



# Assemblée générale

Distr. générale  
13 juillet 2017  
Français  
Original : anglais

## Conseil des droits de l'homme

### Trente-sixième session

11-29 septembre 2017

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

### Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

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

## Résumé de la réunion-débat sur la réalisation du droit à la santé grâce au renforcement des capacités en matière de santé publique

### Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

#### *Résumé*

Le présent rapport a été établi conformément à la résolution 32/16 du Conseil des droits de l'homme, dans laquelle le Conseil a décidé de tenir, à sa trente-cinquième session, une réunion-débat pour échanger des données d'expérience sur la réalisation du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible grâce au renforcement des capacités en matière de santé publique. Le Conseil a demandé au Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir un rapport succinct sur la réunion-débat et de le lui présenter à sa trente-sixième session.

Au cours du débat auquel ont participé des intervenants d'horizons divers, de nombreux États ont décrit les difficultés auxquelles ils étaient confrontés et les mesures qu'ils avaient prises pour y remédier. Les participants ont en particulier insisté sur la nécessité de mettre en place des systèmes de santé universels, participatifs et comptables de leur action, et d'adopter une stratégie de santé publique fondée sur les droits de l'homme et tenant compte de l'indivisibilité des droits fondamentaux et des objectifs de développement durable.



## I. Introduction

1. Conformément à sa résolution 32/16, le Conseil des droits de l'homme a tenu, le 8 juin 2017, une réunion-débat pour échanger des données d'expérience sur la réalisation du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible grâce au renforcement des capacités en matière de santé publique. Dans cette même résolution, il a demandé au Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir un rapport succinct sur la réunion-débat et de le lui présenter à sa trente-sixième session. La discussion a été retransmise en direct et archivée sur la page Web <http://webtv.un.org>.

2. Les experts ci-après ont participé à la réunion-débat : le Vice-Ministre de la santé et Directeur général de l'Institut national de la santé publique du Libéria, Tolbert Nyenswah ; le Directeur national de la santé publique auprès du Ministère de la santé publique de Cuba, Lorenzo Somarriba López ; le Sous-Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) chargé du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et des maladies tropicales négligées, Ren Minghui ; le Directeur général adjoint du Service juridique de la Commission nationale de la santé et de la planification familiale en Chine, Gong Xiangguang ; et la Directrice du Global Health Centre et professeur associé à l'Institut de hautes études internationales et du développement (Genève), Ilona Kickbusch. Le débat a été animé par la Représentante permanente de l'Afrique du Sud auprès de l'Office des Nations Unies à Genève et des autres organisations internationales en Suisse, Nozipho Joyce Mxakato-Diseko.

3. La réunion-débat a été ouverte par la Haut-Commissaire adjointe des Nations Unies aux droits de l'homme. La Directrice générale de l'OMS, Margaret Chan, a prononcé un discours liminaire. Les experts ont ensuite fait de brèves déclarations introductives, qui ont été suivies d'un débat présidé par Joaquín Alexander Maza Martelli, Président du Conseil des droits de l'homme. Les États, les institutions nationales des droits de l'homme, les organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres observateurs ont été invités à poser des questions, à formuler des observations, à échanger des vues sur les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées et à émettre des recommandations sur la voie à suivre.

## II. Résumé du débat

### A. Allocution d'ouverture

4. Dans ses observations liminaires, la Haut-Commissaire adjointe des Nations Unies aux droits de l'homme a souligné que le droit à la santé était à la base de tous les droits de l'homme, car il permettait d'accéder à l'éducation et au travail et de vivre dans la dignité. Le droit à la santé contribuait à la réalisation de tous les autres droits et, réciproquement, il dépendait du respect des droits à la non-discrimination, à l'information, à l'intégrité physique et mentale et à la vie. En outre, l'exercice du droit à la santé et de tous les droits qui s'y rattachaient était indispensable à un développement équitable et durable.

