besoin par peur de dénonciation aux autorités. Les femmes issues de l'immigration sont largement exposées aux abus sexuels et à la violence.

Dû au faible coût de cette main d'œuvre issue de l'immigration et souvent illégale, les travailleurs peuvent opérer dans des conditions dangereuses et insalubres. Inutile de préciser que la conséquence directe est la diffusion rapide de certaines maladies comme le VIH/SIDA ou autres affections sexuellement transmissibles. Il est indispensable de prévoir une politique de prévention et de dépistage dans ces groupes de migrants, ce qui est non seulement bénéfique pour eux, mais aussi pour la société toute entière. Les conditions de vie dans les centres fermés sont également d'une qualité médiocre. Enfin, la migration de population est le terrain de prédilection du trafic humain, problématique mondiale, terreaux fertiles de grossesses non désirées, du développement de maladies sexuellement transmissibles et d'avortement non sécurisés.

47. Voir, World Health Organization (WHO), « *International Migration, Health and Human Rights* », Health & Human Rights Publication Series, n°4, December 2003, disponible sur <http://www.who.int> ; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and International Organization for Migration, « *Migrants' Right to Health* », UNAIDS Best Practice Collection, Geneva, 2001.

48. *Op. cit.*, World health organization (WHO), factsheet n°31, pp. 18 à 20.

2.4. Âge et handicap

L'âge est un autre indicateur qui limite généralement le droit à la santé d'une personne. Ces barrières sont tout particulièrement pertinentes pour les enfants en bas âges, qui subissent toute une série de problèmes de santé liés aux différents stades de leur développement physique et psychique.⁴⁹ Actuellement, la plupart des décès précoces d'enfants surviennent suite à quelques causes uniquement (les infections respiratoires, la diarrhée, la rougeole, la malaria et la malnutrition) et ces derniers sont aussi les plus exposés aux virus VIH/SIDA, potentiellement transmis de la mère à l'enfant.⁵⁰ Au total, ces maladies ont entraîné une hausse considérable de la mortalité infantile dans le monde, surtout dans les pays en voie développement. Ces problématiques touchent plus les filles que les garçons, celles-ci ayant souvent un accès réduit à certains soins de santé et à certains éléments déterminants. Les filles font aussi face à un plus haut taux de procédures médicales forcées comme les mutilations génitales.⁵¹ Par conséquent, les gouvernements et les professionnels de la santé doivent s'assurer, de la même manière que pour tout autre groupe, que les enfants et adolescents ne soient pas sujets à des pratiques discriminatoires.⁵² Leurs droits sont tout aussi (voire plus) importants que ceux des adultes : il doit donc leur être garanti un accès égalitaire aux soins, aux traitements, aux médicaments, à une nutrition, à un environnement sûr, ou encore à tout autre service de santé physique ou mental⁵³.

Dans un autre registre, il y a environ 650 millions de personnes handicapées sur terre, dont les deux tiers dans des pays en voie de développement⁵⁴. Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, on entend par personnes handicapées : « *des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur base de l'égalité avec les autres* ».⁵⁵

49. *Ibidem*, p. 14.

50. *Ibidem*

51. *Op.cit.*, factsheet n°31, p. 14.

52. *Ibidem*

53. *Ibidem*

54. *Op.cit.*, factsheet n°31, p. 16.

55. Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006, entrée en vigueur le 3 mai 2008, ratifiée par la Belgique et entrée en vigueur le 1er août 2009, article 1^{er}.

