



Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale

Distr. générale
21 février 2025
Français
Original : anglais

Comité pour l'élimination de la discrimination raciale

Recommandation générale n° 37 (2024) sur l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé*

I. Introduction

1. La réalisation du droit à l'égalité et à la non-discrimination est une condition préalable absolue à la jouissance effective du droit au meilleur état de santé physique et mentale possible. Ces droits sont inscrits dans de nombreux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme¹, et la santé de tous les peuples est considérée comme « une condition fondamentale de la paix et de la sécurité »². L'engagement pris d'assurer une vie saine pour tous à tout âge et de réduire les inégalités au sein des pays et entre eux a été réaffirmé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, plus précisément dans les objectifs de développement durable n°s 3 et 10. L'égalité est au cœur de l'approche « Une seule santé », qui vise à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes, et à trouver un équilibre entre ces dimensions³ pour garantir la sécurité sanitaire au niveau mondial.

2. L'emploi, l'éducation, le milieu de vie, les risques professionnels, le logement, l'exposition aux produits chimiques, la qualité de l'air et de l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les changements climatiques et les politiques économiques, sociales et de développement ont d'importants effets sur la santé et le bien-être d'une personne, car ils influencent l'accès aux ressources, les perspectives d'avenir et la qualité de la vie. Ce sont les déterminants structurels qui ont le plus d'impact sur les inégalités en matière de santé⁴. Le racisme, le classisme, le sexisme, le capacitisme, la xénophobie, l'homophobie et la transphobie font partie des déterminants structurels de la santé⁵.

3. Les groupes défavorisés sont davantage exposés aux risques sanitaires et affichent des taux de mortalité supérieurs⁶, tandis que le déni d'accès aux médicaments essentiels,

* Adoptée par le Comité à sa 113^e session (5-23 août 2024).

¹ Voir, par exemple, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2 (par. 2), 3 et 12 ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 12 ; Convention relative aux droits de l'enfant, art. 2 (par. 2) et 24 ; Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 25 ; et Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, art. 43 et 45.

² Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

³ OMS, Groupe d'experts de haut niveau pour l'approche « Une seule santé » (OHHLEP), « The One Health definition and principles developed by OHHLEP » (2023).

⁴ OMS, *Operational Framework for Monitoring Social Determinants of Health Equity* (2024), p. 2. Voir également Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS, 2008), p. 8 ; et résolution WHA74.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

⁵ OMS, *Operational Framework*.

⁶ OMS, *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals* (2023).



aux vaccins et à d'autres produits de santé crée ou perpétue la discrimination et creuse les inégalités existantes dans la jouissance du droit à la santé⁷, y compris la santé mentale. Le colonialisme, l'esclavage et l'apartheid ont laissé des séquelles⁸, et les États parties se montrent réticents à tenir pleinement compte dans leurs politiques et initiatives des effets néfastes qui continuent à désavantager les personnes d'ascendance africaine⁹ et les membres d'autres groupes raciaux et ethniques.

4. Il est prouvé que la réduction des inégalités et l'élimination de la discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé ont un effet positif sur les résultats en matière de santé¹⁰. Elles contribuent à l'édification de sociétés plus saines dans lesquelles le droit de chacun à la santé est respecté, protégé et réalisé. Par la présente recommandation générale, le Comité répond à des appels urgents à l'action et vise à améliorer la coordination au sein des États parties et entre eux afin de préciser les mesures nécessaires pour éliminer la discrimination raciale et garantir la jouissance du droit à la santé dans des conditions d'égalité, tel que le prévoit la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale¹¹.

II. Cadre normatif

A. Droit à l'égalité et droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé

5. Les articles 1^{er} (par. 1) et 5 (al. e iv)) de la Convention consacrent le droit de chacun de ne subir aucune forme de discrimination raciale et le droit à l'égalité dans la jouissance du droit à la santé publique, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux. Toutes les personnes¹², y compris celles qui appartiennent à des groupes ethniques ou minoritaires comme les Roms, les Travellers, les membres de peuples autochtones, les membres de castes, les personnes d'ascendance africaine, les personnes d'ascendance asiatique, les migrants, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les apatrides et les personnes en butte à la discrimination fondée sur la couleur de la peau, y compris les personnes atteintes d'albinisme¹³, ont droit à la santé, quels que soient leur âge, leur religion et leurs convictions, leur état de santé, leur handicap, leur statut migratoire, leur classe sociale, leur situation socioéconomique, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leur expression de genre ou leurs caractéristiques sexuelles, et qu'elles consomment ou non des substances psychoactives¹⁴.

6. Dans le cadre de la Convention, la santé est interprétée à la lumière de l'article 12 (par. 1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, c'est-à-dire comme le meilleur état de santé physique et mentale qu'il est possible d'atteindre, et elle est de plus en plus envisagée sous l'angle de l'écologie. Cette manière de voir fait écho à certains aspects des définitions de la santé propres aux peuples autochtones, qui englobent des dimensions individuelles et collectives, tiennent compte de la spiritualité, de la médecine traditionnelle, de la biodiversité et des liens étroits qui les caractérisent¹⁵, et qui sont étroitement liés au droit à l'autodétermination et vont dans le sens des principes énoncés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Le droit à la santé

⁷ A/HRC/53/50, par. 8.

⁸ A/HRC/54/4.

⁹ Recommandation générale n° 34 (2011).

¹⁰ OMS, *Operational Framework*, p. 29.

¹¹ Le Comité a organisé un débat thématique sur la discrimination raciale et le droit à la santé à sa 107^e session, ainsi que quatre consultations régionales en ligne entre juillet 2023 et mars 2024. Des observations ont été soumises par des États parties, des organisations et organismes internationaux, des institutions nationales des droits de l'homme, des organisations de la société civile, des associations de professionnels de la santé et des universitaires.

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

¹³ CERD/C/SEN/CO/19-23, par. 22 et 23 ; et CERD/C/ZAF/CO/4-8, par. 20 et 21.

¹⁴ Recommandation générale n° 32 (2009), par. 7 ; et A/77/197, par. 3 et 6.

¹⁵ E/C.19/2023/5 et A/HRC/33/57. Voir également E/2013/43 E/C.19/2013/25, par. 4.

ne se limite pas seulement à la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais englobe également les déterminants fondamentaux de la santé comme l'accès à l'eau salubre et potable, à des moyens adéquats d'assainissement et à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, y compris la santé sexuelle et procréative. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux local, national et international¹⁶. Cette approche globale s'inscrit dans la lignée de l'article 5 (al. e) iv)) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. La santé publique est axée sur la prévention et le contrôle des maladies et des traumatismes, l'amélioration des déterminants fondamentaux de la santé et la qualité des échanges entre les autorités, les professionnels de la santé et la population. Le droit aux soins médicaux englobe le droit d'avoir accès en temps opportun à des produits et services de santé appropriés, y compris des soins de santé préventifs et curatifs et des services de rééducation. Les droits à la sécurité sociale et aux services sociaux, qui sont étroitement liés aux initiatives visant à améliorer les déterminants de la santé¹⁷, sont d'une importance cruciale aux fins de l'élimination de la discrimination raciale dans le domaine de la santé¹⁸.

1. Interdiction de toutes formes de discrimination raciale

Discrimination raciale directe, indirecte et structurelle

7. La Convention interdit la discrimination directe et indirecte¹⁹. Cela concerne notamment les mesures, qu'il s'agisse d'actes ou d'omissions, prises en application de lois, politiques ou pratiques qui désavantagent de manière disproportionnée des groupes raciaux et ethniques, qui ont des conséquences distinctes abusives sur ces groupes²⁰ ou qui n'assurent pas aux groupes raciaux et ethniques désavantagés un progrès suffisant pour leur permettre de jouir de leurs droits dans des conditions d'égalité (art. 1^{er}, par. 4). L'interdiction de la discrimination raciale en droit international²¹ signifie qu'il faut procéder à un examen rigoureux pour évaluer la proportionnalité²² de l'effet de toute distinction, exclusion ou restriction dans la jouissance du droit à la santé. Une distinction fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique qui annule, en droit ou en pratique, l'exercice du droit à la santé est disproportionnée par rapport à tout objectif légitime et constitue une violation de la Convention.

8. Des critères discriminatoires, tels que ceux fondés sur des stéréotypes raciaux liés aux maladies, même s'ils ne sont pas expressément prévus par la loi, continuent d'être utilisés pour prendre des décisions. Des pratiques discriminatoires, telles que celles fondées sur une représentation erronée des pratiques de santé traditionnelles, désavantagent des personnes ou des groupes protégés par la Convention.

9. Les actes discriminatoires peuvent se manifester à l'échelle individuelle, par exemple lorsqu'une personne ne peut avoir accès à des soins obstétricaux de qualité²³, ou à l'échelle collective, lorsqu'une ségrégation géographique et résidentielle empêche d'avoir accès à des prestataires de santé²⁴. Les omissions discriminatoires peuvent se manifester à l'échelle individuelle, lorsqu'elles prennent la forme d'un refus de traitement dû à des préjugés raciaux sur l'état de santé d'une personne, ou à l'échelle collective, lorsqu'aucune mesure n'est prise pour lutter contre le racisme, notamment contre la stigmatisation, l'essentialisation et la

¹⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 11.

¹⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 19 (2007), par. 2, 29 et 30.

¹⁸ Recommandations générales n° 27 (2000), par. 33, et n° 34 (2011), par. 55.

¹⁹ Recommandation générale n° 32 (2009), par. 7 ; et *L. R. et consorts c. Slovaquie* (CERD/C/66/D/31/2003 et CERD/C/66/D/31/2003/Corr.1), par. 10.4.

²⁰ Recommandation générale n° 14 (1993), par. 2.

²¹ A/77/10, p. 87.

²² Recommandation générale n° 30 (2004), par. 4.

²³ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Da Silva Pimentel c. Brésil* (CEDAW/C/49/D/17/2008), par. 7.7.

²⁴ Recommandation générale n° 27 (2000), par. 31.

désignation de boucs émissaires, ce qui entraîne souvent des actes discriminatoires, voire des violences à l'égard de groupes et de minorités²⁵.

10. La discrimination raciale est également présente au niveau structurel, notamment lorsqu'aucune politique appropriée ne vise à remédier aux inégalités de longue date dans le domaine de la santé et aux taux élevés de pauvreté et d'exclusion sociale²⁶, et se manifeste dans le fait que les taux de participation et de représentation des personnes protégées par la Convention aux niveaux institutionnel et politique sont faibles ; que leur diversité ethnique et culturelle n'est guère reconnue ni appréciée par le reste de la société ; que ces personnes sont représentées de façon disproportionnée dans les prisons²⁷ ; et qu'elles sont nombreuses à être placées contre leur gré dans des établissements psychiatriques.