5. La Haut-Commissaire adjointe a souligné à quel point il était important d'accompagner les femmes et les filles au cours de leur maturation sexuelle et procréative, et de veiller à ce que celle-ci ne se fasse pas aux dépens des principales intéressées. Les femmes devaient pouvoir donner la vie sans mettre la leur en danger, ce qui n'était pas le cas pour des millions d'entre elles, car des États manquaient à leurs obligations. L'entrée dans la puberté ne devait pas se traduire par une série d'atteintes à l'intégrité physique et mentale des filles, que ce soit par le mariage d'enfants, l'exploitation et les atteintes sexuelles, les grossesses non désirées ou les infections sexuellement transmissibles. Or, dans l'incapacité d'exercer leurs droits à l'éducation, à la protection et à l'information, des millions de filles étaient victimes de ces atteintes. Les menaces pour le droit à la santé ne découlaient pas uniquement de l'inaction ou du manque d'investissement, elles étaient aussi la conséquence d'un retour en arrière volontaire, à savoir de politiques délaissant de manière délibérée le droit fondamental à la santé et les droits de l'homme qui en dépendaient. Cet état de choses s'illustrait tout particulièrement par les mesures destinées à

compromettre l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive et des droits de l'homme qui y sont liés, ce qui avait un effet discriminant et discriminatoire, et des conséquences catastrophiques pour les femmes et les filles, et occasionnait des coûts que leurs collectivités ne pouvaient assumer.

6. D'autres facteurs nuisaient à la santé, notamment des taux d'urbanisation jamais atteints jusqu'alors, la pollution, une instabilité climatique croissante, la famine, la dégradation de l'environnement, les conflits qui forçaient un nombre sans précédent de personnes à abandonner leur lieu de vie et leurs moyens de subsistance, et la pratique consistant à prendre délibérément pour cible des professionnels de santé et des établissements de soins.

7. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 offrait au monde une occasion décisive de créer les conditions nécessaires à un véritable exercice du droit à la santé et des droits qui en dépendaient. L'ensemble de la planète devait s'engager à « ne laisser personne de côté ». En outre, le droit à la santé devait être inscrit dans la législation des États. Il convenait de réformer les normes sociales et les normes relatives au genre qui nuisaient à la santé. Il était impératif que les individus puissent faire valoir leurs droits et il fallait faire en sorte que les professionnels de santé et les personnes qui plaidaient leur cause bénéficient d'une protection leur permettant de défendre ces droits.

## **B. Discours liminaire**

8. La Directrice générale de l'OMS a noté avec satisfaction que le renforcement des capacités en matière de santé publique était considéré comme un important moyen de faire respecter le droit à la santé. La Constitution de l'OMS disposait que « Les gouvernements [avaient] la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne [pouvaient] y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ». Ces mesures consistaient notamment à fournir les services de santé et médicaments préventifs et curatifs essentiels, à mettre en place un nombre adapté d'établissements de santé à proximité des lieux de vie de la population et à les doter d'effectifs suffisants, bien formés et motivés. Les pays avaient besoin des données statistiques que permettaient d'établir les systèmes d'information dans lesquels étaient répertoriés les naissances, les décès et les causes des décès, de même que les maladies et autres affections, ainsi que les registres d'état civil, nécessaires pour que chaque enfant ait une identité juridique et bénéficie des droits et des avantages correspondants. La réalisation du droit à la santé dépendait de la législation sur la protection de l'eau, de l'air, des aliments et des médicaments et des autorités chargées de la faire appliquer. Elle protégeait les individus de la discrimination et de l'exclusion, et supposait que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible dans des conditions d'égalité et que les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental ne soient pas privées de leur liberté ou de leur capacité juridique.

