



Assemblée générale

Distr. générale
23 avril 2026
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Soixante-deuxième session

15 juin-10 juillet 2026

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement**

La santé, ferment de la dignité

Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Résumé

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, s'intéresse au droit à la santé en tant que ferment de la dignité humaine tout au long de la vie.

La Rapporteuse spéciale examine le lien intrinsèque qui unit la dignité et la jouissance du droit à la santé. Elle analyse le rôle de la dignité, à la fois en tant que principe fondamental du droit à la santé et en tant que condition concrète de sa réalisation.

La Rapporteuse spéciale examine les atteintes à la dignité, notamment la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation, la contrainte, la violence et l'exclusion des processus décisionnels, qui sont toutes à l'origine d'un mauvais état de santé et touchent de manière disproportionnée les personnes, groupes et communautés qui sont systématiquement marginalisés.

La Rapporteuse spéciale replace la dignité dans le cadre normatif du droit à la santé et souligne qu'elle dépend d'autres droits de l'homme, notamment des droits à la vie, à l'égalité et à la non-discrimination, au respect de la vie privée, à l'information et au consentement éclairé, et de l'accès aux déterminants fondamentaux de la santé.

La Rapporteuse spéciale insiste sur le fait que les déterminants fondamentaux de la santé, notamment les déterminants sociaux, juridiques et commerciaux, définissent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent, et met l'accent sur les effets néfastes que les cadres juridiques répressifs et les pratiques commerciales non réglementées ont sur l'autonomie, l'accès aux soins et l'équité en matière de santé.

La Rapporteuse spéciale affirme qu'il ne peut y avoir de santé sans dignité, ni de dignité sans santé. Elle engage les États et les autres parties prenantes à placer la dignité au cœur des lois, politiques et pratiques en matière de santé publique, notamment à lever les obstacles structurels, à renforcer la participation et la reddition de comptes, à encadrer le pouvoir des acteurs non étatiques et à accorder la priorité aux personnes les plus marginalisées.



I. Introduction

1. La Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible souligne que la dignité est la valeur inhérente et égale de chaque être humain ; elle n'est fonction ni du statut social ni des réalisations personnelles, mais repose sur le simple fait d'être humain, notamment sur la capacité commune de souffrir, de dépendre de l'empathie d'autrui et de développer sa personnalité et ses projets de vie¹. Le système des droits de l'homme est fondé sur cette conception. En 1948, les États ont reconnu que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits, établissant ainsi un principe de référence universel régissant les relations entre l'individu, la communauté et l'État².

2. Le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible découle de ce principe. La Rapporteuse spéciale affirme que la réalisation du droit à la santé renforce la dignité et que la santé et la dignité se fortifient mutuellement tout au long de la vie : un traitement digne favorise le bien-être, tandis qu'une bonne santé physique et mentale permet l'autonomie, la participation et l'épanouissement au sein de sa communauté.

3. La dignité n'est pas un supplément rhétorique aux politiques de santé, mais bien une référence normative et pratique qui impose aux États de traiter les individus comme des titulaires de droits dotés d'autonomie, de répartir équitablement les ressources, de lever les obstacles structurels et de veiller à ce que les systèmes de soins respectent la diversité et la manière dont les personnes s'identifient.

4. Au début de son mandat, la Rapporteuse spéciale a fait de la dignité une priorité stratégique, la considérant comme un principe fondamental qui imprègne le droit à la santé³. Dans le cadre de ses travaux thématiques sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative, la réduction des risques, le racisme, les technologies numériques, les systèmes alimentaires, la santé mentale et les droits des personnels de santé et d'aide à la personne, elle a déterminé que les atteintes récurrentes à la dignité, notamment la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation, les traitements non consentis, les obstacles liés aux déterminants fondamentaux de la santé et la violence, étaient des causes profondes de morbidité, de mortalité et de souffrances qui pourraient être évitées⁴.

5. La Rapporteuse spéciale affirme que la vulnérabilité et la dépendance font partie intégrante de la condition humaine ; pourtant, les lois et les politiques publiques créent souvent une vulnérabilité évitable et systématique, car elles accentuent les déséquilibres de pouvoir et exposent certains groupes et certaines communautés marginalisées à des risques accrus d'atteintes à la dignité et de problèmes de santé. Elle souligne que la criminalisation, la discrimination et la stigmatisation relèguent souvent les personnes qui en sont victimes à la marge de la société, aggravent leur exclusion sociale et les privent d'un accès équitable aux services, à l'information et aux mécanismes de participation et de reddition de comptes.

6. Au-delà de l'accès aux soins de santé et des déterminants fondamentaux de la santé, le respect de la dignité et de l'équité supposent que les groupes et communautés concernés puissent participer effectivement à la conception, à l'exécution et au suivi des lois et politiques publiques. La participation est à la fois un droit et une pratique qui renforce la dignité et qui rend les politiques plus efficaces, étant donné que la prise de décisions s'appuie sur le vécu⁵.

7. La Rapporteuse spéciale estime qu'au vu des crises mondiales récentes, notamment les pandémies, les catastrophes climatiques, les conflits et les urgences humanitaires prolongées, il faut adopter des stratégies sanitaires fondées sur les droits qui répondent aux besoins immédiats, tout en mettant en place des systèmes résilients et inclusifs qui visent en

¹ Voir <https://delawarelaw.widener.edu/files/resources/dignityrightssynopsisjuly2017.pdf>.

² Déclaration universelle des droits de l'homme, préambule et art. premier ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12.

³ Voir la résolution 60/10 du Conseil des droits de l'homme et le document A/HRC/47/28.

⁴ Voir A/HRC/56/52.

⁵ Voir A/79/177.

priorité à bâtir des communautés durables. Mettre l'accent sur la dignité permet de veiller à ce que les interventions d'urgence n'enracinent pas la discrimination, la contrainte ou l'exclusion, et à ce que les investissements dans le relèvement et la reconstruction favorisent l'équité à long terme. Dans son analyse, la Rapporteuse spéciale adopte une approche intersectionnelle, s'appuyant sur des cadres antiracistes et anticolonialistes, comme elle l'a fait tout au long de son mandat.

II. Méthode

8. Le présent rapport a été établi conformément à la résolution 60/10 du Conseil des droits de l'homme et s'appuie sur les précédents rapports thématiques de la Rapporteuse spéciale, sur les travaux qu'elle a menés et sur les communications adressées à diverses parties prenantes. Il s'appuie également sur les contributions reçues dans le cadre d'un appel lancé par la Rapporteuse spéciale⁶.

9. Dans son rapport, la Rapporteuse spéciale adopte une approche fondée sur l'égalité réelle et explique que les inégalités en matière de santé résultent de l'intersection de différents phénomènes, notamment le racisme, le sexisme, le classisme, le capacitisme, la xénophobie, l'homophobie et la transphobie. Elle tient compte de la discrimination directe et indirecte, de la discrimination structurelle et concrète, et de l'effet cumulatif des stigmatisations qui se recoupent.

10. La Rapporteuse spéciale a analysé l'influence des déterminants fondamentaux de la santé sur l'exposition aux risques et les obstacles à l'accès aux soins, et s'est demandé en quoi une gouvernance et des lois, politiques et pratiques qui renforcent la dignité permettaient de favoriser l'exercice du droit à la santé et des droits connexes.

11. La Rapporteuse spéciale a fondé sa démarche sur le parcours de vie, consciente du fait que les atteintes à la dignité imputables à la santé peuvent apparaître avant même la naissance et se poursuivre tout au long de la vie, de l'enfance et l'adolescence à l'âge adulte et la vieillesse, jusqu'à la fin de vie. Elle s'est également intéressée aux effets de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation tant sur les personnes à soigner que sur les personnels de santé et d'aide à la personne, ainsi qu'aux liens entre ces dynamiques, qui portent atteinte à la dignité des personnes.

III. Cadre normatif et obligations des États

A. Cadre normatif

12. Les articles 2 (par. 2) et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaissent à toute personne le droit au meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, sans discrimination. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné que le droit à la santé devait être considéré comme permettant de vivre dans la dignité⁷.

13. La dignité est au fondement des principaux traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme⁸, car elle détermine le contenu du droit à la santé et encadre l'obligation qui incombe aux États de respecter, de protéger et de réaliser ce droit d'une manière compatible avec l'autonomie, l'égalité et la participation⁹.

14. Il ne peut y avoir de dignité sans la concrétisation d'autres droits interdépendants, notamment les droits à l'alimentation, au logement, à l'eau potable et à l'assainissement, au travail, à la sécurité sociale, à l'éducation, à la vie privée, à l'information, à la vie, à l'accès

⁶ Voir www.ohchr.org/en/calls-for-input/2026/call-input-health-enabler-dignity-hrc62-report.

⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 1, 8 à 12, 18 et 33 à 37.

⁸ Voir A/HRC/WG.11/42/1, par. 10.

⁹ Déclaration universelle des droits de l'homme, préambule et art. premier ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12.

au progrès scientifique, à l'égalité et à la non-discrimination¹⁰. La non-réalisation de ces droits se traduit souvent par des obstacles à l'accès à la santé, ce qui aggrave les atteintes à la dignité subies.

15. Le droit à la santé découle du droit à la vie, qui doit être interprété comme le droit de mener une vie digne. L'obligation qui incombe aux États de protéger la vie s'étend aux menaces raisonnablement prévisibles, y compris celles émanant d'acteurs privés, et exige des États qu'ils luttent contre la stigmatisation, la violence et les pratiques préjudiciables¹¹. Le droit à la santé est un droit global qui couvre l'accès en temps opportun à des soins de santé appropriés, notamment l'accès à des installations, des biens et des services de santé disponibles, acceptables et de qualité. Il couvre également les déterminants fondamentaux de la santé, tels qu'une alimentation et une nutrition saines et suffisantes, l'accès à un logement convenable, à l'eau potable, à l'assainissement et à des informations fiables sur la santé, et une éducation à la santé¹².

16. Garantir la dignité suppose en outre de considérer les personnes non pas comme les sujets des politiques publiques, mais comme des titulaires de droits qui prennent part à l'élaboration de ces politiques. Le droit de participer aux affaires publiques et à la prise de décisions en matière de santé renforce la légitimité et l'efficacité des systèmes de santé et réduit le risque que les politiques publiques ou les pratiques contribuent à perpétuer la stigmatisation ou à ignorer les réalités vécues¹³. La réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels et le principe de non-régression en la matière sont également essentiels pour garantir la santé et la dignité des personnes, en particulier celles issues de groupes marginalisés¹⁴.