Tout en représentant une partie significative de la société, elles constituent l'un de ses groupes les plus négligés⁵⁶. Souvent vu comme des objets de charité plutôt que des sujets brandissant des droits de l'homme, leur droit à la santé est fréquemment violé⁵⁷. De manière identique aux autres groupes marginalisés, les droits des personnes handicapées sont intimement liés à des politiques en place, et donc des pratiques discriminatoires qui limitent l'autonomie, la participation et l'inclusion sociale, le droit d'être différent, l'accessibilité et l'égalité dans les opportunités. Chaque handicap crée ses propres difficultés pour un individu cherchant l'accès à des soins de santé. Par exemple, une personne physiquement handicapée peut être dans l'incapacité de se rendre dans un centre de soins de santé, particulièrement si elle vit dans des bidonvilles, des zones rurales, des banlieues ou des régions reculées⁵⁸. Les handicaps psychosociaux de leur côté, sont souvent mal compris et gérés par la société, les soins de santé appropriés étant souvent hors de prix⁵⁹. L'un des principaux dangers est que les médecins, au lieu de les respecter, pratiquent des traitements sans le consentement libre et éclairé du patient⁶⁰. Enfin, les personnes handicapées sont affectées de manière disproportionnée par la violence et sont victimes « d'abus physiques, sexuels, émotionnels et psychologiques et sont négligées et parfois financièrement exploitées »⁶¹, cela sans oublier les interventions médicales forcées, comme la stérilisation.

Ainsi, chaque nation doit développer et mettre à jour ses programmes, ses lois et ses politiques afin d'aider ces personnes handicapées. Les droits de ces individus doivent être protégés par des lois anti discriminatoires. Tous les services de soins de santé devraient prendre en compte les besoins physiques et psychiques de ce groupe. La récente Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées « a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance des droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque (Article premier) »⁶². L'article 25 de cette même convention poursuit en disant que « (...) les personnes handicapées ont

56. *Op.cit.*, factsheet n°31, p. 16.

57. *Ibidem*

58. *Op.cit.*, factsheet n°31, p. 16.

59. *Ibidem*

60. *Op.cit.*, factsheet n°31, pp. 16 à 17.

61. *Ibidem*, p. 17.

62. *Op.cit.*, Convention relative aux droits des personnes handicapées, article 1^{er}.

le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap». Il propose également des mesures qui pourraient aider les États à appliquer et à respecter ce droit. Pour conclure, le plus important est surtout que ces personnes souffrant d'un handicap puissent prendre une part, la plus active possible, au sein de la société, leur permettant de bénéficier de la même qualité de vie que toute autre personne.

2.5. Pauvreté et droit à la santé

Le dernier facteur empêchant un accès égalitaire au droit à la santé, et qui chapeaute tous les autres, est la pauvreté. Les individus vivant sous le seuil de pauvreté rassemblent à eux seuls de nombreuses causes de privation et ne possèdent aucune des clés nécessaires pour bénéficier du droit à la santé. Le manque significatif de bonne santé au sein de cette tranche de la population provient plus fondamentalement du fait de l'ébranlement de déterminants sociaux liés à la santé, car elle force ces personnes à «vivre dans des environnements qui les rendent malades, sans logement décent, sans eau potable ou encore sans installations sanitaires adéquates».⁶³ Un individu pauvre se nourrit également moins bien, possède moins d'information et a de manière générale moins accès aux soins de santé.⁶⁴ Ce facteur de pauvreté, combiné aux différentes causes de discrimination expliquées ci-dessus (handicapés, LGBT, migrants, etc.), aggrave encore davantage le statut socioéconomique par rapport à un groupe majoritaire dans une société donnée.⁶⁵ La santé et la maladie sont incontestablement liées au statut de pauvreté. En effet, la maladie peut réduire les économies du foyer, la capacité d'apprentissage, la productivité et, par effet boule de neige, la qualité de vie au sens large.⁶⁶ Par conséquent, vu que les plus pauvres des pauvres ont toujours, où qu'ils vivent, la pire santé, la pauvreté devient le facteur le plus important de l'inégalité dans les soins de santé.⁶⁷

Combattre l'inégalité dans le droit à santé sous l'angle de la pauvreté est un challenge bien plus complexe, étant donné son interconnexion avec tant de

63. World Health Organization (WHO), «*Poverty and health*», disponible sur www.who.int.

64. World Health Organization (WHO), «*Poverty*», disponible sur www.who.int.

65. *Op.cit.*, WHO, «*Poverty and health*».

66. *Op.cit.*, WHO, «*Poverty*».

67. *Ibidem*

causes de discrimination. Il faut non seulement s'attaquer à l'immense chantier des systèmes de santé, mais en plus à tous les éléments sous-jacents au sens large.