9. La Directrice générale de l'OMS a appelé l'attention sur les réalisations de l'Organisation, notamment la Convention-cadre pour la lutte antitabac, les informations qu'elle avait produites sur la législation qui permettait de prévenir l'abus d'alcool et de protéger les enfants de la commercialisation de boissons et d'aliments nocifs pour leur santé, et d'autres instruments et dispositifs qu'elle avait conçus et qui contribuaient à un accès équitable aux soins et ainsi à la réalisation du droit à la santé, grâce à la réduction des prix des produits pharmaceutiques.

10. Relevant les inégalités mondiales en matière d'accès à des soins de qualité, y compris à des médicaments, la Directrice générale de l'OMS a fait observer que le respect du droit à la santé était une caractéristique essentielle de la bonne gouvernance. Les pays qui avaient inscrit ce droit dans leur Constitution étaient généralement ceux qui affichaient le meilleur bilan en matière de droits de l'homme. En outre, la mise en place d'un système de santé visant à établir une couverture sanitaire universelle permettait de ne laisser personne de côté. Non seulement les systèmes de santé universels protégeaient des difficultés financières liées à la prise en charge de soins de santé essentiels, mais s'inscrivaient également dans une vaste stratégie de réduction de la pauvreté et donc de

consolidation d'une nation. Ils étaient l'expression par excellence de l'équité et l'un des moyens les plus efficaces sur le plan politique pour réduire les inégalités sociales.

### C. Aperçu des exposés présentés par les experts

11. Prenant pour exemple des épidémies inédites du virus Ebola de 2014, l'exposé de M. Nyenswah a porté sur la gestion des situations d'urgence de santé publique en Afrique de l'Ouest, en particulier au Libéria, et sur la mise en place d'un système de santé solide dans une optique de droits de l'homme. Le Libéria avait été particulièrement touché par l'épidémie et avait vu son système de santé publique s'effondrer. Face à cette situation, le Gouvernement avait établi un système de gestion des foyers épidémiques qui avait vocation à diriger et à coordonner toutes les actions de santé publique visant à lutter contre le virus Ebola dans le pays. L'aide que la Chine avait apportée au Libéria en lui fournissant du matériel et des consommables dont il avait cruellement besoin et en envoyant des renforts pour l'aider à enrayer l'épidémie était un bon exemple de coopération Sud-Sud.

12. Il était indispensable de promouvoir les droits à la sécurité sociale, à l'éducation, à l'eau et à l'assainissement, conformément à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, tant ces droits étaient essentiels pour la santé des individus, en particulier dans les pays en développement.

13. Au terme de son intervention, M. Nyenswah a appelé la communauté internationale à aider le Libéria à développer son infrastructure sanitaire et à améliorer les capacités de son personnel de santé.

14. M. López a mis en avant le système de santé national de Cuba, établi en vertu de l'article 50 de la Constitution du pays et fondé sur un modèle de système de santé unique, public, gratuit et accessible à tous. Ce système couvrait l'ensemble de la population cubaine, sans aucune forme de discrimination. Le pays disposait également d'un programme de vaccination contre 13 maladies et produisait lui-même 8 des 13 vaccins nécessaires. Cuba avait éradiqué la poliomyélite, la diphtérie, la rougeole, les oreillons, la coqueluche, la rubéole, la méningite tuberculeuse et la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

15. Cuba avait aidé d'autres pays à réaliser le droit à la santé en contribuant au renforcement de leurs systèmes de santé, qui avaient déjà pour objectif de parvenir à une couverture maladie universelle. Considérant la santé comme un droit essentiel et fondamental qui devait être au cœur des politiques publiques, elle souhaitait poursuivre sa coopération avec d'autres pays à cet égard.

16. M. Ren a souligné que, partout dans le monde, il était admis que la couverture santé universelle ne devait pas être perçue comme un objectif lointain, mais comme une étape décisive de la réalisation du droit à la santé. Il a évoqué tous les efforts déployés pour renforcer les capacités essentielles en matière de santé publique et ainsi prévenir les situations d'urgence de santé publique, les repérer et y faire face. L'OMS était notamment parvenue à faire en sorte que l'Assemblée mondiale de la Santé adopte le document intitulé « Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 ». L'intervenant a ajouté que les dépenses consacrées à l'emploi des professionnels de santé et des travailleurs sociaux devaient être considérées comme un investissement et pas seulement comme un coût.