B. Obligations des États

17. Les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme. En l'espèce, l'obligation de respecter le droit à la santé exige que l'État s'abstienne d'entraver directement ou indirectement l'exercice de ce droit, notamment qu'il n'adopte pas des lois, politiques publiques ou pratiques qui alimentent les causes évitables de morbidité et de mortalité.

18. L'obligation de respecter implique de s'abstenir d'élaborer et d'appliquer des lois, politiques et pratiques discriminatoires, et de les abroger lorsqu'elles existent. Cela implique également d'éviter toute mesure de contrainte dans le domaine des soins de santé et de protéger l'autonomie corporelle, l'obtention du consentement éclairé, la confidentialité et le respect de la vie privée.

19. Par ailleurs, l'obligation de protéger requiert des États qu'ils prennent des mesures législatives ou autres pour empêcher des tiers de s'immiscer dans l'exercice du droit à la santé. Il s'agit notamment de réglementer l'action des prestataires de soins de santé, des entreprises et des autres entités privées dont les pratiques sont susceptibles de porter atteinte à la santé et à la dignité, et de garantir que les responsabilités sont établies en cas de violation du droit à la santé.

20. L'obligation de réaliser exige des États qu'ils prennent des mesures délibérées, concrètes et ciblées, au maximum de leurs ressources disponibles, afin de garantir le droit à la santé dans le respect de la dignité humaine. Ces mesures consistent notamment à créer des environnements favorables, à s'attaquer aux déterminants fondamentaux de la santé, à fournir des services et des informations fiables et à garantir une participation effective et la reddition de comptes.

¹⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000).

¹¹ Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018) sur le droit à la vie, par. 3, 18, 21 et 26.

¹² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 1, 8 à 12, 18 et 33 à 37.

¹³ Voir [A/79/177](#).

¹⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 32 et 48.

21. La Rapporteuse spéciale souligne que, si certains aspects du droit à la santé peuvent être réalisés progressivement, les obligations de non-discrimination, d'égalité et d'accès aux services essentiels et aux protections minimales fondamentales doivent être satisfaites immédiatement. Les approches fondées sur la dignité exigent donc une action urgente lorsque les cadres juridiques, les politiques ou les pratiques sont source d'exclusion ou de préjudice¹⁵.

IV. La santé et la dignité : deux droits indissociables

A. Les dimensions du droit à la santé

22. Le droit à la santé recouvre trois dimensions étroitement liées : l'autonomie, les soins de santé et la prévention. Pour garantir la santé dans le respect de la dignité, il faut que ces trois dimensions progressent ensemble, notamment par des actions sur les déterminants fondamentaux de la santé et des mesures visant à protéger l'autonomie, l'égalité et la non-discrimination.

23. Tout d'abord, la dimension « autonomie » repose sur les droits et libertés qui protègent les personnes contre toute atteinte à leur autonomie corporelle et leur permettent de prendre des décisions responsables concernant leur santé et leur corps, sans subir de contrainte ni faire l'objet de stigmatisation ou de discrimination.

24. Deuxièmement, la dimension « soins de santé » suppose l'existence d'un système d'installations, de biens et de services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité, équitables et adaptés à la diversité des besoins, l'objectif étant de ne laisser personne de côté.

25. Troisièmement, la dimension « prévention » nécessite d'adopter des mesures visant à prévenir l'apparition et la progression des maladies et à créer les conditions permettant à chacun de mener une vie saine, notamment de s'attaquer aux déterminants sociaux, juridiques et commerciaux de la santé.

26. La dignité est à la fois une norme minimale, qui interdit la violence, la contrainte et les traitements dégradants, et une boussole, qui guide progressivement les systèmes de santé vers l'égalité réelle, l'inclusion, la participation et la non-discrimination.

27. Pour préserver la dignité, les États devraient intégrer les normes relatives aux droits de l'homme dans leur législation, leurs politiques de santé et leur réglementation, veiller à ce que la budgétisation et l'allocation des ressources accordent la priorité aux plus défavorisés, et mettre en place des mécanismes participatifs d'élaboration et de contrôle des politiques qui tiennent compte du vécu afin de garantir la reddition de comptes.

28. La dignité sauvegarde la vie privée, l'intégrité physique et l'autonomie de chacun. Elle suppose de protéger les personnes contre les traitements dégradants, les fouilles ou la surveillance intrusives ainsi que les atteintes à l'autonomie corporelle, y compris dans le contexte d'examen et de traitements médicaux¹⁶.

29. Si l'on appréhende la santé sous l'angle de la dignité, on considère que les personnes ne sont pas simplement des patients, mais des titulaires de droits qui peuvent prétendre au respect et à l'autonomie dans les décisions concernant leur corps et leur santé. Ces personnes doivent donc avoir accès à des informations claires et fiables, disposer d'un délai suffisant pour prendre une décision et avoir la possibilité de refuser ou d'interrompre un traitement sans subir de représailles ni craindre d'en subir. Il faut aussi qu'un véritable cadre de consentement soit en place et prévoient des aménagements raisonnables pour les personnes handicapées et les personnes âgées, des moyens de communication accessibles, ainsi que des dispositifs de prise de décisions accompagnée qui respectent la capacité juridique et les préférences de chacun¹⁷.

¹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009) sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, par. 8 à 10 et 18 à 27.

¹⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 8. Voir aussi [A/64/272](#).

¹⁷ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014) sur la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité et observation générale n° 5 (2017) sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société.

30. S'agissant des droits en matière de santé sexuelle et procréative, la dignité passe par le respect des choix qui concernent la procréation et la vie sexuelle et par la protection contre les restrictions juridiques punitives qui portent atteinte à l'autonomie corporelle et entraînent la stigmatisation et la discrimination. Les restrictions qui sanctionnent les femmes qui souhaitent avorter, les prestataires de services d'avortement ou ceux qui les aident peuvent pousser les femmes à recourir à des pratiques dangereuses et dissuader les différentes parties prenantes de solliciter ou de prodiguer des soins postavortement¹⁸.

31. L'incrimination des relations entre personnes du même sexe et des identités de genre différentes porte atteinte à la dignité, car elle nie la valeur intrinsèque des personnes concernées, les expose davantage à la violence et les dissuade de recourir aux services de prévention et de traitement. Garantir la dignité implique donc d'abroger les lois et mesures répressives afin de prévenir les pratiques policières discriminatoires et la violence¹⁹.

32. Lorsqu'elle s'accompagne de solides mesures de protection de la vie privée, de la confidentialité et de l'intégrité, l'innovation numérique peut contribuer à améliorer la santé, l'équité et l'inclusion. À l'inverse, lorsque les pratiques en matière de données sont intrusives et que la confidentialité n'est pas assurée, certaines personnes peuvent être stigmatisées ou traitées comme des criminelles et avoir du mal à accéder à des soins qui respectent leur dignité²⁰.

33. L'autonomie est renforcée lorsque les populations peuvent agir sur les déterminants fondamentaux de la santé, notamment lorsque les systèmes alimentaires, les politiques environnementales et les technologies de santé sont gérés de manière participative. La participation fondée sur la dignité favorise donc à la fois l'autonomie individuelle et le bien-être collectif²¹.

B. L'autonomie

34. La Rapporteuse spéciale réaffirme que, dans le domaine des soins de santé, l'autonomie corporelle et le consentement éclairé sont des pierres angulaires de la dignité²². Il est indispensable d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne avant tout traitement médical, le consentement devant reposer sur des données accessibles et fiables et s'accompagner du respect de la vie privée et de l'intégrité physique²³.

35. La réalisation du droit à la santé et l'autonomie véritable passent par l'accès en temps voulu à des informations de santé précises, accessibles et fiables. Sans informations, les personnes ne peuvent pas prendre de décisions éclairées en matière de prévention, de traitement ou de soins, ni participer efficacement à l'élaboration des politiques et à la prise de décisions dans le domaine de la santé²⁴.

36. La confidentialité dans le milieu médical est essentielle pour instaurer un climat de confiance et inciter les personnes à consulter. Si la confidentialité n'est pas assurée, les patients peuvent être exposés à la stigmatisation, à la violence et à des conséquences juridiques et des obstacles systémiques peuvent empêcher les groupes marginalisés, notamment les personnes vivant avec le VIH, les migrants, les adolescents, les personnes âgées, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues, d'avoir accès aux soins²⁵.

37. Les restrictions à la confidentialité doivent être exceptionnelles, strictement encadrées et assorties de garanties procédurales afin d'empêcher toute application arbitraire. Les obligations de déclaration et les pratiques de partage des données qui dissuadent les personnes de se faire soigner peuvent nuire à la fois à la santé et à la dignité.

¹⁸ Voir [A/76/172](#).

¹⁹ Ibid.

²⁰ Voir [A/HRC/53/65](#).

²¹ Voir [A/79/177](#).

²² Voir [A/64/272](#).

²³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 7 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 8,

²⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 12 b) iv) et c).

²⁵ Ibid.

38. Les mesures de protection de la vie privée doivent être adaptées aux nouvelles difficultés que posent la santé numérique et le partage d'informations. De même, les pratiques intrusives en matière de données peuvent porter atteinte à la dignité et dissuader les personnes de recourir aux soins, en particulier lorsque ces données sont susceptibles d'être utilisées pour incriminer la personne ou la stigmatiser en raison de son identité ou de ses choix en matière de santé²⁶.

39. La Rapporteuse spéciale souligne qu'une gouvernance des données fondée sur la dignité suppose des garanties solides en matière d'intégrité, de sécurité et de confidentialité des données, notamment des mesures de protection contre la surveillance et le profilage qui touchent de manière disproportionnée les groupes marginalisés, ainsi que des voies de recours accessibles en cas d'utilisation abusive des informations médicales personnelles²⁷.

C. L'égalité et la non-discrimination

40. L'égalité et la non-discrimination sont des obligations qui doivent être satisfaites immédiatement²⁸. La discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, que cette discrimination soit fondée sur la race, la couleur de peau, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, a pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé²⁹.