11. Les inégalités structurelles se sont aggravées durant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), qui a exacerbé les vulnérabilités liées à des pratiques persistantes de discrimination et d'exclusion²⁸. Les effets disproportionnés de la pandémie sur les personnes et les groupes protégés par la Convention résultent de toute une combinaison de facteurs²⁹. L'augmentation de la pauvreté et l'accès limité aux déterminants sociaux de la santé ont entravé le respect des mesures de santé publique, comme le lavage des mains et la distanciation physique. Parce qu'ils souffraient davantage que les autres de pathologies sous-jacentes, les personnes et les groupes protégés par la Convention ont été plus vulnérables aux formes graves de la maladie. La répression policière excessive et le recours disproportionné à la détention ont augmenté le risque d'infection et accru les niveaux de stress et d'anxiété, aggravant ainsi le risque de développer une maladie grave.

Discrimination intersectionnelle et inégalités

12. L'interdiction de la discrimination raciale prend en compte la notion d'intersectionnalité, définie comme un cadre théorique qui permet de comprendre comment les identités sociales se chevauchent et donnent lieu à une discrimination composée et à des formes d'oppression concomitantes³⁰ fondées sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique et d'autres motifs, comme l'âge, la religion et les convictions, l'état de santé, le handicap, le statut migratoire, la situation socioéconomique, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles. Par exemple, les obstacles à l'accès aux soins de santé procréative ont des effets cumulés sur les femmes et les filles autochtones³¹, les femmes et les filles d'ascendance africaine, les femmes et les filles appartenant à des minorités ethniques ou à des castes et les personnes de genre variant ; parmi ces groupes, les adolescents, les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique ou celles qui vivent dans des zones rurales sont particulièrement touchés³². Les faits montrent que les personnes vivant dans la pauvreté ou la précarité sont plus susceptibles d'être arrêtées et poursuivies pour des infractions liées à la drogue que les personnes issues de milieux plus aisés, et que les taux d'arrestation des jeunes autochtones et des jeunes d'ascendance africaine sont particulièrement élevés³³.

²⁵ Déclaration 3 (2020) sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et ses effets sous l'angle de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (A/76/18, par. 18).

²⁶ CERD/C/MEX/CO/16-17, par. 18 ; CERD/C/RWA/CO/13-17, par. 16 ; CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 14 ; et CERD/C/HUN/CO/18-25, par. 20.

²⁷ Recommandation générale n° 34 (2011), par. 5 et 6.

²⁸ Déclaration 3 (2020) sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19).

²⁹ Déclaration 2 (2022) sur l'absence d'accès équitable et non discriminatoire aux vaccins contre la COVID-19 (A/77/18, par. 20).

³⁰ Réseau des Nations Unies sur la discrimination raciale et la protection des minorités, *Guidance Note on Intersectionality, Racial Discrimination and Protection of Minorities* (2023), p. 11.

³¹ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 39 (2022), par. 51.

³² Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999), par. 7.

³³ OMS, *Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders* (2024), p. 12.

Préjugés raciaux, y compris dans les algorithmes

13. Les attitudes, croyances et stéréotypes fondés sur des préjugés raciaux sont omniprésents et influencent les perceptions, les décisions, les comportements et les interactions sociales de manière tant consciente qu'inconsciente. Historiquement liés aux inégalités de pouvoir³⁴, les préjugés raciaux sont renforcés par les normes sociétales et culturelles et par les expériences personnelles. La Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a affirmé que, pour éliminer les disparités raciales omniprésentes dans les soins de santé et améliorer les résultats pour les patients, il fallait tout d'abord prendre conscience des préjugés implicites et adopter des mesures pour faire tomber les barrières institutionnelles³⁵.

14. Des études sur la santé ont montré que les préjugés donnent lieu à des stéréotypes sur les patients issus de groupes raciaux et ethniques, perpétuent le sexisme et d'autres hiérarchies de pouvoir et engendrent de la méfiance à l'égard des symptômes que ces patients signalent ou de leur aptitude à prendre des décisions éclairées. Très répandus dans le secteur des soins de santé, les préjugés implicites peuvent conduire à des diagnostics inexacts de la douleur et à des recommandations de traitement inappropriées, ce qui finit par nuire à la qualité des soins prodigués³⁶.

15. Malgré l'effet positif que les nouvelles technologies peuvent avoir sur la qualité des soins de santé et la jouissance du droit à la santé, l'intelligence artificielle peut perpétuer la discrimination raciale lorsque les dossiers médicaux électroniques, qui sont de plus en plus utilisés dans les systèmes de santé, sont alimentés par des algorithmes d'apprentissage automatique³⁷. Les algorithmes cliniques reproduisent les inégalités structurelles à l'hôpital en les traduisant en indicateurs de santé ou en ne tenant pas compte des effets combinés des facteurs psychosociaux, génétiques et environnementaux. Le manque de transparence empêche les prestataires de soins de santé d'ajuster les algorithmes dans la pratique.

2. Champ d'application de l'égalité

16. Le principe de l'égalité consacré par la Convention conjugue égalité devant la loi et égale protection de la loi, l'objectif à atteindre étant l'égalité réelle dans la jouissance du droit à la santé³⁸. Pour parvenir à l'égalité formelle, la législation nationale doit interdire la discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé. La loi devrait être appliquée de manière égale à tous, sans discrimination raciale, et chacun devrait avoir le même droit de recours contre la discrimination raciale. Pour parvenir à l'égalité réelle ou de fait, il faut s'attaquer activement aux disparités structurelles et aux inégalités existantes. L'objectif est de permettre aux groupes désavantagés d'améliorer leur condition, en faisant en sorte qu'ils puissent pleinement exercer leur droit à la santé dans des conditions d'égalité et en tenant compte des besoins des différents groupes ou personnes touchés par la discrimination raciale³⁹.

17. Conformément à la Convention, les États parties devraient prendre conscience des effets des préjugés raciaux et de la stigmatisation et y remédier (art. 2 (par. 1 d)) et 4)⁴⁰ ; remédier aux désavantages subis par les personnes et les groupes protégés en prenant des mesures positives et spéciales (art. 2 (par. 2)) ; assurer la participation active des groupes sous-représentés (art. 2 (par. 1 e))⁴¹ ; et opérer des changements structurels (art. 2 (par. 1))⁴².

³⁴ Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Déclaration sur la race et les préjugés raciaux, art. 2.

³⁵ A/77/197, par. 49.

³⁶ OMS, *Strengthening Primary Health Care to Tackle Racial Discrimination, Promote Intercultural Services And Reduce Health Inequities: Research Brief* (2022), p. 10.

³⁷ A/HRC/53/65, par. 82.

³⁸ Recommandation générale n° 32 (2009), par. 6.

³⁹ Recommandations générales n° 27 (2000), par. 33, n° 32 (2009), par. 11 et 14, et n° 34 (2011), par. 55.

⁴⁰ CERD/C/NLD/CO/22-24, par. 27 et 28 ; et CERD/C/RWA/CO/13-17, par. 16.

⁴¹ CERD/C/USA/CO/10-12, par. 9 ; et recommandation générale n° 34 (2011), par. 56.

⁴² CERD/C/ARG/CO/24-26, par. 21 ; et CERD/C/USA/CO/10-12, par. 36.

3. Prévention, autonomie et soins de santé au titre de la Convention

18. La discrimination raciale est à la fois un danger pour la santé en soi et un déterminant social structurel de la santé. Elle crée des inégalités dans le domaine de la santé et exacerbe les inégalités existantes, causant des maladies ou des décès évitables ou augmentant leur incidence. Le droit à l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé comprennent : le droit d'être protégé contre les risques pour la santé, les maladies et les traumatismes, y compris dans les situations d'urgence ; le droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique, y compris le droit de donner son consentement éclairé ; le droit d'accéder librement et dans des conditions d'égalité à l'information et à des établissements, produits et services de santé culturellement appropriés, tenant compte du genre et adaptés au contexte, ainsi que le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité dans ce contexte ; le droit d'être protégé contre les pratiques des acteurs privés qui nuisent à la santé ; le droit de participer à la prise de décisions en matière de santé aux niveaux local, national et international ; et le droit à un recours utile et à la réparation de tout préjudice subi du fait de la discrimination raciale.

B. Prévention des vulnérabilités et des inégalités et protection contre leurs effets sur les déterminants fondamentaux de la santé

19. Le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale et d'inégalités structurelles en lien avec les déterminants fondamentaux de la santé signifie que nul ne doit être exposé de façon disproportionnée à des situations de vulnérabilité ou à des situations néfastes pour la santé et que chacun a le droit à l'égale protection de ses conditions de vie, tant matérielles que psychologiques, le droit d'être protégé dans des conditions d'égalité contre les pratiques préjudiciables des acteurs privés et le droit à l'atténuation et à la réparation des préjudices subis. Les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées, les femmes et les personnes de genre variant ont le droit à des mesures de prévention et de protection adaptées au contexte et visant à lutter contre la discrimination structurelle et intersectionnelle.

1. Eau potable, assainissement adéquat, aliments salubres et logement convenable

20. Comme indiqué au paragraphe 6, l'article 5 (al. e iv)) est entendu comme englobant le droit à une quantité suffisante d'eau potable et acceptable, à un assainissement adéquat⁴³, à des aliments salubres⁴⁴ et à un logement convenable. Cela comprend le droit d'avoir accès à des infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement correctement entretenues, afin d'éviter les risques sanitaires comme les maladies d'origine hydrique et la contamination de l'environnement. Les groupes raciaux et ethniques ont le droit d'être protégés contre la ségrégation résidentielle, la discrimination sur le marché locatif privé, le surpeuplement des logements et les expulsions forcées. Ils ont le droit de bénéficier de mesures visant à remédier aux déserts alimentaires, au manque de ressources économiques, aux pratiques discriminatoires dans l'industrie alimentaire et à d'autres obstacles à l'accès à une alimentation saine. La vulnérabilité et la pauvreté ont des effets sur le régime alimentaire et l'état de santé de ces groupes et contribuent à l'augmentation des maladies liées à l'alimentation et des carences nutritionnelles.

2. Environnement de travail sûr et sain

21. Les travailleurs appartenant à des minorités raciales ou ethniques et/ou qui sont migrants, demandeurs d'asile, réfugiés ou apatrides ont le droit à un environnement de travail sûr et sain⁴⁵, ainsi qu'à l'égalité en matière de conditions de travail décentes, d'emploi équitable et de possibilités de santé et de bien-être. Cela inclut le droit de ne pas être plus exposé que les autres groupes de la population à des risques d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, à des substances toxiques, à des polluants ou à d'autres dangers physiques et psychologiques, liés à des facteurs comme la ségrégation professionnelle,

⁴³ Voir également [A/62/214](#).

⁴⁴ [A/78/185](#), par. 26.