2.6. Actions, politiques et cadre juridique des États

Toutes ces recommandations, complications et problématiques, liées aux différentes communautés marginalisées, peuvent paraître bien écrasantes et difficiles à regrouper en une seule politique nationale sur le droit à la santé. Le fait que ce droit soit en lui-même un concept très complexe, qui requiert la capacité d'un gouvernement de pouvoir s'adresser à un grand nombre de problématiques en un coup, ne le rend éminemment pas évident à gérer. Cependant, il suffit de garder en tête que les essentiels qui définissent le droit à la santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité) et les obligations étatiques (respecter, protéger et réaliser) sont les fondamentaux que toute action ou proposition devrait adresser. Ainsi, dans chaque situation, lorsqu'un État construit un programme complet en accord avec ce droit, il doit appliquer ces valeurs et obligations fondamentales à ses circonstances actuelles et concevoir des interventions qui permettent de les accomplir.

Les lois et législations sont donc un outil indispensable pour engranger une expansion du droit à la santé et à toutes ses composantes. Comme expliqué ci-dessus, la législation la plus essentielle regroupe des politiques anti discriminatoires qui offrent et protègent les droits de tous, et tout particulièrement des groupes marginalisés d'une société donnée. Même la mise en œuvre de ces lois simples et peu coûteuses entraîne un impact profond sur ces communautés. Elles créent un tournant dans la société, permettant à la population de commencer à reconnaître, à respecter l'autre. Celui-ci apporte des bénéfices à long terme non seulement pour les nations, mais aussi pour l'élargissement de l'accès aux soins de santé, aux ressources et pour les groupes isolés aux éléments sous-jacents.⁶⁸ Par conséquent, la législation pose les fondations à partir desquelles les États, en fonction de la disponibilité de leurs ressources, peuvent étendre des programmes qui combattent l'inégalité dans la santé et l'accès aux soins pour tous.

Ainsi, même si les États ne se trouvent pas dans les mêmes circonstances, ni face aux mêmes difficultés, ils ont tous au final une inévitable responsabi-

68. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, p. 5.

lité, en tant qu'État humain et rationnel, d'atteindre une réalisation complète de ces droits par tous les moyens appropriés possibles.⁶⁹ Pour cela, passer des législations qui garantissent par exemple un droit à la contraception pour les femmes, une protection pour la communauté LGBT, ou une plus grande autonomie aux personnes handicapées, n'est pas quelque chose qui devrait aller à l'encontre des politiques ou des lois de tout pays stable, fonctionnel et cohérent. Limiter le droit de certaines personnes ou croire qu'il est inexistant ne constitue pas une protection de la société, des libertés civiles, de la religion ou du système gouvernemental, il s'agit d'un préjudice inhumain, irrationnel ainsi que d'une violation des droits de l'homme.

2.7. Intervention et support de tierces parties

Lorsque les États concrétisent ce droit à la santé sur base de politiques, de programmes et de législation, ils devraient aussi rechercher le support de tierces parties pour plus de coopération. Les pays peuvent tout particulièrement rechercher le soutien d'organismes des Nations Unies comme la Banque Mondiale, le Fonds monétaire international, ou ses agences spécialisées, qui ont pour but de collaborer avec un État partie qui souhaite implémenter un certain nombre de droits dans son système national.⁷⁰ Subséquemment, les organismes des Nations Unies peuvent d'un autre côté également refuser ou limiter le financement ou leur support à des pays jusqu'à ce qu'ils mettent effectivement en œuvre ces droits ou ces programmes.

Le secteur privé et les entreprises locales, spécialement celles impliquées dans les soins de santé et les produits pharmaceutiques, peuvent aussi procurer une autre entrée pour la collaboration et l'implémentation du droit à la santé au sein d'un État.⁷¹ À partir de ces dernières, un gouvernement peut construire des chaînes d'approvisionnement, améliorer l'accès aux soins de santé et rendre les traitements et les médicaments plus abordables. Cependant, ce secteur privé se révèle parfois plus comme une barrière empêchant justement de rendre des traitements moins chers et abordables, en gardant les prix déraisonnablement hauts (par exemple, les traitements pour le VIH/

69. *Ibidem*

70. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, p. 28.