41. La discrimination directe désigne les actes ou omissions par lesquels des personnes sont traitées de manière moins favorable pour des motifs interdits, notamment la race, le sexe, le handicap, l'état de santé, la situation économique et sociale, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

42. La discrimination indirecte désigne les lois, politiques ou pratiques apparemment neutres mais qui ont des effets disproportionnés et défavorables sur des groupes protégés ; on peut par exemple citer les exigences relatives aux documents à présenter qui empêchent les migrants, les sans-abri ou d'autres personnes d'avoir accès aux soins.

43. Les États qui adoptent des approches fondées sur la dignité doivent identifier et éliminer ces deux formes de discrimination, notamment par des mesures concrètes destinées en priorité aux personnes les plus défavorisées. Ils doivent notamment modifier les cadres juridiques à l'origine de la stigmatisation et de la marginalisation et offrir des services adaptés à la culture des personnes concernées³⁰.

44. La non-discrimination exige de prendre en compte non seulement l'égalité formelle, mais aussi les conséquences concrètes des formes croisées d'oppression. Lorsque la stigmatisation est intersectionnelle – par exemple qu'elle est imputable à l'origine ethnique, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et à l'état de santé –, les obstacles à l'accès aux soins peuvent s'aggraver et nécessiter des réponses adaptées et participatives.

D. Les déterminants fondamentaux de la santé

45. La Rapporteuse spéciale souligne que l'état de santé dépend non seulement de facteurs biologiques et du comportement individuel, mais aussi des conditions et de l'environnement dans lesquels les personnes naissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent. Garantir la dignité exige donc de prêter attention, au-delà du simple accès aux soins, aux déterminants fondamentaux de la santé³¹.

²⁶ Voir [A/HRC/53/65](#).

²⁷ Ibid.

²⁸ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2 (par. 2).

²⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 18.

³⁰ Ibid., par. 8 à 10 et 18 à 27.

³¹ Voir www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health et www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health.

46. Les déterminants sociaux de la santé – tels que le revenu, le logement, l'éducation, l'emploi, la sécurité alimentaire et l'exposition à la violence – sont façonnés par la discrimination, l'exclusion et la stigmatisation, tant passées que présentes. Lorsque ces déterminants s'accompagnent d'obstacles systémiques, ils engendrent des inégalités de santé qui pourraient être évitées et empêchent les personnes de mener une vie digne³².

47. La stigmatisation est un déterminant de la santé non négligeable, car elle engendre l'exclusion sociale et un traitement discriminatoire. La Rapporteuse spéciale rappelle que les déterminants structurels, notamment le racisme et d'autres formes croisées de discrimination, peuvent entraîner des retards de diagnostic, des expériences thérapeutiques insatisfaisantes, une mauvaise prise en charge de la douleur et un refus de recourir aux services, ce qui aggrave l'état de santé général³³.

48. La stigmatisation nuit également à la santé mentale. La discrimination subie dans les structures de santé mentale ou la stigmatisation sociale peuvent dissuader les personnes de demander de l'aide, accroître le recours à des mesures institutionnelles de contrainte et renforcer la distance sociale et la dévalorisation. À l'inverse, les services de proximité et les mesures de protection contre la contrainte constituent des éléments essentiels d'une politique de santé mentale fondée sur la dignité.

49. Les déterminants juridiques de la santé comprennent les lois, politiques publiques et pratiques qui enracinent la stigmatisation et conditionnent l'accès aux services. Les cadres excessivement répressifs qui criminalisent certains comportements ou certaines identités ou maladies peuvent faire obstacle à la prévention, au diagnostic et au traitement, et accroître l'exposition à la violence, au harcèlement et à des mesures arbitraires³⁴.

50. Des patients peuvent éviter de s'adresser à des professionnels de santé, de peur d'être sanctionnés, arrêtés, placés en détention ou expulsés ou par crainte qu'on leur retire leurs enfants. Cette peur d'être traité comme un criminel sape la confiance dans le système de santé et a des répercussions sur le recours aux soins pour les affections aiguës, la prise en charge des maladies chroniques et la prévention.

51. Dans certains contextes, les politiques anti-immigration, le racisme ou le profilage racial ont pour conséquence de restreindre l'accès aux services de santé ou de contraindre injustement les personnels de santé et d'aide à la personne à effectuer certains signalements, ce qui dissuade les personnes concernées de se faire soigner et les oblige à choisir entre leur santé et leur sécurité. La Rapporteuse spéciale alerte sur le fait que les dispositions obligeant les soignants à transmettre certaines informations aux forces de l'ordre peuvent porter atteinte à la confidentialité et éroder la confiance qui est essentielle à la relation entre le patient et le professionnel de santé.

52. Les déterminants commerciaux de la santé portent eux aussi atteinte à la dignité. Lorsque des pratiques ou produits nocifs, tels que le tabac, l'alcool ou des aliments mauvais pour la santé, ne sont pas ou pas suffisamment réglementés, les entreprises peuvent mener des campagnes de publicité agressives tout en faisant pression contre les mesures de protection, ce qui aggrave les inégalités et limite les choix réels, et a un effet néfaste sur les groupes marginalisés, notamment les personnes pauvres et les jeunes³⁵.

53. Le marketing des produits alimentaires et des boissons – en particulier lorsqu'il est trompeur ou ciblé sur Internet – peut porter atteinte à l'autonomie, car les tactiques abusives qui privilégient le profit au détriment du bien-être viennent influencer les préférences et l'exposition aux produits. La Rapporteuse spéciale souligne que gouverner en tenant compte de la dignité suppose de remédier aux conflits d'intérêts et de veiller à ce que les politiques de santé publique reposent sur des données factuelles et non sur l'intérêt des entreprises.

54. Garantir la dignité suppose en outre de faire évoluer les situations qui engendrent et perpétuent les privilèges et l'oppression, notamment de mettre un terme à l'incrimination, de

³² Ibid.

³³ Voir [A/76/172](#).

³⁴ Voir [A/HRC/56/52](#).

³⁵ Voir [A/78/175](#).

réglementer l'action des acteurs du secteur privé, de renforcer la protection sociale et de garantir la participation des populations concernées à la prise de décisions.

55. Dans les situations d'urgence et de pénurie de ressources, des critères de triage discriminatoires reposant sur la qualité de vie présumée ou sur des prévisions de survie à long terme liées au handicap ou à l'âge peuvent conduire à la dévalorisation de certaines vies. Pour assurer la dignité, il faut que les critères cliniques ne reposent sur aucune hypothèse discriminatoire et que les mesures de protection garantissent un accès égal aux infrastructures, aux soins, aux produits de première nécessité et aux services.

E. Des services de santé et des soins respectueux de la dignité

56. Pour être dignes, les soins de santé doivent être disponibles, accessibles, abordables, de qualité, adaptés à la culture et non discriminatoires. Il faut aussi que les systèmes plus globaux tiennent compte de la diversité et préviennent la violence, la contrainte et les traitements stigmatisants.

57. Dans la pratique, les établissements de santé peuvent être des lieux de déshumanisation et d'exclusion. Les actes de discrimination, de stigmatisation et de racisme que les communautés marginalisées sont susceptibles de subir au sein du système de santé peuvent les pousser à éviter toute prise en charge, conduire à une détérioration de leur état de santé³⁶ et compliquer leurs relations avec les personnels de santé et d'aide à la personne.

58. La Rapporteuse spéciale rappelle que les systèmes de santé qui ne respectent pas l'identité de genre telle que définie par la personne concernée, qui négligent les savoirs autochtones ou qui sont fondés sur le placement en institution des personnes ayant un handicap psychosocial peuvent porter atteinte à la dignité des personnes en les privant de leur autonomie et de leur sentiment d'appartenance. Les services axés sur la dignité doivent tenir compte des savoirs interculturels et autochtones et reposer sur une communication respectueuse et la promotion de la prise en charge communautaire.

59. La criminalisation et les politiques répressives peuvent aggraver l'exclusion de certaines personnes du système de soins. Les travailleurs du sexe peuvent renoncer à se faire soigner par crainte de subir des représailles ou d'avoir affaire à la justice pénale ; les consommateurs de drogues peuvent éviter de se faire soigner par crainte d'être sanctionnés ; les femmes qui souhaitent avorter peuvent recourir à des pratiques dangereuses pour éviter d'être repérées, ce qui retarde la prise en charge en cas de complications³⁷.

60. La dignité dans la prise en charge passe par un respect strict de la confidentialité et du secret professionnel, notamment pour garantir l'accès aux soins en cas d'urgences obstétricales ou d'avortement, et pour éviter que les mesures de contrôle migratoire dissuadent les personnes de se faire soigner³⁸.

61. Les soins palliatifs constituent un élément essentiel d'une vie en bonne santé et dans la dignité. Le renforcement des soins palliatifs permet aux patients d'atténuer les douleurs et les souffrances évitables et de faire des choix éclairés quant à l'acceptation, au refus ou à l'arrêt d'un traitement, notamment grâce à la mise en place de services adaptés à la culture et à la communication d'informations claires³⁹.

62. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il ne peut y avoir de soins de santé dignes si la dignité des personnels de santé et d'aide à la personne n'est pas assurée. Pour pouvoir prodiguer des soins dans le respect des droits et agir en tant que défenseurs du droit à la santé, ces professionnels doivent pouvoir travailler en toute sécurité, être protégés contre la violence, disposer de ressources suffisantes et participer aux processus décisionnels⁴⁰.

³⁶ Voir [A/77/197](#).

³⁷ Voir [A/HRC/56/52](#).

³⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 12 b) iv) et c).

³⁹ Voir www.who.int/health-topics/palliative-care, et la résolution WHA67.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

⁴⁰ Voir <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

63. Les formations dispensées au personnel devraient porter sur les droits de l'homme, la non-discrimination et la sécurité culturelle et les politiques relatives aux professions médicales devraient remédier aux inégalités structurelles qui touchent les professionnels de santé, notamment le racisme, la discrimination fondée sur le genre et la précarité de l'emploi.

64. Les mesures suivantes permettent d'offrir des soins dignes et de qualité : fournir des soins de maternité respectueux, prévenir la violence obstétricale, protéger les patients contre la contrainte et la négligence et permettre une prise de décisions éclairée tout au long de la vie.