⁴⁵ Voir Conférence internationale du Travail, document ILC.110/Résolution I.

la discrimination en matière d'embauche et de promotion, et l'application inégale des réglementations en matière de santé et de sécurité au travail.

3. Changements climatiques et risques pour la santé liés à l'environnement

22. Les groupes raciaux et ethniques ont le droit à un environnement propre et sain et le droit d'être protégés contre les risques liés au climat⁴⁶. Ils ont le droit de ne pas être soumis à la dégradation de l'environnement et aux effets néfastes de l'exploitation des ressources naturelles, des essais nucléaires, du stockage des déchets toxiques, de l'extraction minière, de l'exploitation forestière et d'autres sources de dommages environnementaux⁴⁷, et le droit d'être protégés contre la violence des autorités de l'État et du personnel de sécurité privé⁴⁸. Ils ont le droit de participer à de véritables consultations sur les effets néfastes pour la santé et d'y faire entendre leur voix. Les peuples autochtones ont droit à la préservation et à la protection de leur environnement et de la capacité de production de leurs terres ou territoires et ressources, ce qui inclut le droit de donner leur consentement libre, préalable et éclairé⁴⁹.

23. Les groupes raciaux et ethniques, dont certains sont particulièrement vulnérables aux effets des changements climatiques sur la santé en raison de leur emplacement géographique ou de leur situation socioéconomique, de normes culturelles et de facteurs psychologiques intrinsèques, ont le droit de ne pas être exposés de manière disproportionnée aux risques sanitaires liés au climat⁵⁰ et d'être protégés contre ces risques. Ce droit concerne aussi la prévention des répercussions néfastes des vagues de chaleur, de la pollution atmosphérique et des catastrophes naturelles et phénomènes météorologiques extrêmes toujours plus fréquents et intenses, et la protection contre ces répercussions, ainsi que les effets de ces risques sur les réseaux sociaux et les traditions culturelles. À cet égard, les peuples autochtones ont droit à des mesures d'atténuation qui ne leur portent pas préjudice et qui visent à protéger leur diversité culturelle et linguistique, leurs systèmes de connaissances, leur sécurité alimentaire, leur santé et leurs moyens de subsistance⁵¹.

4. Genre

24. Les femmes, les filles et les personnes de genre variant qui appartiennent à des groupes raciaux et ethniques sont beaucoup plus exposées que les autres à des risques sanitaires⁵², à des comportements et pratiques préjudiciables et à des inégalités dans les systèmes de santé et les soins de santé. Elles sont aussi souvent plus exposées à la violence, y compris au féminicide⁵³, à des mariages forcés ou à la tromperie (migration par le mariage), à la traite, aux mauvais traitements et à l'exploitation, en raison de leur position sociale subalterne et de leur plus grande vulnérabilité. Les hommes qui appartiennent à certains groupes raciaux et ethniques sont également exposés de manière disproportionnée à des risques sanitaires liés à la violence armée⁵⁴ ou à des stéréotypes concernant leur capacité de supporter des conditions de travail extrêmes.

25. Les violences sexuelles, les mariages forcés et les situations de dépendance économique entraînent des taux excessivement élevés de maladies sexuellement

⁴⁶ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Inhabitants of La Oroya v. Peru*, arrêt du 27 novembre 2023.

⁴⁷ CERD/C/USA/CO/10-12, par. 45 et 46 ; CERD/C/USA/CO/7-9, par. 10 ; CERD/C/USA/CO/6, par. 29 ; CERD/C/64/CO/9, par. 15 ; CERD/C/GUY/CO/14, par. 19 ; CERD/C/NGA/CO/18, par. 19 ; et CERD/C/62/Dec/3.

⁴⁸ CERD/C/NGA/CO/18, par. 19.

⁴⁹ Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, art. 29 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Indigenous Communities of the Lhaka Honhat (Our Land) Association v. Argentina*, arrêt du 6 février 2020, et Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Social and Economic Rights Action Center (SERAC) et Center for Economic and Social Rights (CESR) c. Nigeria*, communication n° 155/96, 27 octobre 2001.

⁵⁰ A/HRC/32/23.

⁵¹ Comité des droits de l'homme, *Billy et consorts c. Australie* (CCPR/C/135/D/3624/2019).

⁵² Orielle Solar et Alec Irwin, « A conceptual framework for action on the social determinants of health », *Social Determinants of Health Discussion Paper*, n° 2 (OMS, 2010), p. 33 et 34.

⁵³ CERD/C/BRA/CO/18-20, par. 16.

⁵⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, par. 16.

transmissibles. En ce qui concerne le VIH, les inégalités et la violence subies par les femmes et les filles, le déni des droits en matière de santé sexuelle et procréative, l'utilisation abusive du droit pénal, les approches punitives⁵⁵ et le dépistage obligatoire figurent parmi les principaux obstacles à la mise en œuvre de mesures efficaces. Les femmes et les filles ont le droit de ne pas être soumises à des pratiques préjudiciables comme les mutilations génitales féminines ou *l'ukuthwala*, qui ont de graves conséquences pour la santé⁵⁶. Les femmes issues des communautés concernées, y compris les migrantes, doivent être activement associées à l'élaboration et à l'application des politiques visant à les protéger contre les pratiques traditionnelles préjudiciables et toutes formes de discrimination raciale devraient être proscrites dans ce contexte⁵⁷.

5. Statut migratoire

26. L'article 5 (al. e iv)) de la Convention s'applique indépendamment du statut migratoire de la personne. Les migrants, les réfugiés, les demandeurs d'asile et les apatrides ont le droit de ne pas être exposés à des risques sanitaires liés à la médiocrité de leurs conditions de vie, à la confiscation de leurs passeports ou d'autres documents pertinents, à des situations de travail préjudiciables à la santé et à leur exclusion des régimes de sécurité sociale. Les non-ressortissants ont le droit d'être intégrés dans les systèmes de santé locaux, y compris les systèmes d'assurance maladie, et de bénéficier de l'égalité d'accès à la sécurité sociale sans subir de discrimination⁵⁸. Ils ont le droit d'être protégés contre des conditions néfastes pour leur santé, comme l'obligation de vivre chez leur employeur ou des mauvais traitements physiques ou psychologiques⁵⁹. Offrir à tous les migrants, y compris aux personnes sans papiers, un accès aux soins préventifs et primaires, en plus des soins d'urgence, permet de réduire les coûts de santé et de protéger les migrants contre la discrimination raciale.

6. Privation de liberté

27. Les membres des groupes raciaux et ethniques ont le droit de ne pas être soumis à la détention plus que les autres groupes de population⁶⁰, pratique qui les prive de soins de santé appropriés, les expose à la violence et aggrave les problèmes de santé mentale, et qui entrave leur réinsertion sociale, perpétuant ainsi les inégalités existantes en matière de santé. Les migrants, les demandeurs d'asile et les apatrides ont le droit de ne pas être exposés à des conditions néfastes pour leur santé lorsqu'ils sont détenus dans des centres pour migrants ou d'autres centres. Les femmes et les enfants ont le droit de ne pas être exposés à des risques accrus d'exploitation, de maltraitance et de violence fondée sur le genre dans ces contextes. Les personnes handicapées font face à des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins de santé et aux services d'assistance dans les lieux de détention. Pour éliminer la discrimination raciale inhérente au recours excessif à la détention, il faut proposer des mesures de substitution et garantir des conditions humaines lorsque la détention est absolument nécessaire, à savoir un accès aux soins de santé, à des conseils juridiques et à un accompagnement pour les personnes vulnérables, comme les enfants, les femmes enceintes et les victimes de torture ou de traumatismes.

7. Crises humanitaires, conflits armés et mesures coercitives unilatérales

28. Lorsque le racisme et la discrimination raciale figurent parmi les causes profondes des conflits armés internationaux et non internationaux, les personnes protégées par la

⁵⁵ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *The Path that Ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023* (Genève, 2023), p. 58 et 144.

⁵⁶ CERD/C/ZAF/CO/9-11, par. 33 ; CERD/C/ZMB/CO/17-19, par. 23 ; CERD/C/KGZ/CO/8-10, par. 15 ; et recommandation générale/observation générale conjointe n° 21 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et n° 18 (2014) du Comité des droits de l'enfant sur les pratiques préjudiciables, par. 19.

⁵⁷ Réseau européen pour l'élimination des mutilations génitales féminines, « Position paper: FGM, antiracism & intersectionality » (2022), p. 17.

⁵⁸ CERD/C/KOR/CO/17-19, par. 32.

⁵⁹ CERD/C/CHN/CO/14-17, par. 30 et 31.

⁶⁰ CERD/C/USA/CO/10-12, par. 28.

Convention risquent d'être exposées de manière disproportionnée aux meurtres, mutilations et autres violences, y compris la torture et les violences sexuelles, aux déplacements forcés et à la discrimination dans la jouissance du droit à la santé et de ses déterminants fondamentaux. Avec l'utilisation des armes autonomes létales⁶¹, le risque de systématisation des préjugés raciaux et de déshumanisation des victimes s'accroît. La Convention continue de s'appliquer dans ce type de conflit armé. Chacun a le droit d'être protégé contre la violence et les traumatismes, qui peuvent notamment entraîner un stress posttraumatique, une dépression et de l'anxiété, et d'avoir accès dans des conditions d'égalité à des soins de santé, à l'aide humanitaire, à la protection et à des possibilités de rétablissement et de reconstruction.

29. Les groupes raciaux et ethniques ont le droit d'être protégés contre les effets disproportionnés des mesures coercitives unilatérales et l'application excessive de ces mesures. Des systèmes efficaces de dérogations aux sanctions⁶² pour raisons humanitaires doivent être mis en œuvre pour garantir l'acheminement du matériel de santé et des médicaments, des vivres, de l'aide humanitaire et d'autres formes d'assistance destinée aux infrastructures et services essentiels, tels que l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la fourniture d'électricité.

8. Droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique

30. Les personnes et les groupes protégés par la Convention ont le droit à l'autonomie corporelle et à l'intégrité physique, ce qui englobe le droit de consentir à un traitement médical, le droit d'avoir accès à des services de santé procréative, y compris des médicaments et des produits de santé, et le droit de ne pas être soumis à la violence, à la coercition ou à des traitements forcés⁶³. Ce droit implique le plein respect des principes de dignité, d'autonomie et d'autodétermination. Imposer le dépistage obligatoire du VIH/sida aux seuls non-ressortissants ou sur la base de la race, de la couleur, de l'ascendance ou de l'origine nationale ou ethnique, à des fins d'emploi ou d'entrée, de séjour ou de résidence dans le pays est discriminatoire et inefficace à des fins de santé publique⁶⁴.