71. Organisation mondiale de la santé (OMS), « *Travailler avec le secteur privé pour réaliser les objectifs de santé publique* », Pour un bon fonctionnement des systèmes de santé : document de travail n°2, 2005, p.1.

SIDA).⁷² Ils peuvent indirectement affecter la santé des autres, en polluant l'environnement ou en créant des conditions de vie dangereuses pour des individus habitant dans certaines zones.⁷³ Ce type de violations du droit à la santé peut se révéler particulièrement délicat à combattre pour un gouvernement. À nouveau, la législation permet aux États de demander aux entreprises de s'en tenir à certains standards protégeant le droit à la santé des citoyens.⁷⁴ Ils ont la possibilité de travailler avec d'autres organismes ou agences internationales afin de négocier avec ces entreprises pour qu'elles baissent le prix des produits pharmaceutiques et des médicaments, les rendant ainsi plus abordables et accessibles pour la population. Dans de rares cas, si les ressources et indemnités légales sont disponibles, un État peut produire lui-même ses propres médicaments ou autres produits pharmaceutiques. Finalement, les tierces parties et le secteur privé offrent une opportunité précieuse pour initier et procurer des soins de santé. En Inde, par exemple, le secteur privé distribue 65 à 70% des sels de réhydratation orale (SRO) utilisés dans le pays.⁷⁵ Cependant, des limites doivent être tracées via des principes et des responsabilités sociales afin de protéger le droit à la santé.

2.8. Responsabilité et évaluation

Les mécanismes de responsabilité et d'évaluation sont la dernière étape cruciale nécessaire afin qu'un État respecte ses obligations envers le droit à la santé. Le concept de responsabilité « *oblige un État à expliquer ce qu'il fait, pourquoi et comment il opère, de la manière la plus rapide et efficace, par rapport à la réalisation du droit à la santé pour tous* ». ⁷⁶ Même si le droit international, et en particulier des droits de l'homme, ne possède pas la formule exacte pour accomplir cela, une variété de mécanismes peut être utilisée du moment qu'ils

72. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, p. 30.

73. *Ibidem.*

74. *Op.cit.*, OMS, « *Travailler avec le secteur privé pour réaliser les objectifs de santé publique* », p. 7.

75. BUSTREO F. ET AL., « *Les pays en développement peuvent-ils améliorer suffisamment les résultats des programmes de santé de l'enfant sans le secteur privé ?* », Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 81 (12) : 886-894.

76. Conseil des droits de l'homme aux Nations Unies (HCDH), « *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Paul Hunt* », A/HRC/4/28, 17 janvier 2007, p. 23, §87.

soient accessibles, transparents et effectifs.⁷⁷ En tout état de cause, il devrait exister au moins un mécanisme national permettant de rendre l'État effectivement et plus rapidement responsable que tout autre dispositif régional ou international.⁷⁸

Un premier ensemble regroupe les mécanismes administratifs et politiques. Ceux-ci se concentrent sur le développement de politiques et de stratégies de santé nationale et leurs liens avec le budget, les indicateurs et les dépenses.⁷⁹ Une fois qu'un plan d'action se dessine, des agences gouvernementales seront assignées au contrôle des régulations de la santé, à l'utilisation du budget du gouvernement et aux différentes étapes de la politique nationale.⁸⁰ Ces agences peuvent également réaliser des évaluations de l'impact et collecter des données permettant de vérifier l'efficacité du plan et comment ce dernier rencontre les demandes.⁸¹ En outre, des mécanismes politiques comme des processus démocratiques, encadrés par des ONG et des organisations de la société civile, peuvent aussi être utilisés en parallèle.⁸² Leur méthodologie repose de manière similaire sur des données, des évaluations d'impact, des analyses budgétaires et des repères qui tiennent l'État responsable de leur programme de santé.