65. La Rapporteuse spéciale attire l'attention sur le fait que les systèmes de santé devraient se préparer aux situations d'urgence ou de manque de ressources afin de ne pas adopter des pratiques discriminatoires le jour où ces situations surviennent. Elle souligne que les protocoles et les directives de triage doivent être conçus de manière à respecter l'égalité et à éviter que les décisions soient implicitement ou explicitement fondées sur des motifs interdits tels que le handicap ou l'âge.

66. Lorsque les services ne sont pas adaptés à la culture du patient, en particulier lorsqu'il s'agit de peuples autochtones et de groupes minoritaires, le respect de la dignité impose d'adapter ces services, de proposer un interprète si nécessaire et de prendre en compte les connaissances et les préférences de la communauté.

67. Les soins de santé sont plus dignes lorsqu'ils sont communautaires, que le placement non nécessaire est réduit et que les services sociaux – tels que le logement, l'aide au revenu et l'aide juridique, qui s'attaquent aux déterminants de la santé et tiennent compte de la marginalisation et de l'exclusion historiques – sont intégrés dans la prestation des soins.

F. Prévenir les préjudices grâce à des environnements porteurs

68. Les politiques de santé préventives sont respectueuses de la dignité lorsqu'elles élargissent les choix plutôt qu'elles ne les restreignent.

69. Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Ces libertés comprennent le droit d'exercer un contrôle sur sa santé, y compris le droit de ne pas subir de traitements médicaux ou d'expérimentations sans son consentement. Quant aux droits, il s'agit notamment du droit d'accéder à un système de protection de la santé (soins de santé et déterminants sociaux de la santé) qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

70. Pour que la dignité soit garantie, il faut que les déterminants fondamentaux de la santé soient répartis équitablement, notamment que chacun ait accès à une alimentation adéquate et nutritive, à l'éducation et à la protection sociale, et à des informations fiables. Pour prévenir les problèmes de santé, il faut s'attaquer aux facteurs qui rendent les gens malades et promouvoir ceux qui leur permettent d'être en bonne santé.

71. La crise climatique a elle aussi des conséquences néfastes sur la dignité humaine et la sécurité. Parmi ses répercussions sur les personnes et l'environnement, on peut citer la perte de terres et de logements, la baisse de la quantité et de la qualité de la production alimentaire, l'insécurité alimentaire et la malnutrition, ainsi que les déplacements forcés.

72. Les systèmes alimentaires qui sont mondialisés et servent les intérêts de grandes entreprises puissantes peuvent venir supplanter les régimes alimentaires traditionnels plus sains et accroître la consommation d'aliments malsains et ultra-transformés promus par un marketing agressif et parfois trompeur. À cet égard, la publicité ciblée sur Internet peut aggraver la vulnérabilité des personnes déjà défavorisées⁴¹.

73. La prévention des préjudices passe également par la lutte contre le racisme structurel et les autres formes de discrimination qui exposent plus ou moins les personnes aux risques, par exemple à la pollution de l'air et de l'eau, et qui prennent notamment la forme d'expropriations foncières, de conditions de travail dangereuses et d'un accès inégal à une alimentation nutritive et à un logement sûr.

⁴¹ Voir [A/HRC/26/31](#).

74. La Rapporteuse spéciale réaffirme que la réduction des risques est essentielle, là où les cadres répressifs aggravent les problèmes de santé. Des mesures telles que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement par agonistes opioïdes, l'analyse des substances (*drug checking*), la prévention des surdoses et le soutien social peuvent réduire les causes de morbidité et de mortalité évitables et préserver la dignité⁴².

75. La Rapporteuse spéciale souligne qu'une action de prévention effective nécessite en outre de renforcer les systèmes de protection sociale, notamment les aides au revenu, les prestations d'invalidité, l'accès aux services de garde d'enfants et les congés payés, qui peuvent réduire les risques pour la santé et favoriser une vie digne.

76. La Rapporteuse spéciale souligne également que les cadres de suivi et d'évaluation devraient permettre d'analyser l'incidence des politiques préventives sur l'équité, notamment leurs effets différenciés selon la race, le genre, le handicap, l'âge et la situation socioéconomique, et prévoir l'adoption de mesures correctives lorsque des disparités persistent.

77. La Rapporteuse spéciale insiste sur le fait que les politiques de prévention devraient tenir compte des déterminants environnementaux de la santé, notamment la pollution atmosphérique, la qualité de l'eau et la résilience climatique, étant donné leurs effets sur la santé et sur la capacité de vivre dignement. À cet égard, la prévention nécessite d'investir dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé de proximité, qui constituent le fondement d'une intervention rapide, de la continuité des soins et de l'instauration d'un climat de confiance.

V. Bonne gouvernance

78. Au-delà des lois et des politiques particulières, ce sont les structures globales de gouvernance qui encadrent les systèmes multisectoriels ayant une incidence sur la santé et la dignité. La dignité doit imprégner la gouvernance, à savoir les règles, procédures et institutions qui régissent les relations entre l'État, le secteur privé, la société civile, les communautés et les individus⁴³.

A. Participation

79. Lorsque les personnes participent véritablement à l'élaboration, à l'exécution et à l'évaluation des lois et politiques publiques qui les concernent le plus, cela renforce l'efficacité de l'action publique et valorise la dignité en tenant compte de l'expérience vécue. La participation est donc à la fois un droit intrinsèque et une condition indispensable à l'efficacité des politiques de santé.

80. La criminalisation, la discrimination et la stigmatisation dont les groupes marginalisés font l'objet peuvent conduire à leur exclusion des processus décisionnels et contribuer à perpétuer des politiques inefficaces et néfastes. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il faut lever ces obstacles pour garantir une participation inclusive et renforcer l'égalité réelle⁴⁴.

81. Pour pouvoir participer, les personnes doivent disposer d'informations fiables et de supports dans des formats accessibles et des langues qu'elles comprennent. La Rapporteuse spéciale rappelle que, dans le contexte d'attaques fondées sur la désinformation, garantir la diffusion d'informations fiables sur la santé est indispensable à l'autonomie, à la participation et à la confiance.

82. La participation requiert également de la sécurité. Pour que les communautés victimes de profilage racial, de pratiques policières répressives, de discrimination ou de violence puissent participer à la vie publique en toute sécurité, il peut être nécessaire d'adopter des protections juridiques, y compris contre les représailles, d'assurer la confidentialité et d'allouer des moyens financiers aux associations de proximité.

⁴² Voir [A/HRC/56/52](#).

⁴³ Voir [A/79/177](#).

⁴⁴ Ibid.

83. La Rapporteuse spéciale souligne que la participation devrait être garantie pendant l'intégralité du cycle décisionnel, y compris la définition des priorités, l'élaboration des politiques, leur application et leur évaluation, et ne pas se limiter à une consultation une fois que les décisions clefs ont été prises.

84. Le renforcement des capacités peut favoriser une participation effective, notamment lorsqu'il améliore l'accès aux informations techniques, à la traduction et à l'interprétation et qu'il donne aux communautés les moyens de collecter des données et d'en assurer le suivi.

85. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il importe que les personnels de santé et d'aide à la personne participent eux aussi à l'élaboration des politiques, car leur implication, en ancrant les décisions dans l'expérience du terrain, peut favoriser l'adoption et l'application de politiques équitables, concrètes et durables⁴⁵.

86. La Rapporteuse spéciale rappelle que la participation est accrue lorsque les États protègent l'espace civique et les libertés d'association, d'expression et de réunion, étant donné que ces libertés permettent de défendre la santé et la dignité.

87. Dans les situations d'urgence humanitaire, les personnes déplacées, les migrants et les communautés touchées doivent pouvoir participer à la planification des services de santé et à l'allocation des ressources, afin que les interventions ne renforcent pas l'exclusion.

88. Il convient en outre de remédier aux déséquilibres de pouvoir dans la gouvernance mondiale de la santé, notamment de veiller à ce que les pays à revenu faible ou intermédiaire et les communautés touchées aient véritablement leur mot à dire sur les priorités et le financement.

89. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il est nécessaire de s'appuyer sur des mécanismes de participation dont l'efficacité et le caractère inclusif sont évalués, notamment pour déterminer s'ils débouchent sur des changements stratégiques concrets et si les voix des personnes marginalisées sont réellement prises en compte.

90. Il importe aussi que la gouvernance de la santé numérique soit participative, notamment que les populations contribuent à la conception, à la gouvernance des données et aux mécanismes de reddition de comptes.

91. La participation doit être considérée comme une pratique continue visant à garantir la dignité dans la vie publique, plutôt que comme une étape ponctuelle du processus, et doit associer tous les titulaires de droits concernés.

B. Transparence et conflits d'intérêts

92. La Rapporteuse spéciale rappelle que les conflits d'intérêts dans la gouvernance portent atteinte à la dignité, car ils font passer les intérêts privés avant les besoins publics et sapent la confiance. Conformément à l'obligation qui leur incombe de respecter et de protéger le droit à la santé, les États doivent notamment s'abstenir de conclure des partenariats dans lesquels les intérêts privés influencent le processus décisionnel, et empêcher des tiers d'entraver la réalisation des droits de l'homme⁴⁶.

93. La transparence et l'accès à l'information sont essentiels à la participation et à la gestion des conflits d'intérêts, notamment lorsque des acteurs du secteur privé financent des études trompeuses ou des pratiques d'« écoblanchiment » qui faussent la perception qu'a le public des risques sanitaires et des actions recommandées⁴⁷.

94. Dans le secteur de la santé, la confiance passe obligatoirement par la transparence, notamment s'agissant des marchés publics, de l'allocation de ressources limitées et des données au fondement des recommandations cliniques.

⁴⁵ Voir <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

⁴⁶ Voir A/79/177.

⁴⁷ Ibid.

95. La Rapporteuse spéciale souligne qu'il importe de veiller à ce que les mécanismes de plainte soient accessibles aux groupes marginalisés et à ce que les mesures correctives comprennent à la fois des mesures de réparation pour les personnes concernées et des réformes structurelles.

96. Les institutions nationales des droits de l'homme, médiateurs et tribunaux indépendants peuvent contribuer à offrir des voies de recours et à garantir la reddition de compte à l'échelle du système, notamment en assurant un suivi des politiques et pratiques en matière de santé publique.