17. Le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées avaient une incidence constante et profonde sur la vie des individus. Outre les forts taux de mortalité dont elles étaient à l'origine, ces maladies étaient source de handicap, de stigmatisation et d'exclusion. De plus, dans de nombreux pays, les autorités chargées de les combattre se heurtaient à de graves difficultés financières et infrastructurelles. On constatait une pénurie de compétences dans la plupart des domaines de la santé publique, notamment en ce qui concernait la gestion des programmes nationaux de traitement des maladies, la planification des programmes, l'épidémiologie, le suivi et la surveillance, et la recherche. Un renforcement des capacités était donc indispensable pour continuer de sauver des vies et améliorer l'accès à la prophylaxie, au diagnostic et au traitement.

18. M. Ren a également souligné que les efforts de renforcement des systèmes de santé devaient s'appuyer sur les principes fondamentaux d'équité, de non-discrimination, de transparence, de responsabilité et de participation. Les objectifs de développement durable avaient redéfini le cadre global de la santé mondiale et ouvert la voie à des débats plus approfondis sur le droit à la santé.

19. M. Gong a indiqué que le Gouvernement chinois accordait une place de premier ordre à la santé de sa population, raison pour laquelle il avait amélioré la législation dans ce domaine, notamment celle relative à la vaccination et à la lutte contre les maladies transmissibles, aux situations d'urgence de santé publique et au VIH/sida. La Chine avait mis l'accent sur la prévention des maladies, l'éducation à la santé, la santé de la mère et du nourrisson et la santé mentale, elle avait amélioré l'accès aux établissements de santé publique, entrepris de renforcer les capacités du personnel de santé de même que la qualité des services. En outre, elle veillait à éduquer la population dans ce domaine, encourageait les comportements sains et l'exercice physique, et surveillait la consommation de tabac et d'alcool.

20. M<sup>me</sup> Kickbusch a relevé la nature interdisciplinaire et plurisectorielle de la santé publique et sa place centrale dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable. Elle a souligné que de nombreux facteurs déterminants de la santé devaient faire l'objet d'une stratégie de santé publique fondée sur les droits de l'homme et que, à l'ère des objectifs de développement durable, la santé des individus et celle de la planète allaient forcément de pair. Les stratégies de santé publique devaient être à l'avant-garde des stratégies intégrées de lutte contre les changements climatiques et les facteurs environnementaux qui y contribuaient, parmi lesquels la pollution atmosphérique.

21. Dans une société de consommation mondialisée, la réalisation du droit à la santé passait notamment par une prise en considération des facteurs commerciaux qui influuaient sur la santé. Il convenait ainsi d'être attentif aux différents produits, à leur commercialisation et aux milieux qui présentaient un risque pour la santé. La promotion de la santé publique devait se traduire par l'application d'une politique tarifaire en la matière, la diffusion d'informations transparentes et la mise en place d'un étiquetage clair. Le monde de la santé avait accompli d'immenses progrès dans la lutte contre le tabagisme et devait désormais faire de même pour lutter contre d'autres facteurs qui accroissaient le risque de contracter une maladie non transmissible. Certains pays et certaines villes avaient, par exemple, mis en place une taxe sur le sucre. Il convenait aussi d'adopter des mesures fiscales pour financer le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

22. Le droit de tous à la santé, à une vie saine et à un bien-être croissant à tout âge ne pouvait être réalisé que par la promotion de la santé à travers tous les objectifs de développement durable, et non de l'objectif 3 uniquement, et par la participation de l'ensemble de la société à cette démarche. Ainsi, les dirigeants devaient faire preuve de la volonté politique nécessaire pour mettre en œuvre des stratégies concrètes, efficaces, fondées sur des données factuelles et porteuses de changement, qui supposaient de mener une action décisive sur tous les facteurs déterminants de la santé et de l'accès à l'autonomie, et permettraient ainsi aux individus de mieux prendre soin de leur santé.