Hospitalisation, isolement et traitement sans consentement

31. Les préjugés raciaux peuvent conduire à un surdiagnostic des problèmes de santé mentale et à un recours disproportionné à des pratiques coercitives dans le domaine de la santé mentale, notamment l'hospitalisation et le traitement sans consentement, ainsi que l'isolement et la contention. Le droit à l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale signifient que les personnes protégées par la Convention ne doivent pas faire l'objet d'une hospitalisation et d'un traitement sans consentement ni de mesures d'isolement et de contention, que ce soit dans le contexte de services de santé mentale ou dans la société en général⁶⁵.

Stérilisation forcée

32. Les femmes autochtones, les femmes d'ascendance africaine, les femmes roms et celles issues d'autres groupes ethniques ou castes ont été prises pour cible dans le cadre des politiques de contrôle des naissances, y compris des politiques qui ont entraîné des stérilisations forcées⁶⁶, ou dans le cadre de la lutte contre le VIH et d'autres maladies. Au sein de ces groupes, les femmes qui ont des déficiences intellectuelles et/ou psychosociales se

⁶¹ Résolution 78/241 de l'Assemblée générale.

⁶² [A/HRC/54/23](#).

⁶³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 14 (2000), par. 8, et n° 22 (2016), par. 5 ; et [A/HRC/35/21](#), par. 30 à 34.

⁶⁴ ONUSIDA et Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), « Still not welcome: HIV-related travel restrictions » (2019). Voir également [CERD/C/MDA/CO/8-9](#), par. 13. Voir en outre *L. G. c. République de Corée* ([CERD/C/86/D/51/2012](#)) ; l'État partie a supprimé l'obligation de dépistage du VIH/sida et l'auteur de la communication a été indemnisé.

⁶⁵ [CERD/C/GBR/CO/21-23](#), par. 31.

⁶⁶ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme *et al.*, « Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement » (OMS, 2014). Voir également Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 30.

sont vu refuser la capacité juridique et, par conséquent, l'exercice du droit de donner leur consentement. La stérilisation forcée constitue une violation au sens de la Convention ; elle viole les droits à l'autonomie en matière de procréation, à l'accès à l'information, à l'intégrité de la personne et au respect de la vie privée, et le droit de ne pas faire l'objet de violence et de discrimination fondées sur la race et le genre⁶⁷.

Criminalisation de l'avortement et avortement non sécurisé

33. L'accès sûr, légal et effectif à l'avortement sécurisé fait partie du droit des personnes protégées par la Convention d'être maîtres de leur santé et de disposer de leur corps et de leur droit à la vie⁶⁸. Les femmes autochtones, les personnes de genre variant et les femmes appartenant à des minorités raciales et ethniques courent souvent plus de risques d'avoir une grossesse non désirée et n'ont souvent pas les moyens de surmonter les obstacles socioéconomiques et autres pour accéder à des méthodes contraceptives modernes et à l'avortement sécurisé. L'interdiction de l'accès à l'avortement a de vastes effets discriminatoires et va à l'encontre du principe de non-régression, au regard des normes relatives à l'accès effectif à un avortement légal sécurisé détaillées dans les Lignes directrices de l'OMS sur les soins liés à l'avortement⁶⁹.

34. La criminalisation de l'avortement en toutes circonstances constitue une forme indirecte et croisée de discrimination raciale et de discrimination fondée sur le genre car elle a des conséquences plus importantes pour les femmes autochtones et les femmes d'ascendance africaine, en particulier les plus démunies⁷⁰, en les exposant à des situations qui mettent leur vie en danger, et porte atteinte au principe de non-régression. La criminalisation de l'avortement aggrave encore la sous-déclaration d'importants indicateurs de santé et entrave le suivi des inégalités raciales⁷¹. Ne pas considérer les effets de la violence sexuelle à caractère raciste, entraver l'accès à l'information et aux programmes relatifs à la contraception moderne et aux soins d'avortement sécurisés, ainsi que pénaliser et sanctionner l'accès à l'avortement constituent toute une série d'actes discriminatoires qui exposent les personnes concernées à des conditions préjudiciables pour leur santé. Chacun de ces actes ou omissions est une violation de l'article 5 (al. e) iv).

C. Droit à un système de protection de la santé, y compris à la santé publique et à des établissements, produits et services de santé

35. Le droit énoncé à l'article 5 (al. e) iv) comprend le droit à un système de santé inclusif, le droit d'accéder librement et dans des conditions d'égalité à des établissements, produits et services de santé de qualité, culturellement appropriés, tenant compte du genre et adaptés au contexte, le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité, et le droit à la participation. Le principe de non-discrimination raciale et le droit à l'égalité réelle s'appliquent aux quatre éléments essentiels du droit à la santé⁷², décrits ci-dessous.

1. Disponibilité

36. Les groupes raciaux et ethniques ont droit à l'égalité réelle pour ce qui est de l'accès, à une distance raisonnable et en quantité suffisante, à des établissements, produits, services

⁶⁷ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *I.V. v. Bolivia*, arrêt du 30 novembre 2016 ; Cour européenne des droits de l'homme, *A.P., Garçon et Nicot c. France*, requêtes nos 79885/12, 52471/13 et 52596/13, arrêt du 6 avril 2017 ; Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, observation générale n° 4 (2017), par. 58 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 30 ; Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 3 (2016), par. 32 ; et *A/HRC/31/57*, par. 45.

⁶⁸ OMS, *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement* (2022).

⁶⁹ « Web annex A: key international human rights standards on abortion », disponible à l'adresse <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>.

⁷⁰ CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 27. Voir également CERD/C/USA/CO/10-12, par. 35 ; et CERD/C/BRA/CO/18-20, par. 16 b).

⁷¹ *A/66/254*, par. 19.

⁷² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 14 (2000), par. 12, et n° 22 (2016), par. 12 à 21.

et programmes de soins de santé opérationnels, ainsi qu'à des pratiques curatives et à des remèdes traditionnels⁷³. À cette fin, il est essentiel de tenir compte des inégalités préexistantes, des niveaux élevés de vulnérabilité et des disparités qui perdurent dans le domaine de la santé pour garantir une véritable égalité dans la répartition du personnel médical et professionnel qualifié, ainsi que des médicaments essentiels, vaccins, tests et autres produits et services de prévention⁷⁴, et de s'attaquer aux causes de mortalité et de morbidité qui touchent de manière disproportionnée les groupes visés par la Convention⁷⁵, y compris les maladies tropicales négligées. Les microagressions, les crimes et les discours de haine racistes ainsi que le stress qui en résulte ont été associés à une série d'effets néfastes pour la santé, notamment la dépression, l'anxiété et des problèmes de santé physique comme l'hypertension et les maladies cardiovasculaires⁷⁶. Les groupes raciaux et ethniques ont le droit d'avoir accès aux services d'aide destinés aux personnes souffrant de troubles psychosociaux et de maladies non transmissibles.

2. Accessibilité, y compris l'accessibilité physique, financière et numérique et l'accessibilité de l'information

37. Les personnes et les groupes protégés par la Convention ont le droit d'accéder librement et dans des conditions d'égalité, y compris sur le plan physique, financier et numérique et sur le plan de l'information, aux établissements, produits, services et programmes de santé, y compris aux remèdes et pratiques traditionnels⁷⁷. L'égalité d'accès comprend la protection contre le harcèlement et la violence dont peuvent faire l'objet les personnes qui tentent d'accéder à des services de santé⁷⁸, notamment de santé sexuelle et procréative, en particulier des services d'avortement⁷⁹. Ce droit comprend l'accès universel et non discriminatoire aux établissements, produits et services de santé pour tous ; il importe de tenir compte de la discrimination intersectionnelle pour lutter contre les situations de désavantage, d'exclusion et de marginalisation et y remédier. L'égalité d'accès peut être renforcée par des formes numériques de soins de santé, comme la télémédecine, à condition que des garanties d'égalité et de non-discrimination assurent l'interdiction de la discrimination raciale et la même protection pour tous des données personnelles sensibles, et que ces formes de soins de santé n'aggravent pas la fracture numérique du fait de l'utilisation d'outils informatiques et de services en ligne⁸⁰.

38. L'accessibilité physique devrait être garantie à toutes les personnes appartenant à des groupes raciaux et ethniques, y compris les personnes vivant dans des régions rurales et reculées, les personnes handicapées, les réfugiés, les personnes déplacées, les personnes apatrides et les personnes en détention. L'égalité réelle comprend le droit à des mesures positives, comme celles qui garantissent la disponibilité et l'accessibilité financière des moyens de communication et de transport vers les services de santé.

39. L'égalité d'accès à des services de santé essentiels et abordables implique que ces services soient accessibles à tous sans entraîner de difficultés financières⁸¹ ; et qu'ils soient gratuits sur le lieu des soins. Les États parties devraient lever les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé en travaillant à la mise en place d'une couverture sanitaire universelle et en veillant à ce que les systèmes d'assurance maladie, publics et privés, n'exercent aucune discrimination à l'encontre de quiconque, y compris les personnes visées par la Convention⁸².

⁷³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 14 (2000) et n° 22 (2016). Voir également CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 34 et 35.

⁷⁴ CERD/C/HUN/CO/18-25, par. 20 ; CERD/C/BRA/CO/18-20, par. 15 ; et CERD/C/THA/CO/4-8, par. 37.

⁷⁵ CERD/C/CZE/CO/12-13, par. 15 c) ; et CERD/C/RUS/CO/25-26, par. 30 g).

⁷⁶ A/77/197.

⁷⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000).

⁷⁸ CERD/C/HUN/CO/18-25, par. 21.

⁷⁹ CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 26 et 27.

⁸⁰ OMS, *Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening* (2019) ; et A/HRC/53/65, par. 31 à 36.

⁸¹ OMS, « Couverture sanitaire universelle », 5 octobre 2023, disponible à l'adresse [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

⁸² CERD/C/KOR/CO/17-19, par. 32 ; et CERD/C/CHN/CO/14-17, par. 29 et 31.

40. L'accessibilité de l'information signifie que les personnes issues de groupes raciaux et ethniques doivent avoir accès à l'éducation et à l'information factuelle dont elles ont besoin pour s'occuper de leur santé et défendre leurs besoins en la matière⁸³. Elle englobe le droit d'avoir des connaissances sur la santé, y compris le droit d'accéder à des informations fiables et utiles à ce sujet ; de comprendre les informations sur la santé ; d'évaluer la crédibilité, l'exactitude et l'utilité de ces informations afin de prendre des décisions éclairées ; d'utiliser ces informations pour prendre des décisions relatives aux soins, aux mesures de prévention et aux modes de vie qui conviennent à chacun ; de communiquer efficacement avec les prestataires de santé ; et de comprendre le fonctionnement des systèmes de santé, y compris la couverture d'assurance et les démarches administratives.