C. Reddition de comptes et responsabilité

97. Le principe de responsabilité suppose d'offrir des recours utiles et une réparation en cas de violation des droits et de prendre des mesures visant à empêcher que ces violations se reproduisent, notamment des mesures de suivi, de réglementation et, le cas échéant, de sanction.

98. Dans le secteur de la santé, la reddition de comptes suppose l'existence de mécanismes permettant de signaler et de traiter les cas de maltraitance, de discrimination et de violence, y compris la violence obstétricale et les atteintes commises en milieu hospitalier. Les campagnes de formation et de sensibilisation peuvent contribuer à la prévention et à la détection des violations.

99. Il convient aussi de garantir la confidentialité, afin que chacun puisse avoir accès aux soins sans craindre de sanctions. Les normes mettant l'accent sur le secret professionnel et la confidentialité peuvent jouer un rôle essentiel pour ce qui est de garantir l'accès aux soins d'urgence et d'éviter que les patients renoncent à se faire soigner⁴⁸.

100. La Rapporteuse spéciale souligne que, pour les entreprises, le principe de responsabilité couvre l'application de la réglementation, l'imposition de sanctions en cas de publicité mensongère et l'adoption de mesures visant à prévenir les préjudices causés par des pratiques et produits nocifs.

101. Dans le domaine de la santé numérique, la reddition de comptes passe par la traçabilité des systèmes, la réalisation d'études d'impact et l'adoption de mesures de protection contre les préjugés et la discrimination et de procédures claires permettant de contester l'utilisation abusive des données ou la prise de décisions automatisée⁴⁹.

102. Les dispositifs d'application du principe de responsabilité devraient prévoir la participation des communautés concernées aux procédures de contrôle, afin de garantir que le suivi tienne compte de la réalité vécue et que les mesures correctives répondent aux préjudices subis par les groupes marginalisés.

103. Dans les situations d'urgence, l'application du principe de responsabilité consiste à garantir que les mesures exceptionnelles sont limitées dans le temps, proportionnées et non discriminatoires, et que les personnes touchées ont accès à des recours en cas de préjudice.

104. La Rapporteuse spéciale souligne l'importance de la coopération internationale concernant les déterminants de la santé qui sont transfrontières, notamment les pratiques des entreprises et les chaînes d'approvisionnement mondiales, afin de garantir la reddition de compte au-delà des frontières nationales.

105. Les mécanismes de reddition de comptes devraient faire l'objet d'un réexamen et d'un renforcement périodiques, notamment afin de tenir compte des risques émergents liés aux nouvelles technologies et à l'évolution des stratégies commerciales. Ces mécanismes doivent s'accompagner de mesures de formation et d'amélioration, en tirant parti des conclusions pour réformer les politiques publiques, renforcer les services et prévenir de futures violations des droits.

⁴⁸ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Manuela et al. v. El Salvador*, arrêt du 2 novembre 2021, par. 204 à 215.

⁴⁹ Voir [A/HRC/53/65](#).

106. L'application des mesures de reddition de compte ne doit pas devenir punitive ou stigmatisante en soi et l'accent doit continuer d'être mis sur la prévention, la réparation et l'évolution structurelle.

VI. Bonnes pratiques

107. Les États et les parties prenantes ont présenté des pratiques visant à promouvoir la santé et la dignité des populations stigmatisées et exclues. Ces exemples illustrent l'intérêt concret des approches fondées sur les droits et le rôle moteur important des communautés.

108. En Australie, les mesures visant à répondre aux besoins des Aborigènes et des Insulaires du détroit de Torres tiennent compte des importantes disparités en matière de santé et de traitement que l'on constate actuellement dans le système de santé⁵⁰. Les autorités collaborent à l'échelle nationale et locale afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination associées à la santé mentale dont sont notamment victimes les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes et asexuelles, les personnes de genre variant et les personnes qui vivent avec le VIH⁵¹.

109. Dans l'État plurinational de Bolivie, le Plan plurinational de santé mentale (2026-2030) combat la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'usage de drogues, et la législation nationale prévoit la prise en charge dans des centres de proximité dans lesquels le patient ne perd ni ses liens sociaux ni son autonomie⁵².

110. À Cuba, le Plan national 2019-2023 relatif aux infections sexuellement transmissibles, au VIH et aux hépatites et aux mesures connexes mettait l'accent sur la réduction de la stigmatisation, notamment par des interventions au niveau des prestataires de soins de santé primaires et des populations clefs⁵³.

111. La République dominicaine a adopté une loi et des plans nationaux visant à éliminer ou à réduire la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation, notamment en ce qui concerne le VIH⁵⁴.

112. Au Mexique, dans le cadre de son Programme institutionnel 2025-2030 en faveur du bien-être, l'Institut de sécurité sociale s'est fixé comme priorité de réduire les inégalités d'accès aux soins de santé, notamment au moyen d'une approche communautaire et interculturelle⁵⁵.

113. Au Maroc, la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé place le respect et la dignité humaine au cœur des soins. Elle consacre notamment la protection de l'intégrité physique et morale des personnes, le droit des patients d'accéder aux informations relatives à leur état de santé, ainsi que la lutte contre toute forme de discrimination ou de stigmatisation fondée sur l'état de santé ou le handicap⁵⁶.

114. Le Portugal a pris des mesures pour lutter contre la stigmatisation à laquelle se heurtent les personnes qui vivent avec le VIH et le sida et éliminer les difficultés que celles-ci ont à accéder aux soins de santé ; il a notamment créé le Centre de lutte contre la discrimination liée au VIH et au sida, qui offre des services de conseil et d'assistance juridique aux personnes vivant avec le VIH qui sont victimes de discrimination ou de violations de leurs droits⁵⁷.

⁵⁰ Contribution de l'Australie.

⁵¹ Ibid.

⁵² Contribution de l'État plurinational de Bolivie.

⁵³ Contribution de 4Métrica et de Civil Rights Defenders (Cuba).

⁵⁴ Contribution de la République dominicaine.

⁵⁵ Contribution du Mexique.

⁵⁶ Contribution du Maroc.

⁵⁷ Contribution du Portugal.

115. La législation espagnole place la dignité humaine au cœur du système de santé, et elle est complétée par des politiques publiques visant à éliminer la stigmatisation et les inégalités dont sont victimes certains groupes. Divers plans de lutte contre la discrimination structurelle, qui traitent notamment de la réduction des risques, de la santé mentale et de la situation des personnes touchées par le VIH, ont été adoptés⁵⁸.

116. En Türkiye, la feuille de route 2025-2030 pour la lutte contre le VIH/sida compte, parmi ses objectifs, la prévention de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des atteintes à la confidentialité, grâce à des activités de sensibilisation⁵⁹.

117. Au niveau régional, la Cour européenne des droits de l'homme a rendu des arrêts concernant des procédures de reconnaissance juridique de l'identité de genre qui enfreignaient la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme) et a traité de plusieurs affaires qui portaient sur les soins de santé spécifiques aux personnes transgenres, y compris pour les personnes privées de liberté. Par ailleurs, un organe du Conseil de l'Europe chargé des droits des personnes intersexes fait de l'autonomie un prérequis pour toute intervention médicale⁶⁰.

118. Les modèles de soins communautaires entendent axer la prestation de services sur des approches fondées sur les relations interpersonnelles et la culture, notamment des approches dans lesquelles les patients sont des « acteurs » ou des « partenaires » des soins, renversant ainsi les dynamiques paternalistes.

119. En Espagne, la loi n° 8/2021, qui porte modification de la législation civile et procédurale afin d'aider les personnes handicapées à exercer leur capacité juridique, a pour objectif de réduire les pratiques paternalistes dans le secteur de la santé et d'aider les personnes handicapées à jouir de leur autonomie⁶¹.

120. Au niveau régional, quatorze pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont mis en place un mécanisme communautaire pour contrôler et combattre la stigmatisation et la discrimination, qui constituent des obstacles structurels majeurs à l'accès des populations marginalisées et des populations clefs aux services⁶².

121. Certains États ont indiqué avoir adopté des mesures, notamment des formations, des normes professionnelles et des mécanismes de plainte, visant à réduire la stigmatisation, le racisme et la discrimination dans les services de santé.

122. En Australie, les orientations données à l'Autorité des professions de santé et aux Conseils nationaux visent à améliorer la manière dont les prestataires de soins réagissent face au racisme et à la discrimination ; ces prestataires doivent d'ailleurs suivre des formations qui promeuvent la lutte contre le racisme dans le secteur de la santé⁶³.

123. Dans l'État plurinational de Bolivie, le Médiateur pour la santé mène des enquêtes indépendantes sur les plaintes pour discrimination ou insultes déposées par des patients et prononce des sanctions administratives⁶⁴.

124. La Tchéquie a pris plusieurs mesures de prévention visant à réduire la transmission du VIH, à savoir le dépistage anonyme et gratuit accompagné de services de conseil, l'organisation d'activités de sensibilisation à la santé sexuelle et l'accès à la prophylaxie préexposition pour les personnes de moins de 26 ans et les groupes à haut risque⁶⁵.

⁵⁸ Contribution de l'Espagne.

⁵⁹ Contribution de la Türkiye.

⁶⁰ Contribution du Conseil de l'Europe.

⁶¹ Contribution de l'Espagne.

⁶² Contribution de l'Alliance for Public Health (Ukraine).

⁶³ Contribution de l'Australie.

⁶⁴ Contribution de l'État plurinational de Bolivie.

⁶⁵ Contribution de la Tchéquie.

125. En République dominicaine, le Conseil national pour le VIH/sida assure le suivi des cas de violation des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et vient en aide aux victimes, en coordination avec l'Observatoire des droits de l'homme⁶⁶.

126. En El Salvador, la formation des professionnels de santé est axée sur les droits de l'homme, l'humanisation des soins et la prise en charge des populations vulnérables. Par ailleurs, l'adoption et l'application du protocole pour l'humanisation des soins au sein des établissements dépendant du Ministère de la santé s'accompagnent d'un plan national axé sur le traitement digne du patient⁶⁷.