#### **D. Interventions de représentants d'États Membres, d'États observateurs et d'autres observateurs**

23. Au cours du débat qui a suivi, des déclarations ont été faites par les Représentants de Bahreïn, du Botswana, de la Chine (en son nom propre et au nom de l'Afrique du Sud, de l'Algérie, du Brésil, de l'Égypte, d'El Salvador, de l'Éthiopie, de la France, de la Géorgie, de l'Indonésie, de l'Iran (République islamique d') et du Pakistan), d'El Salvador, des États-Unis d'Amérique, de la Fédération de Russie, de la France, de la Géorgie, d'Haïti, de l'Inde, de l'Indonésie, d'Israël, de la Malaisie, des Maldives, du Pakistan (au nom de l'Organisation de la coopération islamique), du Paraguay, du Portugal (en son nom propre et au nom de la Communauté des pays de langue portugaise), du Qatar, de la Sierra Leone, de la Tunisie (au nom du Groupe des États d'Afrique), du Venezuela (République bolivarienne du) et de l'Union européenne.

24. Des représentants des ONG ci-après ont également contribué au débat : Association suédoise pour l'éducation sexuelle, Amnesty International, International Human Rights Association of American Minorities, Le Pont, Tourner La Page et Verein Südwind Entwicklungspolitik.

25. De nombreux participants ont souligné l'importance du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, en tant que droit fondamental en soi et en tant que moyen de réaliser d'autres droits de l'homme. Ils ont également fait observer que le caractère transversal du droit à la santé était attesté par le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui mettait en évidence l'importance cruciale de la santé et du bien-être pour le développement durable. L'objectif 3 ne pouvait être atteint si tous les autres objectifs ne l'étaient pas.

26. Nombre de participants ont également appelé l'attention sur les difficultés que rencontraient les pays. Des délégations ont fait observer que plus de 400 millions de personnes n'avaient pas accès à des services de santé essentiels et que plus de 100 millions de personnes tombaient dans la pauvreté chaque année, parce qu'ils devaient faire face à des frais de santé supérieurs à leurs moyens. Certaines délégations ont évoqué la difficulté de garantir l'accès aux soins au nombre croissant de personnes en déplacement, notamment les migrants et les réfugiés, le coût des médicaments et le manque de moyens. Les personnes qui vivaient dans des zones occupées ou touchées par un conflit étaient privées de soins médicaux, notamment en raison de restrictions à la liberté de circulation, d'entraves à l'approvisionnement en médicaments et d'attaques contre des travailleurs humanitaires. Des participants ont demandé quelles mesures l'ONU pouvait prendre lorsque des acteurs étatiques ou non étatiques empêchaient une population de se procurer des médicaments ou détruisaient des établissements de santé. Ils ont également insisté sur le fait que les urgences de santé publique pouvaient mettre à rude épreuve les systèmes nationaux, et ont notamment mentionné l'épidémie du virus Ebola, qui avait submergé le système de santé de la Sierra Leone, où plus de 14 000 personnes avaient été contaminées et près de 4 000 d'entre elles y avaient laissé la vie.

27. De nombreux participants ont réaffirmé qu'il incombait avant tout aux États d'améliorer les systèmes de santé publics, de garantir un accès universel et égal aux services de santé publics et de s'atteler aux déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé, notamment la discrimination, la stigmatisation, la violence et les inégalités. Ils ont souligné qu'il fallait aborder ces questions dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme et garantir l'universalité des soins de santé, y compris pour les migrants et les réfugiés. Une délégation a appelé l'attention sur la nécessité de respecter les droits de l'homme dans le domaine de la santé mentale, ce qui supposait d'éliminer toutes les formes de discrimination, de violence, de stigmatisation, de ségrégation et de traitement forcé. Une ONG a notamment insisté sur les effets de la discrimination, des préjugés, de la stigmatisation et de la violence sur la santé et l'accès aux services médicaux, aux médicaments et à l'information. Un représentant a également souligné l'importance du principe de responsabilisation et a fait remarquer l'inadéquation des procédures prévues pour permettre aux patients de présenter des réclamations et d'obtenir réparation le cas échéant. Des participants ont également souligné combien il était important d'associer les personnes handicapées à la planification, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé.