Le deuxième ensemble regroupe des mécanismes judiciaires qui interviennent de manière complémentaire. Ils reposent sur les lois nationales, la législation, le système juridique du pays et « *procurent des remèdes aux individus dont le droit à la santé est violé* ». ⁸³ En se fondant sur la législation pertinente, « les tribunaux peuvent veiller à ce que l'attention voulue soit accordée aux intérêts des pauvres et des défavorisés, si souvent ignorés. Dans des affaires bien précises, ils ont la lourde responsabilité de conclure que l'état pourrait mieux faire et de l'engager à s'y atteler. Bien entendu, les tribunaux ne sont pas une panacée car, par exemple, les autorités mettent parfois du temps à se

77. *Op.cit.*, « *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, M. Paul Hunt », p.14, §46.

78. *Ibidem.*

79. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, pp. 31-32.

80. *Ibidem.*

81. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, pp. 31-32.

82. *Ibidem.*

83. *Op.cit.*, Traduction libre, Fact sheet n°31, p.32.

conformer à leurs décisions ». ⁸⁴ En tant que mécanisme de mise en cause de la responsabilité, les tribunaux ont cependant un rôle important à jouer dans la promotion et la protection des droits liés à la santé. Par exemple, le système judiciaire argentin a commandé et autorisé le gouvernement à produire des médicaments antirétroviraux contre le virus du SIDA, pour assurer leur accès à tous à un prix abordable. ⁸⁵ De plus, les communautés marginalisées pourront éventuellement se prévaloir de l'effet direct de certains traités internationaux (ratifiés par l'État) devant les cours et tribunaux.

À côté de ce mécanisme judiciaire, les institutions nationales défendant les droits de l'homme jouent aussi un rôle significatif de contrôle via des recommandations, des conseils aux gouvernements : recueillir les plaintes, mener des investigations et s'assurer de la ratification de certains traités internationaux. Cependant, ce type de dispositif ne fonctionne que si un gouvernement est impartial, incorruptible et opérationnel, ce qui est malheureusement rarement le cas. ⁸⁶

Dans de telles situations, il peut être efficace de rechercher une responsabilité au niveau régional ou international afin de maintenir un État dans ses obligations. Différents cours et tribunaux régionaux comme la Commission africaine des droits de l'homme et des personnes ou la Commission interaméricaine des droits de l'homme, sont des mécanismes primaires qui permettent d'enclencher une responsabilité régionale. ⁸⁷ Au niveau international, des organisations multilatérales comme des organismes des Nations Unies peuvent assurer la responsabilité d'un État en contrôlant la conformité, en conduisant des études, en publiant leurs rapports et évaluations, etc. ⁸⁸ Les cours et tribunaux internationaux ont également la possibilité de recevoir des plaintes, de lancer des investigations et d'offrir une voie à des groupes qui n'en reçoivent pas dans leur pays d'origine. Des organismes financiers internationaux tels la Banque Mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose

84. *Op.cit.*, « Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Paul Hunt », p. 23, §88.

85. Voir : Supreme Court of Justice, « *Asociacion Benghalensis y otros v. Ministerio de Salud y Accion Social* », case 323:1339, 1 June 2000.

86. Goals and governance for health (Go4Health), « *Realizing the right to health for everyone : the health goal for humanity* », September 2013, p.26.

87. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, p. 35.

88. *Op.cit.*, Fact sheet n°31, p. 36.

et la malaria, peuvent aussi tenir des États pour responsables en incorporant le respect des droits de l'homme et ses repères comme critères d'obtention d'un financement. Ainsi, les mécanismes de responsabilité et d'évaluation sont un pilier nécessaire de tout programme sur le droit à la santé. Ils contrôlent non seulement les promesses d'un gouvernement, mais offrent aussi du pouvoir à des groupes traditionnellement mis à l'écart, dont le droit à la santé est ignoré ou abusé.