127. Au Luxembourg, des mesures non répressives de lutte contre la stigmatisation et certains comportements liés à la santé ont été prises, notamment dans le cadre de la réduction des risques et de la dépénalisation du travail du sexe. Des réformes et des campagnes ont également été menées afin de lutter contre la stigmatisation liée, respectivement, aux soins de santé mentale et au VIH/sida. La loi de 2014 relative aux droits des patients vise à garantir la dignité, l'obtention du consentement éclairé, l'égalité d'accès aux soins ainsi que la médiation en cas de conflit. Pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les groupes marginalisés, le Luxembourg a notamment pris les mesures suivantes : dispenser aux prestataires de soins des formations sur la prise en charge respectueuse, culturellement adaptée, exempte de tout préjugé et tenant compte des traumatismes, en particulier pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes et asexuelles et les personnes de genre variant ; créer des mécanismes de reddition de comptes et de plainte ; garantir la mobilisation de la population et la participation des pairs ; et adapter les services aux besoins des groupes marginalisés⁶⁸.

128. Au Mexique, la formation obligatoire destinée aux soignants et dispensée par l'Institut de sécurité sociale met l'accent sur les droits de l'homme et vise à garantir la prise en compte des questions de genre et de l'interculturalité ainsi qu'un traitement digne. En ce qui concerne les mécanismes de plainte, la Commission nationale de règlement des litiges médicaux reçoit les plaintes et facilite la conciliation et le règlement des différends⁶⁹.

129. Plusieurs États ont fait état de réformes législatives ou de politiques publiques visant à renforcer l'autonomie dans le domaine des soins de santé, notamment de mesures visant à garantir l'obtention du consentement éclairé, à réglementer la confidentialité et à encourager les soins de santé mentale de proximité ainsi que la désinstitutionnalisation⁷⁰.

130. La réglementation de l'État plurinational de Bolivie vise à garantir que les groupes marginalisés participent activement à la supervision du système de santé. Par ailleurs, la loi de 2026 sur la décentralisation des ressources sanitaires permet aux autorités locales de gérer les fonds destinés à la prévention. En outre, conformément aux directives du Ministère de la santé et des sports, le personnel de santé doit veiller à ce que le traitement soit expliqué au patient dans sa propre langue et d'une manière adaptée à son système de valeurs. Dans le cadre de la prise en charge culturellement adaptée de l'accouchement, les hôpitaux de niveau tertiaire disposent de salles où les femmes enceintes peuvent choisir la position dans laquelle elles souhaitent accoucher et être accompagnées par des sages-femmes traditionnelles⁷¹.

131. En Bosnie-Herzégovine, la loi sur l'interdiction de la discrimination interdit toute discrimination fondée sur l'état de santé, le handicap, le genre et d'autres caractéristiques personnelles. Le Gouvernement a mentionné des programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs des drogues, des formations sur les droits des patients et le lancement d'une campagne de sensibilisation visant à lutter contre la stigmatisation des troubles de santé mentale. Au niveau des établissements, les lois et réglementations relatives aux droits des patients visent à garantir le droit au consentement éclairé, au respect de la vie privée et à la confidentialité des données de santé, ainsi que le droit de refuser un traitement

⁶⁶ Contribution de la République dominicaine.

⁶⁷ Contribution d'El Salvador.

⁶⁸ Contribution du Luxembourg.

⁶⁹ Contribution du Mexique.

⁷⁰ Voir aussi Comité des droits des personnes handicapées, observations générales n° 1 (2014) et n° 5 (2017).

⁷¹ Contribution de l'État plurinational de Bolivie.

médical. Elles accordent aussi une attention particulière à la protection des enfants, des personnes handicapées et des personnes placées dans des établissements de santé et d'aide sociale, l'objectif étant de réduire les déséquilibres de pouvoir entre les bénéficiaires et les prestataires de soins⁷².

132. El Salvador élabore actuellement une stratégie nationale de lutte contre le VIH qui devrait garantir que les dépistages sont effectués dans le respect de la confidentialité, avec bienveillance et sans stigmatisation⁷³.

133. Au Luxembourg, le cadre juridique national, notamment la loi relative aux droits des patients et les stratégies de santé publique, vise à lutter contre la discrimination, à assurer un traitement digne et à garantir l'obtention du consentement éclairé, l'accès au dossier médical, le libre choix du prestataire de soins et le droit de refuser un traitement⁷⁴.

134. Au Mexique, la loi générale sur la santé a été modifiée en janvier 2026 afin qu'elle couvre aussi la santé numérique, la réglementation de l'échange d'informations et la protection des données personnelles⁷⁵.

135. Au Maroc, la collecte, le traitement et la conservation des données personnelles sont réglementés, notamment en ce qui concerne la confidentialité, la finalité et la sécurité. L'objectif est de prévenir l'utilisation abusive des informations médicales, de réduire les risques de stigmatisation et de rétablir la confiance des patients dans le système de santé⁷⁶.

136. En 2024, la Norvège a publié des orientations sur la prévention de la consommation de substances psychoactives, la réduction des risques et les traitements associés ; ces orientations, qui mettent en avant le droit à la dignité des personnes présentant des troubles liés à l'usage de substances, servent de cadre général à l'action nationale en matière de substances psychoactives. Les recommandations professionnelles nationales relatives à la prévention de la contrainte dans les soins de santé mentale destinés aux adultes ont notamment pour objectif de réduire le recours à la contrainte grâce à une meilleure collaboration entre les services municipaux et les établissements de santé spécialisés, d'améliorer la prise en charge précoce afin d'éviter les hospitalisations sans consentement et d'améliorer les approches thérapeutiques en mettant notamment l'accent sur la participation et l'éducation du patient⁷⁷.

137. L'Espagne encourage la mise en place de services de proximité accessibles et de solutions de remplacement à l'hospitalisation, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. En matière de santé mentale, un Plan d'action national favorise, entre autres, les initiatives qui permettent d'éviter l'hospitalisation et visent à réduire le recours à la contrainte, ainsi que l'adoption de programmes communautaires axés sur la santé mentale des groupes vulnérables⁷⁸.

138. On peut aussi citer à titre d'exemple les chartes du patient, qui garantissent la dignité en consacrant les droits à l'information, au consentement, au respect de la vie privée et à l'accès au dossier médical, ainsi que les protocoles qui favorisent l'accès aux soins des groupes marginalisés, sans discrimination.

139. Au Luxembourg, la législation nationale permet aux patients de décider quels professionnels peuvent accéder à quelles parties de leur dossier médical, ce qui renforce la confiance et leur autonomie⁷⁹.

140. Plusieurs États ont pris des mesures visant à garantir l'accès aux soins d'affirmation de genre et à mettre fin à la pathologisation de la diversité de genre, et ont déployé des efforts pour prévenir les pratiques préjudiciables dites de « conversion ».

⁷² Contribution de la Bosnie-Herzégovine.

⁷³ Contribution d'El Salvador.

⁷⁴ Contribution du Luxembourg.

⁷⁵ Contribution du Mexique.

⁷⁶ Contribution du Maroc.

⁷⁷ Contribution de la Norvège.

⁷⁸ Contribution de l'Espagne.

⁷⁹ Contribution du Luxembourg.

141. En Australie, le Conseil national de la santé et de la recherche médicale a été chargé d'élaborer de nouvelles recommandations nationales pour la prise en charge clinique des personnes transgenres et de genre variant âgées de moins de 18 ans et souffrant de dysphorie de genre⁸⁰.

142. En République plurinationale de Bolivie, le Protocole national de prise en charge globale des personnes de genre variant, loin d'adopter une approche pathologisante, met l'accent sur un accompagnement médical complet et sur l'accès gratuit à des hormonothérapies de transition sous surveillance médicale⁸¹.

143. Le Luxembourg a pris des mesures légales et stratégiques et a mis en place des services dans le but d'améliorer la santé et la dignité des personnes de genre variant⁸².

144. Au Mexique, un protocole garantit aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes et asexuelles et aux autres personnes de genre variant un accès non discriminatoire aux services de soins de santé, ce qui favorise le respect de l'identité de genre déclarée par la personne concernée. Un autre protocole vise à promouvoir la formation du personnel, la mise à jour des dossiers médicaux afin de respecter l'identité de genre, ainsi que la prise en charge globale de la santé sexuelle, procréative et mentale⁸³.

145. En Norvège, les personnes âgées de plus de 16 ans qui souhaitent changer de genre ne sont plus tenues de suivre un traitement médical, et chacun a le droit de changer de genre en fonction de son propre ressenti⁸⁴.

146. Le Portugal a pris des mesures législatives pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les pratiques préjudiciables liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre ; il a notamment modifié la législation afin d'interdire les « pratiques de conversion » et d'incriminer les actes visant à influencer, limiter ou réprimer l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression de genre d'une personne. La loi modifiée prévoit notamment des campagnes visant à sensibiliser les parents, les familles et la population en général à l'inefficacité des pratiques de conversion et à leurs conséquences néfastes⁸⁵.

147. En Espagne, la loi n° 4/2023 vise à garantir l'accès sans discrimination aux services de santé et à mettre fin à la pathologisation des identités de genre variantes ; depuis 2025, la prise en charge des personnes transgenres ou de genre variant fait partie des procédures nécessitant l'intervention d'un spécialiste dans les centres, les services et les unités de référence⁸⁶.

148. On peut aussi citer des mesures visant à étendre l'assurance maladie aux personnes vivant avec le VIH, des campagnes de lutte contre la stigmatisation axées sur les comportements des soignants, ainsi que des services adaptés et centrés sur l'usager.

149. En République dominicaine, une Stratégie interinstitutionnelle de protection sociale a permis d'intégrer 34 000 personnes vivant avec le VIH dans le régime subventionné de l'assurance maladie en décembre 2025⁸⁷.

150. Des solutions en ligne ont permis d'élargir l'accès aux soins tout en préservant la vie privée, notamment la commande confidentielle de kits d'autotest du VIH et l'orientation facultative vers des services de prévention et de traitement.

151. Certains États ont fait état de mesures réglementant l'objection de conscience dans le domaine des services de santé procréative afin d'éviter tout refus d'accès, ainsi que de réformes législatives précisant les responsabilités en matière de prestation de services.

⁸⁰ Contribution de l'Australie.

⁸¹ Contribution de l'État plurinational de Bolivie.

⁸² Contribution du Luxembourg.

⁸³ Contribution du Mexique.

⁸⁴ Contribution de la Norvège.

⁸⁵ Contribution du Portugal.

⁸⁶ Contribution de l'Espagne.