28. Plusieurs participants ont appelé l'attention sur la question des droits en matière de sexualité et de procréation, y compris l'accès à l'avortement médicalisé. Une ONG a indiqué que ses travaux de recherche avaient révélé que les professionnels de santé n'étaient pas suffisamment formés et manquaient des compétences nécessaires pour répondre aux besoins particuliers des adolescents. Il arrivait que le comportement du personnel de santé aille à l'encontre du principe de confidentialité ou ne permette pas aux patients de faire des choix en connaissance de cause. Le représentant de cette ONG a insisté sur la nécessité d'investir dans la formation des professionnels de santé aux droits fondamentaux, notamment aux droits des femmes et des filles en matière de sexualité et de procréation.

29. Une délégation a souligné que le Conseil des droits de l'homme, ses procédures spéciales et le mécanisme de l'Examen périodique universel contribuaient à promouvoir et

à garantir la mise en œuvre d'une approche fondée sur les droits. Elle a rappelé que les recommandations formulées dans le cadre de ces mécanismes devaient être prises en considération par les États et devraient être considérées comme des outils ou des orientations pouvant contribuer à faire en sorte que les politiques publiques garantissent le droit à la santé.

30. De nombreuses délégations ont appelé l'attention sur la hausse du coût de la santé et sur les ressources limitées des États. Des pays africains ont rappelé qu'ils s'étaient engagés à allouer 15 % de leur budget annuel au financement des services de santé nationaux dont bénéficiaient l'ensemble de leurs ressortissants, conformément à ce qui avait été convenu en 2001, dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Ils ont appelé la communauté internationale à soutenir ces efforts au moyen de mesures en faveur de la cible consistant à consacrer 0,7 % du produit national brut à l'aide publique au développement.

31. Des participants ont également souligné que le droit d'accéder à des médicaments était un élément essentiel du droit à la santé et à une couverture sanitaire universelle, et que l'exercice de ce droit était compromis par le droit commercial international et le champ de protection de la propriété intellectuelle. Ils ont demandé aux experts d'indiquer quels progrès avaient été accomplis à cet égard et quelles mesures concrètes avaient été prises pour faciliter l'accès à des médicaments de qualité à un prix abordable dans les pays en développement. Des ONG ont insisté sur le fait que la coopération et l'aide internationales pouvaient consister à améliorer l'accès à des médicaments d'un coût abordable en modifiant la réglementation internationale.

32. Au cours du débat, M. Ren a souligné que, si la coopération internationale pouvait aider les pays à atténuer les problèmes d'accès aux médicaments, il fallait néanmoins que dans la plupart des cas les pays soient en mesure de produire eux-mêmes des médicaments accessibles et abordables pour leur population. À cet égard, M. López a fait remarquer que Cuba fabriquait des médicaments destinés à ses habitants. M. Gong a expliqué à son tour que la Chine avait mis en place des dispositifs nationaux qui garantissaient l'accès aux médicaments.

33. En ce qui concerne le financement d'une couverture sanitaire universelle et l'accès à des médicaments de qualité à un prix abordable, M<sup>me</sup> Kickbusch a souligné combien il était important de taxer le tabac. Des centaines d'études avaient montré que cette taxation faisait diminuer le tabagisme et permettait d'accroître les fonds disponibles pour financer les systèmes de santé et lutter contre la pauvreté. L'intervenante a fait observer que le tabagisme était à l'origine d'une perte d'environ 5 % du produit intérieur brut mondial et que le coût du tabac pour l'économie mondiale était d'environ 1 000 milliards de dollars. Un certain nombre de pays avaient eu recours à cette taxation pour financer des programmes de prévention ou de promotion de la santé, voire des services de santé et des médicaments.