3. Acceptabilité

41. Tous les prestataires de soins, les produits, les services et les informations concernant la santé doivent respecter les cultures des groupes raciaux et ethniques et des peuples autochtones et tenir compte du genre, de l'âge, du handicap, de la diversité sexuelle et des exigences liées au cycle de vie. Des services de santé respectueux qui tiennent compte de la culture et qui soient culturellement acceptables devraient être disponibles à une distance raisonnable⁸⁴. Ils devraient être adaptés aux caractéristiques linguistiques des bénéficiaires ; être conçus conjointement ou en étroite collaboration avec les communautés concernées ; et inclure des membres des communautés concernées parmi le personnel⁸⁵. Pour garantir l'acceptabilité des soins de santé, il faut lutter activement contre les stéréotypes et les séquelles des théories de supériorité raciale, de l'esclavage et du colonialisme⁸⁶, et combattre les préjugés à l'égard des connaissances, des pratiques et des guérisseurs traditionnels⁸⁷. La non-reconnaissance ou l'interdiction arbitraire des guérisseurs, des remèdes et des pharmacopées traditionnels propres à certains groupes ethniques rendent les membres de ces groupes vulnérables à des maladies.

4. Qualité

42. Les groupes raciaux et ethniques ont le droit d'avoir accès à des établissements, produits, services et informations de santé qui soient de bonne qualité, fondés sur des données factuelles, scientifiquement et médicalement appropriés et à jour. Il faut pour cela du personnel de santé formé et qualifié et du matériel et des médicaments (non périmés) scientifiquement validés. Des préjugés raciaux institutionnels continuent d'entraver et de restreindre l'accès à des produits et services de santé appropriés et de qualité en raison d'une participation inégale à la prise de décision clinique et de la normalisation des constructions sociales dans les pratiques, protocoles et politiques de santé. Les approches et les supports utilisés aux fins de la formation médicale perpétuent les stéréotypes et les préjugés liés aux maladies en faisant l'amalgame entre la race et l'ascendance, en employant des termes à connotation raciale et en faisant référence à des différences dans la prévalence des maladies.

43. En raison de l'héritage historique de l'esclavage, les femmes et les hommes d'ascendance africaine ont été considérés comme physiquement plus forts et plus résistants que les autres à la douleur⁸⁸. Le Groupe de travail d'experts sur les personnes d'ascendance africaine a été informé que des prestataires de santé ne savaient pas bien comment les

⁸³ CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 34 et 35.

⁸⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, par. 24 e). Voir également CERD/C/GTM/CO/16-17, par. 14 c) ; et Nouvelle-Zélande, Ministère de la santé, « Māori health », disponible à l'adresse <https://www.health.govt.nz/maori-health>.

⁸⁵ CERD/C/ECU/CO/20-22, par. 21 ; CERD/C/MEX/CO/16-17, par. 19 ; CERD/C/COL/CO/14, par. 22 ; et CERD/C/GTM/CO/16-17, par. 33 et 34.

⁸⁶ A/77/197, par. 47 à 60.

⁸⁷ OMS, Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an : Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle, 2014-2023, document EB152/37. Voir également Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, art. 21, 24, 29 et 31.

⁸⁸ CERD/C/CHL/CO/22-23, par. 12.

symptômes se manifestaient dans et sur les corps noirs⁸⁹. Les femmes d'ascendance africaine, les femmes autochtones et les femmes roms attendent souvent plus longtemps avant d'avoir accès à des médicaments⁹⁰, y compris pendant l'accouchement. Il n'est pas rare que des groupes visés par la Convention soient exclus de la recherche médicale et des études sur les traitements et la médecine. Selon des médecins, la situation des groupes raciaux et ethniques n'est pas prise en compte lors des essais de médicaments et autres produits et services de santé, du fait de préjugés, d'obstacles structurels et d'une réticence à faire preuve de souplesse et d'adaptabilité pour faire participer ces groupes.

D. Santé sexuelle et procréative

44. Le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale et le droit à l'égalité dans le contexte de la santé sexuelle et procréative comprennent l'égalité d'accès aux services de santé sexuelle, procréative et néonatale et l'égalité en ce qui concerne la qualité de ces services. Ils supposent qu'une couverture sanitaire universelle et complète soit mise en place pour prévenir les pratiques discriminatoires liées au coût de l'accompagnement du travail et de l'accouchement et pour réduire le risque d'urgences obstétricales et de complications pendant l'accouchement⁹¹. Pour garantir le droit à l'égalité, il faut : s'attaquer aux causes de la mortalité maternelle, de la morbidité reproductive et maternelle et des handicaps qui y sont liés, qui touchent de manière disproportionnée les personnes protégées par la Convention ; renforcer les systèmes de santé pour collecter des données de haute qualité afin de répondre aux besoins et aux priorités des femmes, des filles et des personnes de genre variant ; et faire appliquer le principe de responsabilité en cas de violation afin d'améliorer la qualité des soins et l'équité. Les femmes et les personnes de genre variant protégées par la Convention ont le droit à l'égalité en ce qui concerne : la disponibilité de soins prénatals et postnatals, d'accoucheurs qualifiés et de services obstétriques d'urgence ; l'accessibilité, en droit et dans la pratique, des services de santé maternelle ; l'acceptabilité des services de santé maternelle, qui doivent respecter leur dignité et tenir compte de leurs besoins et de leurs points de vue ; et l'adéquation de la qualité des établissements, des produits, des services et des informations liés à la santé sexuelle et procréative, y compris la norme selon laquelle les services doivent être fondés sur des données probantes et scientifiquement et médicalement appropriées, à jour et de bonne qualité.

E. Droit à la vie privée

45. Le droit à la vie privée garantit aux groupes raciaux et ethniques et aux peuples autochtones le droit à l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale en ce qui concerne la protection et l'utilisation des données relatives à leur santé⁹². Toute personne protégée par la Convention a le droit à la protection de ses données personnelles, y compris le droit à la transparence dans le traitement des données ; le droit de s'opposer au traitement des données relatives à la santé ; le droit d'accès aux données relatives à la santé et le droit à la portabilité, à la rectification et à l'effacement de ces données ; et le droit à des recours utiles en cas de violation. Les praticiens de la santé et les bénéficiaires protégés par la Convention devraient pouvoir jouir du droit à la vie privée sans aucune discrimination raciale ni aucune autre discrimination intersectionnelle fondée sur les motifs visés dans la présente recommandation générale.

⁸⁹ Contribution du Groupe de travail pour la journée de débat général sur la discrimination raciale et le droit à la santé, p. 2, disponible à l'adresse <https://www.ohchr.org/en/events/days-general-discussion-dgd/2022/thematic-discussion-racial-discrimination-and-right-health>.

⁹⁰ CERD/C/CHL/CO/22-23, par. 12 et 13.

⁹¹ CERD/C/CZE/CO/12-13, par. 23.

⁹² A/74/277, annexe, chap. II et III.

III. Obligations et recommandations

46. Des articles 5 (al. e iv)), 6 et 7 découle l'obligation d'assurer : a) la prévention des risques pour la santé, y compris les changements climatiques et les risques environnementaux ; b) l'accès à l'eau potable, à un assainissement adéquat, à des aliments sains, à un logement et à de bonnes conditions de sécurité et d'hygiène au travail ; c) la disponibilité, à une distance raisonnable, de services de prévention, de soins curatifs et de réadaptation de bonne qualité et en quantité suffisante, et de médicaments essentiels, y compris des pratiques curatives et des remèdes traditionnels ; d) l'accès à l'information et à la technologie et l'adoption de mesures visant à réduire la fracture numérique ; e) l'élimination des disparités raciales en ce qui concerne les résultats et les ressources en matière de santé et la protection contre les risques pour la santé résultant d'actions de tiers ; f) la collecte et la ventilation de statistiques actualisées et le suivi des inégalités en matière de santé ; g) la sensibilisation et l'éducation du public à la lutte contre la discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé ; h) la participation directe des groupes raciaux et ethniques à la prise de décisions ; i) l'adoption et l'application d'une stratégie et un plan d'action nationaux pour la santé ; j) l'application du principe de responsabilité et l'accès à une réparation pour tout préjudice subi du fait de la discrimination raciale. Les États doivent prévenir la discrimination, protéger les personnes et promouvoir l'égalité et la dignité de tous les membres de la société. La lutte contre les inégalités structurelles requiert l'application de stratégies globales qui s'attaquent aux causes profondes des inégalités en matière de santé et promeuvent la justice sociale, l'égalité et l'inclusion. Il convient notamment d'investir dans des initiatives et des ressources communautaires, de promouvoir la diversité et les compétences culturelles dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs, et de repérer et combattre plus généralement les inégalités structurelles et les facteurs systémiques qui perpétuent les disparités raciales dans le domaine de la santé.

A. Principes généraux relatifs aux obligations découlant de la Convention

47. De l'article 2, lu conjointement avec l'article 5 (al. e iv)), découle l'obligation de respecter, de protéger et de réaliser le droit à l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé. Les États parties sont tenus de mener une politique d'élimination de la discrimination ; un large éventail de mesures concrètes, y compris des mesures spéciales, doivent être prises « sans retard ». Les obligations contractées au titre de l'article 5 (al. e iv)) sont d'effet immédiat⁹³. Les mesures régressives ne sont pas autorisées⁹⁴. Les États doivent examiner de près la nécessité et la proportionnalité des mesures affectant les groupes raciaux et ethniques et les peuples autochtones. Compte tenu des connaissances factuelles sur les effets du racisme sur la santé, les mesures intersectionnelles visant à lutter contre le racisme devraient primer d'autres intérêts concurrents. Les obligations découlant de la Convention s'appliquent non seulement au territoire de chaque État partie, mais aussi à tous les autres territoires sur lesquels l'État partie exerce un contrôle, y compris dans le contexte de conflits armés⁹⁵.

B. Obligation de respecter

48. L'obligation de respecter le droit à la santé sans discrimination raciale impose aux États de s'abstenir de toute action ou omission, y compris en ce qui concerne toute loi, politique ou pratique, qui restreint directement ou indirectement la jouissance du droit à la santé par les groupes raciaux et ethniques ou lui porte atteinte de manière disproportionnée. Elle impose également aux États de prendre des mesures positives générales et spéciales pour assurer l'égalité dans la jouissance du droit à la santé.

⁹³ Voir également Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 14 (2000), par. 30, et n° 3 (1990), par. 1.

⁹⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 32.

⁹⁵ CERD/C/RUS/CO/25-26, par. 4. Voir également CERD/C/MDA/CO/8-9, par. 3.

1. S'abstenir de tout acte discriminatoire et abroger toute politique ou loi provoquant des lésions corporelles, une morbidité et une mortalité évitables⁹⁶

49. Les autorités, y compris les forces de l'ordre et les autorités sanitaires, doivent s'abstenir de tout préjugé racial et de toute stigmatisation, discrimination, violence motivée par des préjugés et incitation à la haine raciale.