⁸⁷ Contribution de la République dominicaine.

152. En Espagne, la réglementation de l'objection de conscience et la création d'un registre des professionnels objecteurs sont des outils importants pour éviter que l'objection collective restreigne le droit à l'avortement⁸⁸.

153. Parmi les initiatives portées à la connaissance de la Rapporteuse spéciale figuraient aussi des unités de santé mobiles destinées à desservir les communautés rurales et isolées, ainsi que des cadres juridiques visant à réglementer les services de santé numériques et les systèmes d'information.

154. Afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et de les éliminer, la Bosnie-Herzégovine met en place des services de santé mobiles et de proximité, notamment dans les zones rurales et isolées, et forme les professionnels de santé à l'accompagnement des groupes marginalisés et vulnérables⁸⁹.

155. En El Salvador, la création de services de santé mentale dans les établissements de santé primaires, avec la possibilité de réaliser des consultations de psychothérapie via une plateforme en ligne, contribue à lever les obstacles géographiques⁹⁰.

156. Ces exemples montrent qu'en adoptant des protections juridiques, en mobilisant les populations locales et en menant des réformes de la gouvernance qui transfèrent le pouvoir aux communautés concernées et aux titulaires de droits, il est possible de garantir un traitement digne.

157. Certains États ont dit avoir pris des mesures pour que les communautés marginalisées soient effectivement associées à la conception, à l'application et à l'évaluation des politiques et des programmes de santé qui les concernent et qu'elles soient consultées dans ce contexte.

158. L'Australie a informé la Rapporteuse spéciale que la troisième édition des Normes nationales de sécurité et de qualité des services de santé était en cours d'élaboration en consultation avec les peuples autochtones et insulaires du détroit de Torres, les personnes ayant un handicap intellectuel ainsi que les membres de leur famille et leurs aidants, les personnes victimes de marginalisation culturelle ou raciale, et les personnes vivant dans des zones rurales et isolées. Des efforts sont aussi déployés pour mener des consultations auprès d'autres parties prenantes, notamment les associations de femmes, les organisations représentant les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes ou asexuelles et les personnes de genre variant, les défenseurs des droits des personnes handicapées, les personnes ayant eu des troubles de santé mentale et/ou des tendances suicidaires, ainsi que les membres de leur famille⁹¹.

159. L'État plurinational de Bolivie a indiqué que, dans le cadre des Conseils sociaux de la santé, des représentants des travailleurs du sexe, des migrants, des personnes vivant avec le VIH et des peuples autochtones évaluaient la réalisation des objectifs de santé dans leurs régions respectives, veillant ainsi à ce que les programmes soient adaptés à aux besoins particuliers⁹².

160. La République dominicaine et El Salvador ont fait savoir à la Rapporteuse spéciale que les communautés marginalisées, en particulier les populations touchées par le VIH, avaient été prises en compte dans l'élaboration des stratégies et plans nationaux⁹³.

161. Le Mexique a indiqué que le Conseil national de prévention de la discrimination encourageait la participation active des populations, au moyen d'espaces de dialogue et de consultations avec les organisations de la société civile, et qu'il formulait des recommandations sur la base des informations recueillies, notamment par les mécanismes de plainte et dans le cadre d'études, de diagnostics et de témoignages. Le Conseil a également mis au point des stratégies visant à favoriser la participation directe des populations⁹⁴.

⁸⁸ Contribution de l'Espagne.

⁸⁹ Contribution de la Bosnie-Herzégovine.

⁹⁰ Contribution d'El Salvador.

⁹¹ Contribution de l'Australie.

⁹² Contribution de l'État plurinational de Bolivie.

⁹³ Contributions de la République dominicaine et d'El Salvador.

⁹⁴ Contribution du Mexique.

162. Des contributeurs ont aussi donné des exemples illustrant comment l'action en faveur d'un accès équitable à l'éducation et à l'information en matière de santé permettait de réduire les inégalités et de renforcer le système de santé.

163. L'Australie a lancé une campagne d'informations sur la mise au point, la sécurité et l'efficacité des vaccins qui visait à répondre aux préoccupations de la population concernant la vaccination contre le coronavirus⁹⁵.

164. Au Luxembourg, les communautés marginalisées sont de plus en plus associées à la conception, à l'application et à l'évaluation des politiques de santé, principalement au moyen de consultations avec la société civile⁹⁶. Les établissements scolaires dispensent également un programme complet et adapté à l'âge des élèves sur la nutrition, la santé mentale, la santé sexuelle et procréative ainsi que sur la prévention de la consommation de substances psychoactives⁹⁷.

165. Afin de combler les lacunes, le Mexique a adopté des politiques et programmes visant à garantir l'accès à l'éducation et à l'information en matière de santé, l'accent étant mis sur l'égalité et le renforcement du système de santé, notamment pour les populations rurales et les groupes marginalisés des zones urbaines⁹⁸.

166. L'Espagne a indiqué que le Réseau des écoles de santé publique, qui regroupe les écoles de santé de toutes les communautés autonomes du pays, favorisait l'autonomisation des patients. En ce qui concerne la santé sexuelle et le VIH, le pays a indiqué que les campagnes et les supports d'information ciblés avaient permis d'améliorer les connaissances en matière de santé au sein des groupes vulnérables⁹⁹.

167. Certains États ont présenté à la Rapporteuse spéciale les mesures qu'ils avaient adoptées pour remédier aux conflits d'intérêts.

168. L'État plurinational de Bolivie a fait savoir qu'en 2026, le Ministère de la santé et des sports avait mis en place un système de traçabilité des orientations visant à empêcher que des médecins du secteur public puissent renvoyer des patients vers des cliniques privées sous leur contrôle, afin de garantir que les décisions médicales sont fondées exclusivement sur le bien-être du patient et non sur un intérêt financier personnel¹⁰⁰.

169. El Salvador applique la loi sur les marchés publics et la réglementation en matière d'éthique, qui permettent d'empêcher que l'industrie pharmaceutique influence indûment la prescription médicale, garantissant ainsi que les décisions cliniques reposent uniquement sur les meilleures données disponibles et sur le respect de la dignité du patient, et non sur des intérêts commerciaux¹⁰¹.

170. Afin de limiter l'influence des incitations financières sur les décisions cliniques, le Luxembourg a encadré les grilles tarifaires, mis en place des règles déontologiques obligeant les médecins à donner la priorité aux intérêts du patient, instauré une obligation de déclaration des intérêts financiers et chargé la Caisse nationale de santé de surveiller les prescriptions inhabituelles¹⁰².

171. Le Mexique a rendu compte des progrès réalisés dans l'application des cadres réglementaires, des obligations de déclaration des biens et des intérêts et des mécanismes de contrôle ainsi que des progrès réalisés dans la tenue de comités de bioéthique, l'objectif étant de garantir que les décisions en matière de santé sont prises dans le respect de l'intérêt général, de l'équité et de la dignité humaine sans restriction¹⁰³.

⁹⁵ Contribution de l'Australie.

⁹⁶ Contribution du Luxembourg.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Contribution du Mexique.

⁹⁹ Contribution de l'Espagne.

¹⁰⁰ Contribution de l'État plurinational de Bolivie.

¹⁰¹ Contribution d'El Salvador.

¹⁰² Contribution du Luxembourg.

¹⁰³ Contribution du Mexique.

172. L'Espagne encourage l'adoption de modèles de soins de proximité et de stratégies visant à réduire la consommation de médicaments et favorise la prescription sociale, tout en limitant les incitations à la surprescription et en renforçant les options non pharmacologiques et les solutions de proximité¹⁰⁴.

VII. Problèmes actuels

173. Bien qu'il existe des initiatives de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, les personnes qui ont un handicap intellectuel ou un trouble du développement et celles qui ont le syndrome de Down continueraient de se heurter à des obstacles systémiques qui les empêchent d'accéder à des soins adaptés, continus et respectueux¹⁰⁵. Même lorsqu'il existe un cadre normatif, des politiques et d'autres initiatives visant à lutter contre la discrimination fondée sur la séropositivité et à garantir la stricte confidentialité des informations médicales, dans la pratique, le non-respect de la confidentialité et les comportements inappropriés de la part des prestataires de services resteraient des problèmes à résoudre¹⁰⁶.

174. Alors que plusieurs pays s'efforcent d'agir, les peuples autochtones continueraient de faire l'objet d'inégalités persistantes dans le domaine de la santé en raison de la discrimination structurelle ou systémique¹⁰⁷. Dans plusieurs pays, les groupes marginalisés ne seraient pas formellement associés aux processus de consultation ni à l'élaboration des politiques de santé¹⁰⁸, et les personnes privées de liberté n'ont que peu de possibilités de participer à la planification, au suivi ou à l'élaboration des politiques de santé au niveau national¹⁰⁹.

175. Des mesures sont prises pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes de genre variant, mais dans certains pays, l'absence de législation interdisant les interventions chirurgicales ou traitements non nécessaires sur les personnes intersexes ou qui présentent des variations des caractéristiques sexuelles, ou garantissant le droit de ces personnes à l'autonomie corporelle peut entraîner une stigmatisation et encourager la réalisation d'interventions médicales irréversibles sans le consentement des personnes concernées¹¹⁰.

176. De plus, les lois et politiques existantes peuvent compliquer l'adoption et l'exécution de politiques fondées sur les droits en faveur des populations marginalisées. En l'absence de mécanismes efficaces de reddition des comptes, les conflits d'intérêts peuvent porter un coup supplémentaire à la dignité des personnes privées de liberté¹¹¹.

177. Dans le secteur des soins de santé, la transition numérique peut améliorer les résultats sanitaires en réduisant les inégalités d'accès aux services de santé et les coûts d'accès qui y sont liés et en permettant aux patients d'avoir plus facilement accès à leur dossier médical, leurs ordonnances et leurs informations médicales, à condition qu'un cadre législatif national connexe soit en place et que les données de santé des patients soient pleinement protégées¹¹².

¹⁰⁴ Contribution de l'Espagne.

¹⁰⁵ Contribution de la Fondation Jérôme Lejeune.

¹⁰⁶ Contribution d'Avocats sans frontières Canada et l'Association des juristes sénégalaises.

¹⁰⁷ Contributions de l'Assemblée des chefs du Manitoba et de Diamond Johnny.