3. Les documents internationaux relatifs aux droits à la santé

Le Conseil des droits de l'homme à l'ONU, constitué en 2006, est l'organe intergouvernemental principal des Nations Unies pour toutes les questions relative aux droits de l'homme. Sa création étant relativement récente, il a été directement influencé par une série de documents antérieurs. Ces actions ont non seulement été une préparation à la fondation du Conseil, mais encore une composante dynamique établissant le droit à la santé. Nous énonçons donc ci-dessous les principaux documents internationaux, précédant la création du Conseil, qui ont contribué à forger le concept de droit à la santé.

3.1. La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)

La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 était l'un des premiers documents (avec la constitution de l'Organisation mondiale de la santé) à formellement mentionner le droit de l'homme à la santé.⁸⁹ Elle pose ses fondations ainsi que les outils pour le définir et le mettre en pratique. Le droit à la santé fut mentionné dans son Article 25: « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* »⁹⁰. Ce passage permet de relier la santé aux droits de l'homme et induit l'idée selon laquelle le droit à la santé est fondamental. Cette déclara-

89. Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948 à Paris, par la résolution 217 (III) A.

90. *Op.cit.*, Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 25.

tion fut adoptée par l'assemblée générale de l'ONU, la rendant ainsi obligatoire pour tous les États parties.

3.2. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)

En 1965, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale poursuit davantage la discussion sur le droit à la santé, en y incluant les notions de discriminations raciale et ethnique.⁹¹ En son article 5, qui fait référence à l'article 2, qui pose que « *les États parties condamnent la discrimination raciale et s'engagent à poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer toute forme de discrimination raciale et à favoriser l'entente entre toutes les races (...)* »⁹², la Convention dispose que chaque individu est tenu d'avoir « le droit au logement »⁹³, « le droit à l'éducation et à la formation professionnelle »⁹⁴ et « le droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux ».⁹⁵ Malgré sa ratification par un grand nombre de pays, particulièrement en Amérique latine et en Europe, la Convention n'est toujours pas reconnue par une large part de l'Amérique du Nord, de l'Asie et de l'Afrique.⁹⁶

3.3. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)

Peu après, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels avança considérablement le concept du droit à la santé, en élargis-

91. Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, adoptée et ouverte à la signature et à la ratification par l'Assemblée générale dans sa résolution 2106 A(XX) du 21 décembre 1965, entrée en vigueur le 4 janvier 1969.

92. *Op.cit.*, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 2.

93. *Op.cit.*, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 5 e) iii).

94. *Op.cit.*, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 5 e) v).

95. *Op.cit.*, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, art. 5 e) iv).

96. Voir : www.treaties.un.org; la Convention fut ratifiée par la Belgique le 7 août 1975.

sant et spécifiant ses horizons.⁹⁷ Son article 12 concerne directement la problématique en affirmant que : *« Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le 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 le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie »*.⁹⁸ Cette déclaration, qui en parallèle crée des liens avec d'autres droits comme le droit à l'alimentation, au logement, à l'éducation et plus, connecte considérablement le concept de droit à la santé avec les déterminants sociaux. Cette Convention a été, de manière générale, pratiquement signée et ratifiée par tous les pays du monde, sous réserve des États-Unis et de Cuba (non ratifiée) et de pays tels que l'Arabie Saoudite, le Yémen, la Malaisie, et autres (ni signée ni ratifiée).⁹⁹

3.4. La Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)

La Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, datant de 1979, parle également du droit à la santé en son article 12 qui 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, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accou-*

97. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966,

entrée en vigueur le 3 janvier 1976.

98. *Op.cit.*, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12.

99. Voir : www.treaties.un.org; la Convention fut ratifiée par la Belgique le 21 avril 1983.

chement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. »¹⁰⁰ Alors qu'un grand nombre de pays ont également ratifié cette Convention, les États-Unis l'ont uniquement signé et d'autres comme la Somalie, le Soudan ou l'Iran ne la reconnaissent tout simplement pas.¹⁰¹

3.5. La Convention relative aux droits de l'enfant (1989)

Suite à la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, le premier document postérieur mentionnant le droit à la santé fut la Convention relative aux droits de l'enfant.¹⁰² Même s'il comporte de multiples exemples et de mentions des droits de l'enfant en lien avec le droit à la santé, c'est l'article 24 qui est le plus significatif : « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour : (...).* »¹⁰³ Cette Convention a été ratifiée en pratique par tous les pays du monde, à l'exception des États-Unis et de la Somalie, qui l'ont uniquement signée.¹⁰⁴

3.6. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990)

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille formule diverses réclamations concernant les droits à la santé des travailleurs migrants, plus précisément dans leurs conditions de travail. La demande la plus notable apparaît dans son

100. Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée générale des Nations unies, entrée en vigueur le 3 septembre 1981, art. 12.