50. Les États parties devraient abroger :

a) Toute loi ou politique qui limite de manière disproportionnée, notamment pour les non-ressortissants, l'accès aux services de santé préventifs, curatifs et palliatifs ;

b) Les lois qui obligent les prestataires de santé à signaler les migrants sans papiers à la police⁹⁷.

51. Les États parties devraient s'abstenir :

a) D'interdire ou d'entraver l'accès à la médecine et aux pratiques traditionnelles ;

b) De mener des recherches expérimentales discriminatoires et d'appliquer des traitements coercitifs et des restrictions discriminatoires dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et dans le domaine de la santé mentale ;

c) De placer en détention des personnes présentant des vulnérabilités préexistantes en matière de santé ;

d) D'adopter des lois migratoires et des pratiques répressives disproportionnées qui portent atteinte à la santé ;

e) D'adopter des lois et des pratiques discriminatoires en matière de santé sexuelle et procréative ; ils devraient plutôt interdire la stérilisation forcée, dépénaliser l'accès à l'avortement et garantir l'accès aux contraceptifs et autres produits de santé ;

f) De mener des activités qui causent des atteintes disproportionnées à l'environnement ;

g) De favoriser la ségrégation résidentielle et de placer les groupes raciaux et ethniques dans des zones reculées sans accès aux prestataires de santé et aux autres prestataires⁹⁸ ;

h) D'exproprier des peuples autochtones et de les déplacer sans leur consentement préalable, libre et éclairé ; d'installer des sites d'élimination des déchets ou d'autres sites présentant un danger pour l'environnement sur le territoire de peuples autochtones⁹⁹ ;

i) D'imposer des restrictions aux droits permanents des peuples autochtones et de mettre en péril l'autodétermination de ces peuples, leurs moyens de subsistance traditionnels et leurs droits culturels, conformément aux normes établies par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones¹⁰⁰ ;

j) De se livrer à une répression policière excessive des communautés, au profilage racial, à une surveillance accrue et d'autres formes d'interventions policières qui ont des effets négatifs sur la santé mentale et le bien-être des personnes et de leur famille ;

k) De soumettre des personnes protégées par la Convention à un placement d'office en institution psychiatrique, à un traitement sans consentement et à des mesures d'isolement ou de contention ;

⁹⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 48 à 50.

⁹⁷ CERD/C/DEU/CO/23-26, par. 38 b) ; et CERD/C/CZE/CO/12-13, par. 24.

⁹⁸ Recommandation générale n° 27 (2000), par. 31.

⁹⁹ CERD/C/CHL/CO/22-23, par. 28 ; et CERD/C/USA/CO/7-9, par. 24.

¹⁰⁰ CERD/C/ZMB/CO/17-19, par. 25 et 26 ; et CERD/C/MNG/CO/23-24, par. 23.

- l) De recourir à l'isolement et à des agents chimiques, sauf dans des conditions strictement définies qu'il conviendra d'évaluer régulièrement pour vérifier l'absence de biais raciaux ;
- m) De criminaliser les pratiques de santé traditionnelles sûres et l'exercice des droits en matière de procréation, comme le droit à l'avortement ;
- n) De commettre des violences obstétricales, y compris la ségrégation dans les maternités ; les États parties devraient interdire expressément cette ségrégation dans leur législation ;
- o) De refuser l'accès aux services de santé, notamment via des polices d'assurance maladie imposant des conditions excessives ou la criminalisation de l'entrée et du séjour des migrants sans papiers ;
- p) D'adopter des politiques et des législations qui subordonnent les aides au logement et les aides financières à des critères dont l'application a des effets disproportionnés sur les membres des familles à faible revenu, en particulier les femmes appartenant à des minorités ethniques¹⁰¹ ;
- q) D'appliquer des programmes obligatoires de gestion des revenus ; en outre, les États parties devraient supprimer les critères discriminatoires qui conditionnent l'accès aux prestations¹⁰² ;
- r) De participer à des conflits armés, d'utiliser des armes et de se livrer au commerce d'armes qui causent des dommages corporels à des communautés protégées par la Convention ;
- s) De signer des accords bilatéraux ou multilatéraux qui aggravent la vulnérabilité des groupes protégés la Convention et qui ont des conséquences négatives sur les résultats en matière de santé ;
- t) D'utiliser des données et des algorithmes fondés sur des biais raciaux aux fins de l'élaboration de politiques sociales et de politiques de santé ;
- u) De s'appuyer sur des stéréotypes raciaux et des informations erronées pour prendre des décisions en matière de protection de la santé ou de traitement ;
- v) D'exposer les groupes raciaux et ethniques à des risques sanitaires dans le cadre des systèmes de gouvernance des données.

2. Égalité d'accès à des établissements, des produits et des services de santé de qualité qui soient culturellement appropriés, tiennent compte du genre et soient adaptés au contexte, déterminants sociaux de la santé, droit à la vie privée et à la confidentialité et droit à la participation

52. Les États doivent faire progresser et garantir l'égalité dans la jouissance du droit à la santé :

- a) En adoptant une législation complète prévoyant expressément des mesures positives qui garantissent l'égalité et l'adoption d'une approche interculturelle de la santé¹⁰³, y compris des mesures protégeant le droit à la vie privée et à la confidentialité ;
- b) En assurant une répartition équitable du personnel médical et du personnel d'encadrement qualifié, des médicaments essentiels et des produits et services de prévention, notamment au moyen de dispensaires mobiles¹⁰⁴ ;
- c) En s'attaquant, au moyen de politiques fondées sur des données probantes, aux causes de mortalité et de morbidité, y compris les déterminants commerciaux de la santé, qui ont des effets disproportionnés sur les groupes raciaux et ethniques ;

¹⁰¹ CERD/C/SGP/CO/1, par. 17 et 18.

¹⁰² CERD/C/AUS/CO/18-20, par. 24.

¹⁰³ CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 34 et 35.

¹⁰⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, par. 24 e).

- d) En assurant l'accès à une couverture sanitaire universelle et en adoptant une approche inclusive visant à promouvoir la santé de ceux qui en ont le plus besoin, dont les migrants et les demandeurs d'asile et, au sein de ces groupes, les personnes LGBTQI+¹⁰⁵ ;
- e) En veillant à ce qu'un nombre suffisant de professionnels de santé fournissent des services aux peuples autochtones et en établissant des points de référence pour suivre les progrès accomplis dans les principaux domaines où les personnes autochtones sont désavantagées¹⁰⁶ ;
- f) En veillant à ce que les prestataires de santé : informent chaque patient protégé par la Convention de la nature des procédures, des options thérapeutiques et des alternatives raisonnables, y compris les risques et les avantages potentiels ; prennent en compte les besoins des personnes et s'assurent que celles-ci comprennent les informations fournies ; s'assurent que le consentement a été donné librement et volontairement ;
- g) En recrutant des professionnels spécialisés dans les soins interculturels, tout en développant les compétences interculturelles des personnels en place ;
- h) En permettant la communication avec les prestataires de santé et en assurant les services de transport nécessaires à l'accès aux établissements de santé, aux produits de santé et aux traitements ;
- i) En garantissant dans tous les contextes, y compris dans les lieux de privation de liberté, l'accès à des examens médicaux et à des soins et la tenue de dossiers précisant les soins reçus, les médicaments prescrits et les analyses réalisées ;
- j) En assurant l'accès à des interprètes si nécessaire¹⁰⁷ et l'accès à des services sociaux et des services de santé dans les langues voulues¹⁰⁸ ;
- k) En assurant l'égalité d'accès à l'éducation en matière de santé et aux informations fondées sur des données probantes et en supprimant les obstacles linguistiques et culturels¹⁰⁹ ;
- l) En menant des campagnes de sensibilisation ciblées dans le cadre desquelles sont diffusées des informations sur les services de santé disponibles et les conditions à remplir pour bénéficier de la couverture sanitaire universelle¹¹⁰ ;
- m) En concevant conjointement avec les groupes raciaux et ethniques et les peuples autochtones des services de santé préventifs, curatifs et palliatifs culturellement acceptables et tenant compte du genre ;
- n) En veillant à ce que les soins primaires, au niveau local comme aux autres niveaux, soient assurés par des agents de santé, à savoir, selon les cas, des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des auxiliaires ou des travailleurs communautaires et, lorsqu'il y a lieu, des praticiens traditionnels, qui soient dûment formés socialement et techniquement à travailler dans le cadre d'une qu'équipe de santé et à répondre aux besoins de santé exprimés par la communauté¹¹¹ ;
- o) En fournissant des services de santé préventifs, curatifs et palliatifs de haute qualité et exempts de biais raciaux ; des médicaments efficaces et abordables, y compris des médicaments traditionnels ; des vaccins ; et des produits diagnostiques et d'autres technologies¹¹².

¹⁰⁵ CERD/C/DEU/CO/23-26, par. 38 a).

¹⁰⁶ CERD/C/AUS/CO/14, par. 19.

¹⁰⁷ CERD/C/SGP/CO/1, par. 18.

¹⁰⁸ CERD/C/FIN/CO/20-22, par. 14.

¹⁰⁹ CERD/C/MEX/CO/16-17, par. 18 ; et CERD/C/LAO/CO/16-18, par. 19.

¹¹⁰ CERD/C/LTU/CO/9-10, par. 18 d).

¹¹¹ Déclaration d'Alma-Ata.

¹¹² Déclaration d'Astana.

3. Mesures spéciales

53. Les États doivent adopter et appliquer des mesures spéciales, telles que des quotas de personnel de santé et des ressources et services supplémentaires pour les groupes raciaux et ethniques, afin d'éliminer les disparités et les désavantages persistants, conformément à la recommandation générale n° 32 (2009)¹¹³. Ces mesures devraient être conçues et appliquées selon une approche intersectionnelle qui permette d'identifier les personnes les plus défavorisées et celles qui subissent des formes concomitantes de discrimination. Les États doivent concevoir un cadre pour l'application cohérente de mesures spéciales dans toutes leurs régions¹¹⁴. Ils doivent s'abstenir de mettre un terme aux mesures spéciales visant expressément les groupes vulnérables, afin d'éviter d'aggraver les inégalités existantes¹¹⁵. Les réparations au titre des dommages subis du fait de l'esclavage et de la colonisation pourraient servir à financer des mesures spéciales et à éliminer les disparités en matière de santé, tout en promouvant une société plus saine et plus solidaire.