¹⁰⁸ Contributions de l'Association des personnes handicapées de Bangalore, de la Faculté de médecine de l'Université de São Paulo et de l'Association brésilienne des jeunes autochtones, ainsi que d'Amnesty International.

¹⁰⁹ Contribution du Mouvement eurasien pour le droit à la santé en milieu carcéral.

¹¹⁰ Contributions de Beyond the Boundary – Knowing and Concerns Intersex, de Brújula Intersexual (Mexico and Latin America) et de Center for Reproductive Rights, Women Enabled International, International Planned Parenthood Federation et ILGA World.

¹¹¹ Contribution de Physicians for Human Rights Israel.

¹¹² Contribution du Digital Health and Rights Project.

VIII. Conclusions et recommandations

178. Il ne peut y avoir de santé sans dignité, ni de dignité sans santé. Il est donc nécessaire d'adopter une approche fondée sur les droits et axée sur la dignité pour répondre aux besoins urgents des populations en matière de santé tout en favorisant la résilience et la viabilité de celles-ci.

179. Appliquer le principe de responsabilité est une manière commune d'affirmer que les atteintes à la dignité ne seront pas tolérées. La reddition de comptes renforce donc la confiance sociale et la force normative du droit à la santé.

180. Les États devraient respecter, protéger et réaliser le droit à la santé d'une manière qui garantit la dignité, l'autonomie, l'égalité, la participation des populations et la reddition de comptes, notamment en s'attaquant aux déterminants sociaux, juridiques et commerciaux de la santé.

181. La Rapporteuse spéciale recommande aux États et aux autres parties prenantes de prendre les mesures suivantes :

a) Adopter des cadres juridiques qui garantissent la confidentialité, le respect de la vie privée et l'obtention du consentement éclairé, les assortir de mesures de protection pour les communautés exposées à un risque accru de stigmatisation ou de criminalisation, et garantir l'accessibilité et la fiabilité des informations relatives à la santé¹¹³ ;

b) Abroger les cadres répressifs qui criminalisent certains comportements et certaines identités ou situations liées à la santé et qui font obstacle à l'accès aux soins, et adopter des mesures de réduction des risques afin d'atténuer les préjudices et de préserver l'accès aux services¹¹⁴ ;

c) Réglementer les comportements des acteurs non étatiques, y compris des entreprises, qui nuisent à la santé publique, notamment les pratiques commerciales préjudiciables, la désinformation et les conflits d'intérêts, et garantir la transparence de la prise de décisions et la reddition de comptes à cet égard¹¹⁵ ;

d) Envisager de restreindre ou d'interdire la publicité pour les aliments malsains, le tabac et l'alcool, de faire afficher des avertissements sur le devant des emballages et d'adopter des mesures fiscales visant à décourager la consommation de produits nocifs ainsi que des règles favorisant l'achat de produits sains dans le cadre de la passation de marchés publics, conformément aux données scientifiques et aux principes des droits de l'homme applicables aux entreprises ;

e) Faire en sorte que les populations historiquement marginalisées aient accès à des services de santé, y compris de santé mentale, disponibles, acceptables et de qualité, notamment à des soins adaptés à la culture et à des services de proximité ;

f) Investir dans des campagnes d'éducation à la santé, y compris au sein des communautés, notamment dans des plateformes en ligne dotées de mécanismes de lutte contre la désinformation, en veillant à ce que les informations soient accessibles, adaptées au contexte culturel et exemptes de tout conflit d'intérêts¹¹⁶ ;

g) Protéger la dignité et les droits des personnels de santé et d'aide à la personne, notamment en leur offrant des conditions de travail sûres et en les associant à l'élaboration des politiques, et mettre l'accent sur les droits de l'homme dans l'enseignement et la formation en médecine¹¹⁷ ;

¹¹³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 12 b) iv) et c).

¹¹⁴ Voir [A/HRC/56/52](#).

¹¹⁵ Voir [A/78/175](#).

¹¹⁶ Voir [A/79/177](#).

¹¹⁷ Voir <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

h) Établir des mécanismes garantissant la transparence des processus décisionnels et la participation effective des groupes dont la santé et le bien-être sont affectés par ces décisions, y compris ceux qui sont exclus et marginalisés depuis longtemps ;

i) Mettre en place et renforcer les mécanismes visant à prévenir, à atténuer et à réparer les violations des droits à la santé et à la dignité commises par des acteurs étatiques et non étatiques, notamment dans les établissements de santé et dans le cadre de la gouvernance des structures privées ;

j) Accorder la priorité aux personnes les plus marginalisées lors de l'application des présentes recommandations et adopter une approche intersectionnelle qui tienne compte des formes croisées de discrimination, notamment pour celles et ceux qui ont été stigmatisés, victimes de discrimination ou traités comme des criminels en raison de leur race, de leur sexe, d'un handicap, de leur état de santé, de leur situation économique et sociale, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre ;

k) Veiller à ce que les services, les biens et les infrastructures de santé, ainsi que les déterminants fondamentaux de la santé, soient accessibles sans discrimination et dans le respect du principe d'égalité réelle¹¹⁸ ;

l) Favoriser les formations, la mise à jour des programmes d'études et les normes professionnelles qui visent à lutter contre la discrimination et les préjugés implicites dans les milieux sanitaire et médical, et veiller à ce que les mécanismes de plainte soient accessibles et offrent des recours utiles ;

m) Garantir les conditions permettant de mener une vie digne, notamment l'accès à un logement convenable, à la nourriture et à l'eau, à des conditions de travail sûres, à la protection sociale et à l'éducation, et veiller à ce que les services de santé soient adaptés à la culture des usagers et accessibles aux personnes les plus touchées par les inégalités structurelles¹¹⁹ ;

n) Intégrer les soins palliatifs et le principe de dignité des personnes âgées dans les systèmes et les politiques de santé, former les soignants, garantir l'autonomie, soulager les souffrances évitables, notamment en assurant la disponibilité des médicaments analgésiques essentiels, et lever les obstacles à l'accès aux soins de fin de vie, y compris la stigmatisation associée¹²⁰ ;

o) Veiller à ce que le financement et la gouvernance du secteur de la santé, y compris, par exemple, la passation de marchés publics, reposent sur les principes de bonne gestion et d'égalité réelle, notamment en menant des actions de sensibilisation ciblées, en levant les obstacles administratifs et en veillant à ce que les soins restent abordables pour les populations à faibles revenus ;

p) Là où l'accès à l'avortement sécurisé est restreint, mener des réformes législatives et juridiques en vue de dépénaliser l'avortement et d'atténuer immédiatement les risques, notamment garantir l'accès à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et procréative, à des moyens de contraception abordables et à des soins non stigmatisants et adopter des garanties de confidentialité strictes pour les soins postavortement et les soins d'urgence¹²¹ ;

q) Là où des lois répressives sont toujours en vigueur, adopter des mesures visant à réduire les pratiques policières discriminatoires, à prévenir la violence et à garantir un accès non discriminatoire aux services de santé, y compris en matière de prévention et de traitement du VIH¹²² ;

¹¹⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale no 20 (2009), par. 8 à 10 et 18 à 27.

¹¹⁹ Voir [A/78/175](#).

¹²⁰ Voir <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> et la résolution WHA67.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

¹²¹ Voir [A/76/172](#).

¹²² Ibid.

- r) Intégrer la promotion de la santé mentale dans les stratégies de prévention, étant donné que la stigmatisation et l'exclusion alimentent le sentiment de détresse et que les services de proximité peuvent améliorer les résultats sanitaires ;
- s) Veiller à ce que les politiques de prévention ne se transforment pas en instruments de contrainte, de surveillance punitive ou de discrimination, et à ce que toute restriction des droits réponde aux critères stricts de nécessité et de proportionnalité ;
- t) Faire en sorte que la recherche et la collecte de données soient éthiques, participatives et fondées sur les droits, prendre des mesures solides de protection de la vie privée et éviter les modalités de traitement des données qui conduisent à la stigmatisation ;
- u) Veiller à ce que les femmes, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes et asexuelles, les autres personnes de genre variant, les consommateurs des drogues, les travailleurs du sexe, les migrants et les communautés racialisées, entre autres personnes, puissent participer à la prise de décisions ;
- v) Établir des règles claires concernant la déclaration des intérêts, le lobbying, le « pantouflage » (*revolving-door*) et le financement de la recherche et des activités de plaidoyer, et garantir un contrôle indépendant du respect de ces règles ;
- w) Garantir l'équité dans le financement de la recherche concernant les maladies rares, la gynécologie et les maladies négligées ;
- x) Respecter l'identité, la dignité, l'intégrité, l'autonomie et le bien-être, et défendre les principes de non-discrimination, d'égalité, de respect de la vie privée et de confidentialité ;
- y) Abroger les cadres répressifs et aligner les politiques nationales sur les principes de santé publique et de réduction des risques et sur les droits de l'homme ; la dépénalisation est nécessaire au respect du droit à la santé ;
- z) Veiller à ce que les populations marginalisées aient accès à des services de santé disponibles, acceptables et de qualité ;
- aa) Mettre en place des mécanismes formels de participation à la gouvernance en matière de santé, notamment des organes consultatifs, des structures communautaires de contrôle et, le cas échéant, des dispositifs participatifs d'élaboration des budgets, et veiller à la représentation des groupes marginalisés ;
- ab) Veiller à ce que les mécanismes de reddition de comptes disposent des ressources nécessaires et à ce que les données utilisées pour le suivi soient ventilées de manière appropriée afin de mettre en évidence les inégalités, tout en garantissant une protection solide de la vie privée ;
- ac) Dans le cadre des efforts visant à garantir le droit à la santé pour tous, adopter des approches qui tiennent compte de la diversité des expériences humaines et opter pour des solutions visant à instaurer l'égalité, lesquelles doivent prendre en considération les injustices passées et actuelles qui rendent indispensable un engagement commun en faveur de l'équité ;
- ad) Protéger les sources d'informations fiables et lutter contre la désinformation ;
- ae) Prévenir et gérer les conflits d'intérêts ;
- af) Réglementer les activités des acteurs privés et limiter les pratiques commerciales préjudiciables ;
- ag) Garantir une large participation ;
- ah) Mettre en place des mécanismes efficaces de reddition de comptes et de recours¹²³.

¹²³ Voir [A/79/177](#).