101. Voir : *op.cit.*, www.treaties.un.org; la Convention fut ratifiée par la Belgique le 10 juillet 1985.

102. Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990.

103. *Op.cit.*, Convention relative aux droits de l'enfant, art. 24.

104. *Op.cit.*, voir : www.treaties.un.org; la Convention fut ratifiée par la Belgique le 16 décembre 1991.

article 43 qui mentionne le traitement égal des travailleurs migrants par rapport aux autres citoyens natifs, tout particulièrement en terme « *d'accès aux services sociaux et sanitaires, sous réserve que les conditions requises pour avoir le droit de bénéficier des divers programmes soient remplies* ». ¹⁰⁵ Le taux de ratification de cette convention est cependant bien moindre que les autres, ratifiée seulement par quelques pays d'Amérique du Sud et d'Afrique, le reste du monde ne l'ayant même pas signée. ¹⁰⁶

3.7. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006)

Enfin, l'un des rassemblements les plus récents ayant discuté le droit à la santé fut la Convention relative aux droits des personnes handicapées en 2006. ¹⁰⁷ La Convention, comme pour les autres documents traitant les discriminations, va dans les détails et établit spécifiquement en son article 25 que : « *les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation* ». ¹⁰⁸ Cette Convention a également été signée et ratifiée par la majorité des pays du globe, sous réserve des États-Unis, de l'Irlande, de la Finlande, et du Sri Lanka. ¹⁰⁹

Conclusion

En 1966, Martin Luther King s'exclamait : « *Of all the forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inhumane* ». ¹¹⁰ De nos jours, les inégalités sociales de santé sont importantes, évitables et injustes. Impor-

¹⁰⁵. Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/158 du 18 décembre 1990.

¹⁰⁶. *Op.cit.*, voir : www.treaties.un.org; cette Convention n'a été pas signée par la Belgique.

¹⁰⁷. Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006, et est entrée en vigueur le 3 mai 2008.

¹⁰⁸. *Op.cit.*, Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 25.

¹⁰⁹. *Op.cit.*, voir : www.treaties.un.org; la Convention fut ratifiée par la Belgique le 2 juillet 2009.

¹¹⁰. Traduction libre : « *De toutes les formes d'inégalités, l'injustice dans les soins de santé est la plus choquante et inhumaine* ».

tantes, car de nombreuses parties de la société n'en bénéficient pas de manière adéquate. Que ce soit une question de revenu, de genre ou d'ethnie, les mêmes constats sont à faire : une baisse importante dans la réalisation du meilleur état de santé possible. Évitable, parce que la volonté des gouvernements ne s'y trouve souvent pas. Passer une législation est bien souvent davantage une question de politique que d'éthique. Il faut promouvoir et supporter des politiques de santé tenant compte du genre, qui engendrent de l'équité et qui concernent les droits de l'homme et les déterminants sociaux du droit à la santé au niveau national, afin d'aspirer vers une couverture universelle. Inhumaines, car de nombreux pays entretiennent des inégalités et des processus qui entraînent des violations des droits de l'homme. À ce sujet, la crise des migrants en Europe résonne comme un coup de tonnerre. Comment gérer un afflux majeur en respectant la dignité humaine ? Tel est le grand challenge d'une Europe qui se veut un modèle de libertés et de droits.

Toutes ces préoccupations peuvent paraître quelque peu idéalistes et difficiles à gérer. C'est justement cela qui prouve que nous en avons conscience, et qu'il est temps de promouvoir le droit à la santé, un droit qui garantit la pérennité de l'espèce humaine, le bien-être et la paix sociale.