C. Obligation de protéger

54. L'obligation de protéger le droit à l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé requiert des États qu'ils adoptent et appliquent toutes les mesures nécessaires pour que des personnes physiques ou morales ou des groupes de personnes ne réduisent à néant ni ne compromettent, directement ou indirectement, la reconnaissance du droit de quiconque à la santé et la jouissance ou l'exercice de ce droit à la santé pour des raisons de race, de couleur, d'ascendance ou d'origine nationale ou ethnique. Les effets de la discrimination raciale sur la santé imposent aux États parties l'obligation : de prévenir les risques liés à la discrimination raciale et de prendre des mesures opérationnelles de protection ; de contrôler et garantir le respect du cadre juridique et opérationnel ; et d'offrir aux victimes un recours utile en cas de violation. En particulier, les États doivent :

a) Assurer l'égalité d'accès à des produits et services de santé préventifs, curatifs et palliatifs qui soient fournis par des tiers, soient culturellement appropriés et tiennent compte du genre ;

b) Veiller à ce que les vaccins, les médicaments et les autres produits de santé soient disponibles et abordables pour tous et s'attaquer aux facteurs sociaux et économiques sous-jacents qui contribuent aux inégalités et à la discrimination en matière de santé¹¹⁶ ;

c) Veiller à ce que la participation accrue d'acteurs privés au financement des soins de santé ou à la fourniture de services de santé, de produits de santé et de traitements ne porte pas atteinte à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des établissements et des fournitures de santé, y compris les médicaments et d'autres produits de santé, pour les groupes raciaux et ethniques et, au sein de ces groupes, pour les personnes de genre variant et les femmes enceintes sans papiers ;

d) Veiller à ce que la privatisation n'entraîne pas une réduction du niveau de jouissance du droit à la santé des groupes victimes de discrimination raciale ;

e) Veiller à ce que les politiques de prévention soient fondées sur les meilleures preuves scientifiques, ne contiennent pas de biais raciaux et ne suscitent pas de conflits d'intérêts ;

f) Veiller à ce que les effets sur les droits de l'homme de la participation d'acteurs privés au secteur de la santé fassent l'objet d'une évaluation préalable ; tout acteur privé impliqué dans les soins de santé doit contribuer positivement à la réalisation du droit à la santé et non lui faire obstacle ;

¹¹³ Par. 34.

¹¹⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, par. 9.

¹¹⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23, par. 13.

¹¹⁶ A/HRC/53/50. Voir également A/HRC/49/35 et A/HRC/52/56.

g) Veiller à ce que la dégradation de l'environnement par des acteurs privés ne porte pas atteinte de manière disproportionnée à la jouissance du droit à la santé par les membres des groupes raciaux et ethniques en adoptant des normes et des politiques environnementales, en surveillant les risques environnementaux pour la santé, en faisant respecter les normes de qualité et en garantissant la durabilité de la gestion des ressources naturelles ;

h) Veiller à ce que des pratiques préjudiciables ne portent pas atteinte à l'accès des membres des groupes raciaux et ethniques aux soins prénatals et postnatals et à l'avortement ;

i) Prévenir le recours par des acteurs privés à des pratiques coercitives comme les mutilations génitales féminines, les mariages forcés et la recherche expérimentale en matière de santé ;

j) Veiller à ce que des acteurs privés ne restreignent pas l'accès à l'information et la participation dans le domaine de la santé ;

k) Veiller à ce que toute restriction imposée par des acteurs privés au droit des groupes raciaux et ethniques à la vie privée soit conforme au principe des droits de l'homme consistant à ne pas nuire ;

l) Veiller à ce que tout comportement à motivation raciale ayant pour but ou pour effet de porter atteinte à l'intégrité physique ou mentale de personnes protégées par la Convention fasse l'objet d'une enquête et soit sanctionné comme il se doit ;

m) Veiller à ce que les entreprises privées, les prestataires de santé privés et les autres organisations concernées respectent le droit à l'égalité et le droit à la non-discrimination¹¹⁷ ;

n) Veiller à ce que les acteurs privés : déterminent et évaluent les effets néfastes réels ou potentiels sur le droit à la santé qui sont fondés sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique et auxquels ils peuvent être associés, soit du fait de leurs propres activités, soit du fait de leurs relations commerciales ; tiennent compte des résultats de leurs études d'impact pour toute l'étendue des fonctions et processus internes pertinents, et prennent les mesures qui s'imposent ; contrôlent l'efficacité des mesures qu'ils ont prises ; et rendent compte de la manière dont ils remédient à leurs effets sur les droits de l'homme¹¹⁸ ;

o) Veiller à ce que les entreprises accordent une attention particulière aux facteurs liés aux données qui peuvent avoir un but ou un effet discriminatoire et à ce que les entreprises se soumettent à des audits de leurs systèmes d'intelligence artificielle effectués par des tiers indépendants¹¹⁹ ;

p) Veiller à ce que, lorsque le risque de discrimination ou d'autres violations des droits de l'homme a été jugé trop élevé ou impossible à atténuer, notamment en raison de la nature de l'utilisation que prévoit ou que serait susceptible d'en faire un État, les acteurs privés s'abstiennent de déployer des systèmes d'intelligence artificielle jusqu'à ce qu'ils puissent faire en sorte que leurs effets discriminatoires soient effectivement atténués. L'exposition et la vulnérabilité aux risques sanitaires dus à la discrimination raciale devraient être examinés lors d'évaluations *ex ante* et *ex post* avec la coopération d'une équipe pluridisciplinaire, compte tenu de la façon dont le racisme et la discrimination raciale peuvent être vécus ;

q) Veiller à ce que les acteurs privés, sous réserve qu'ils soient concernés, répondent des atteintes causées au droit à la santé et en soient tenus pour responsables. S'ils ont causé le préjudice, ils devraient cesser l'activité à l'origine du préjudice et remédier à celui-ci. S'ils ont contribué à un préjudice causé par une autre partie, ils devraient cesser l'activité qui a contribué au préjudice, chercher à utiliser ou à renforcer leur influence sur

¹¹⁷ Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme, principes directeurs 1 à 3. Voir également les principes directeurs 11 et 24.

¹¹⁸ Principes directeurs 17 à 21.

¹¹⁹ Voir Déclaration de Toronto : Protéger le droit à l'égalité et à la non-discrimination dans les systèmes reposant sur l'apprentissage automatique.

l'autre partie pour prévenir ou atténuer le risque de préjudice futur, et contribuer à la réparation du préjudice, y compris au moyen d'une indemnisation. S'ils sont liés à un préjudice qu'ils n'ont pas causé ou auquel ils n'ont pas contribué, ils devraient chercher à utiliser ou à renforcer leur influence pour prévenir ou atténuer le risque que l'autre partie cause un nouveau préjudice, mais il n'est pas attendu d'eux qu'ils contribuent à la réparation du préjudice ;

r) Réunir des informations sur les cas de discrimination raciale liés à des prestataires de santé, y compris des acteurs privés, ainsi que sur les mesures de prévention, les sanctions et les réparations s'y rapportant, et faire figurer ces informations dans les rapports qu'ils soumettent au Comité.

D. Obligation de réaliser

55. L'obligation de réaliser le droit à la santé requiert des États qu'ils adoptent, à titre individuel et dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales, des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires et promotionnelles appropriées et d'autres mesures positives aux fins de la pleine réalisation du droit à l'égalité et du droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé. L'effet immédiat des obligations découlant de la Convention et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 2 (par. 1 et 2)) impose aux États de concevoir, d'adopter et d'appliquer sans délai des mesures délibérées, concrètes et ciblées, en tenant compte de l'intersectionnalité, et d'évaluer régulièrement ces mesures.

1. Représentation

56. Les États doivent encourager la représentation pluridimensionnelle des groupes protégés par la Convention dans leurs propres domaines de compétence en tant que prestataires de santé et experts de la santé, et en tant que bénéficiaires des soins de santé. Les indicateurs portant expressément sur la représentation doivent être alignés sur les autres obligations internationales relatives aux droits de l'homme, à l'égalité et à la non-discrimination, compte tenu du contexte et de la situation. Les États devraient promouvoir, dans le cadre de leurs politiques de chaîne d'approvisionnement et de leurs transactions avec des entités privées, la représentation des groupes protégés par la Convention en tant qu'indicateur mesurable de la qualité de la santé.

57. Les États devraient réduire les obstacles à la promotion des professionnels de santé appartenant à des groupes ethniques et raciaux victimes de discrimination et assurer la formation de ces professionnels afin de garantir la représentativité à tous les niveaux hiérarchiques.

2. Participation, consultation et autonomisation

58. L'article 2 (par. 1 e)) énonce l'obligation pour les États parties de favoriser, selon qu'il convient, les organisations et mouvements intégrationnistes multiraciaux et autres moyens propres à éliminer les barrières entre les races, et de décourager tout ce qui tend à renforcer la division raciale. Les organisations et mouvements intégrationnistes multiraciaux s'entendent des organisations de base et à assise communautaire de la société civile qui soutiennent les principes énoncés dans la Convention. Les États devraient allouer des ressources à l'élaboration, conjointement avec les groupes raciaux et ethniques et les peuples autochtones au niveau communautaire, régional ou national, de stratégies de santé interculturelles¹²⁰. Ils devraient faire participer les associations et communautés roms ainsi que leurs représentants, en particulier les femmes, à la conception et à la mise en œuvre de programmes et projets de santé intéressant les groupes raciaux et ethniques¹²¹.

¹²⁰ CERD/C/ECU/CO/19, par. 20 ; et CERD/C/GTM/CO/12-13, par. 13.

¹²¹ Recommandation générale n° 27 (2000), par. 34 ; et OMS, résolution WHA77.2.

3. Suivi des inégalités raciales

59. La surveillance de la discrimination raciale selon une approche intersectionnelle au niveau national¹²² est un élément essentiel de l'application des dispositions de l'article 2 (par. 2) et de l'article 9 de la Convention. L'une des obligations fondamentales de la Convention est de donner à toutes les personnes le droit de s'identifier comme appartenant à un groupe¹²³ et d'être incluses dans les statistiques et les enquêtes sociales. Les données ventilées permettent aux autorités de surveiller les déterminants sociaux de la santé et d'évaluer les effets de la discrimination raciale conjuguée aux inégalités de genre et à d'autres inégalités. Ces données, fournies volontairement et anonymement, sur la base de l'auto-identification, devraient être collectées conformément aux normes et principes des droits de l'homme, tels que les réglementations en matière de protection des données et les garanties de respect de la vie privée, y compris le principe consistant à ne pas nuire et les garanties relatives au consentement éclairé. Les personnes protégées par la Convention devraient avoir accès à des informations concernant la collecte de leurs données, l'utilisation qui est faite de ces données et les résultats de cette utilisation.