34. Plusieurs délégations se sont dites préoccupées par le phénomène de « fuite des cerveaux ». L'investissement considérable de certains pays en développement dans le secteur de la santé publique était sapé par une perte de capital intellectuel, parce que des professionnels de santé indispensables quittaient le continent pour de meilleures rémunérations. Ces délégations en ont appelé à la communauté internationale afin qu'elles les aide à remédier au problème.

35. S'agissant de la coopération internationale, plusieurs délégations ont évoqué le rôle des organisations régionales et internationales. Certains participants ont souligné combien il est important de fournir une coopération financière et technique aux systèmes de santé des pays en développement, d'envoyer du personnel dans ces pays et de leur permettre d'accéder à des médicaments d'un prix abordable. Certaines délégations ont laissé entendre que la coopération internationale devait viser en priorité à favoriser l'établissement d'États stables qui aient une capacité économique suffisante pour renforcer l'investissement nécessaire en matière de santé et le maintenir durablement à un niveau suffisant, et ont demandé aux organismes, fonds et programmes du système des Nations Unies d'apporter l'assistance technique nécessaire à ces pays pour qu'ils puissent bâtir des systèmes de santé solides. Elles ont mis l'accent sur l'équité, le respect mutuel et la solidarité nécessaires pour

surmonter les déséquilibres économiques. Plusieurs délégations se sont enquis de la manière dont les fonds et programmes des Nations Unies pouvaient donner effet au droit au développement, de manière à créer une capacité mondiale dans le domaine de la santé publique. Soulignant l'importance de la question de la santé pour tous les aspects du développement social et économique, M. Ren a estimé que tous les organismes, fonds et programmes du système des Nations Unies devaient collaborer pour accompagner le renforcement des capacités à l'échelon national.

36. Un certain nombre de pays ont fait part de leur expérience et évoqué les bonnes pratiques qu'ils avaient adoptées pour garantir l'universalité des soins de santé. La Géorgie, par exemple, avait mis en place un système de santé universel en 2013 et fait ainsi bénéficier l'ensemble de sa population d'une couverture maladie financée par l'État. Il a également été question du cas d'Haïti où la politique sanitaire reposait sur les principes d'universalité, d'équité et de qualité. En El Salvador, la mortalité maternelle avait apparemment diminué et le pays avait déjà atteint la cible 3.1 des objectifs de développement durable. Selon la délégation du pays, 98 % des enfants naissaient dans des hôpitaux dotés d'un personnel qualifié. El Salvador avait également réussi à faire reculer la malnutrition chronique de 42 %, grâce à des programmes de repas scolaires dont avaient bénéficié 1,3 million d'écoliers et à des tickets alimentaires destinés aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants souffrant d'anémie. Plusieurs pays ont également mis en avant leur contribution à la promotion de la coopération internationale. Le Qatar, par exemple, avait accueilli une édition d'un sommet mondial annuel pour la santé.

### III. Conclusions

37. **Dans leurs observations finales, tous les experts ont souligné l'importance des systèmes de santé universels pour la réalisation du droit à la santé pour tous et sans discrimination, en appelant tout particulièrement l'attention sur les cas de la Chine et de Cuba, et notamment sur l'assistance internationale que ces pays fournissaient. Ils ont également insisté sur le fait que le droit à la santé et les systèmes de santé universels étaient essentiels pour réaliser les objectifs de développement durable et faire en sorte que personne ne soit laissé de côté. Plusieurs experts ont également relevé la nécessité d'adopter une approche multisectorielle, au-delà des différents programmes, et d'accorder une attention particulière aux groupes les plus vulnérables, notamment aux réfugiés et aux migrants.**

---