60. En coopération avec l'OMS et des organisations et institutions régionales, les États devraient ventiler les données et mettre des statistiques anonymisées à la disposition des groupes raciaux et ethniques et du grand public. Ils devraient adopter et appliquer un plan d'action national pour la santé et des politiques connexes afin d'analyser et de combattre le racisme et la discrimination intersectionnelle, y compris ses causes profondes¹²⁴. Les États parties devraient :

- a) Élaborer des systèmes d'information sur la santé aux fins de la collecte de données ventilées ;
- b) Veiller à ce que les efforts de collecte de données soutiennent également une surveillance globale de la santé publique¹²⁵ ;
- c) Ventiler régulièrement les données pour garantir l'application du principe de responsabilité ;
- d) Veiller à ce que le ministère de la santé et d'autres ministères soient soutenus, y compris en sollicitant l'appui d'entités des Nations Unies, aux fins de la mise en place d'une approche intersectionnelle dans le cadre de l'établissement des rapports au titre de la Convention et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

4. Adoption et application de plans d'action nationaux relatifs à la santé

61. Les États devraient adopter, en consultation avec les groupes concernés, des stratégies et des plans d'action nationaux pour recenser les lacunes, fixer des objectifs clairs, définir des mesures spéciales conformément à l'article 2 (par. 2) et assurer la coordination entre toutes les autorités concernées ainsi qu'une budgétisation efficace. Ils devraient adopter et mettre effectivement en œuvre des politiques dotées de ressources suffisantes, y compris des mesures spéciales, pour améliorer la situation socioéconomique des groupes raciaux et ethniques et des peuples autochtones, y compris des programmes visant expressément les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, et pour combattre les discriminations profondément enracinées¹²⁶. Des programmes particuliers de prévention en matière de santé devraient cibler les personnes non couvertes par le régime public d'assurance maladie, y compris les migrants sans papiers¹²⁷. Il est essentiel d'appliquer une perspective de genre dans toutes les politiques et stratégies de lutte contre la discrimination

¹²² Programme d'action de Durban, par. 92 et 110.

¹²³ CERD/C/ZMB/CO/17-19, par. 25 et 26.

¹²⁴ A/HRC/4/28, par. 90 à 92.

¹²⁵ OMS, *World Report on the Health of Refugees and Migrants* (2022), p. 211.

¹²⁶ CERD/C/AUS/CO/18-20, par. 24 ; CERD/C/CHN/CO/14-17, par. 28 et 29 ; CERD/C/ISR/CO/17-19, par. 28 à 31 ; CERD/C/HUN/CO/18-25, par. 20 ; et CERD/C/LTU/CO/9-10, par. 18.

¹²⁷ CERD/C/CZE/CO/12-13, par. 24 ; et recommandation générale n° 30 (2004).

raciale afin de mettre un terme à la discrimination multiple et intersectionnelle que subissent les femmes autochtones, les femmes migrantes et les femmes d'ascendance africaine¹²⁸.

62. Les États sont vivement encouragés à coordonner efficacement les services de soutien en promouvant des modèles de coopération entre les autorités, les communautés et les organisations de la société civile, les organismes de promotion de l'égalité, les institutions nationales des droits de l'homme et les prestataires de santé privés. Ils devraient étudier, à titre de mesure spéciale d'atténuation et en consultation avec les communautés concernées, la possibilité de fournir un soutien sanitaire au moyen de dispensaires mobiles¹²⁹ et de proposer gratuitement à tous des programmes de prévention, des soins d'urgence complets et tous les soins concernant l'accouchement et les enfants de moins de 5 ans.

63. Les États devraient réglementer l'utilisation de l'intelligence artificielle dans tous les secteurs liés à la santé et veiller à ce que l'interdiction de la discrimination raciale soit respectée. Les systèmes d'intelligence artificielle devraient être déployés uniquement dans l'objectif clair de faire progresser la jouissance du droit à la santé pour tous, sans discrimination raciale ni autre discrimination quelle qu'elle soit. Avant d'acquiescer ou de déployer de tels systèmes, les États devraient adopter des mesures législatives et administratives et d'autres mesures appropriées pour déterminer l'objectif de leur utilisation, encadrer les paramètres de cette utilisation aussi précisément que possible et fournir des garanties afin de prévenir la discrimination raciale et de fournir une protection contre cette discrimination. Ils devraient adopter une approche de l'intelligence artificielle qui soit fondée sur les droits de l'homme et intègre l'élimination de la discrimination raciale à tous les stades et dans toutes les normes minimales¹³⁰. Avant de déployer des systèmes d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé, les États devraient en évaluer les effets potentiels sur les droits de l'homme, et ils devraient envisager de commencer par une période pilote sous la supervision d'un organe de contrôle pluridisciplinaire indépendant dont la composition reflète la diversité de la population.

5. Éducation, formation et sensibilisation du public

64. Conformément à l'article 7 de la Convention, les États parties devraient promouvoir la sensibilisation et l'éducation du public à l'interdiction de la discrimination raciale et au droit à l'égalité dans la jouissance du droit à la santé. Cela suppose de faire prendre conscience aux prestataires de santé, aux décideurs et au grand public de l'importance de la lutte contre les disparités raciales en matière de santé et de l'égalité d'accès aux services de santé pour tous.

65. Les États devraient :

a) Élaborer et proposer des formations contre le racisme, contre la discrimination et sur les compétences culturelles qui soient destinées aux personnels de santé, au minimum à ceux qui assurent des soins de santé primaires, y compris dans des zones d'installation à caractère humanitaire, aux niveaux local, régional et national ;

b) Veiller à ce que les personnes victimes de discrimination intersectionnelle participent, dans la mesure du possible, à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces formations. Les hôpitaux, les centres de soins de santé primaires et les services sociaux devraient veiller à ce que la formation soit complétée par des mesures institutionnelles visant à limiter le pouvoir discrétionnaire dans la prise de décisions et à accroître la surveillance dans les domaines où des stéréotypes et des préjugés sont susceptibles d'influencer les décisions ;

c) Faire de l'éducation aux droits de l'homme une matière obligatoire des programmes d'enseignement des facultés de médecine et assurer une formation continue sur la santé interculturelle, les inégalités en matière de santé liées à la discrimination, le racisme

¹²⁸ CERD/C/GTM/CO/16-17, par. 14 c), 33 et 34. Voir également CERD/C/ISR/CO/17-19, par. 32 et 33.

¹²⁹ CERD/C/MNG/CO/23-24, par. 24 e).

¹³⁰ Groupe d'experts de haut niveau sur l'intelligence artificielle, « The assessment list for trustworthy artificial intelligence (ALTAI) for self-assessment » (2020).

et l'exclusion, ainsi que sur le rôle des services de santé dans l'aggravation et l'atténuation de ces inégalités ;

d) Encourager les facultés de médecine à revoir leurs programmes et à repérer les biais et les stéréotypes dans les approches et les supports utilisés aux fins de la formation médicale ;

e) Encourager les facultés de médecine à accroître la diversité et la représentation des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon les cas, compte tenu du contexte national ;

f) Encourager les associations de professionnels de santé à envisager d'intégrer la formation aux droits de l'homme et à la lutte contre la discrimination dans leurs politiques d'affiliation, et les soutenir dans ces efforts ;

g) Mener des campagnes de sensibilisation ciblées pour diffuser des informations sur les services de santé disponibles et les conditions à remplir pour bénéficier de l'assurance maladie obligatoire¹³¹, et empêcher la diffusion d'informations fausses ou trompeuses tant en ligne que dans la vie réelle.

E. Établissement des responsabilités

66. Conformément à l'article 6, les États doivent assurer à toute personne soumise à leur juridiction une protection et une voie de recours effectives contre tous actes de discrimination raciale qui violeraient son droit à la santé ainsi que le droit de demander satisfaction ou réparation juste et adéquate pour tout dommage dont elle pourrait être victime du fait d'une telle discrimination.

67. Les États devraient :

a) Établir des mécanismes de responsabilité efficaces et indépendants, tant internes – dans les établissements de santé – qu'externes, et envisager des mesures disciplinaires en cas de faute ;

b) Procéder à des audits périodiques, avec l'aide d'experts indépendants, afin de repérer les lacunes des politiques et pratiques internes. Il est fortement recommandé de faire preuve de transparence au sujet des résultats de ces procédures, car cela peut renforcer l'établissement des responsabilités et la confiance des personnes et des communautés ;

c) Établir des mécanismes indépendants et non judiciaires d'établissement des responsabilités et de plainte qui soient compétents pour établir les faits et identifier les personnes responsables d'actes ou d'omissions constituant une discrimination raciale ;

d) Mettre en place des recours non judiciaires conçus en collaboration avec les groupes raciaux et ethniques et les peuples autochtones ;

e) Assurer la participation des organisations et mouvements multiraciaux intégrationnistes aux mécanismes d'établissement des responsabilités et de réparation et prévoir d'autres moyens d'éliminer les obstacles ;

f) Adopter une approche centrée sur la victime et sur la communauté ainsi qu'une perspective intersectionnelle ;

g) Assurer, pour toute violation de la Convention ayant entraîné un préjudice, la réparation intégrale du dommage causé¹³² ;

h) Adopter des mesures structurelles et des réparations individuelles ;

i) Dans le cadre de la réparation, prendre des mesures positives, comme des mesures d'éducation et de formation, des garanties en matière de participation et des mesures d'autonomisation de la communauté concernée, afin d'assurer le respect de l'obligation violée.

¹³¹ CERD/C/LTU/CO/9-10, par. 18 d).

¹³² *Pérez Guartambel c. Équateur* (CERD/C/106/D/61/2017), par. 6.

F. Coopération internationale et développement

68. La coopération internationale dans le domaine de la santé est un élément clef de la promotion de l'égalité et de l'interdiction de la discrimination raciale. Les États devraient veiller au respect des obligations mises à leur charge par la Convention dans le contexte de toutes les organisations, y compris les institutions internationales et régionales financières et de développement. Ils devraient assurer un accès effectif et non discriminatoire aux établissements, produits, services et technologies de santé destinés à la prévention, aux soins curatifs ou à la réadaptation. À cette fin, ils doivent promouvoir un développement fondé sur les droits de l'homme¹³³. Ils ne devraient pas promouvoir, tolérer ou perpétuer des politiques et des pratiques qui, au lieu d'éliminer les obstacles à la jouissance du droit à la santé par les groupes exposés à la discrimination raciale, créent de tels obstacles ou renforcent les obstacles existants.

69. Dans leur lutte contre les inégalités dans les États et entre eux, les États parties devraient être guidés par le principe de la solidarité internationale fondée sur la coopération internationale, et notamment soutenir des propositions comme la proposition visant à déroger temporairement aux dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, et de prendre, aux niveaux national et multilatéral, toutes les mesures supplémentaires permettant d'atténuer les effets divers de ces difficultés et leurs conséquences socioéconomiques pour les groupes et minorités protégés par la Convention¹³⁴.

70. Les États sont vivement encouragés à inclure, dans les accords multilatéraux et bilatéraux et les autres négociations qui ont des effets sur la non-discrimination en matière de santé au niveau mondial, des clauses conformes à l'article 1^{er} (par. 1) de la Convention qui garantissent la jouissance du droit à la santé dans des conditions d'égalité pour tous les groupes ethniques et raciaux, y compris les castes.

IV. Diffusion de la recommandation générale

71. Les États devraient diffuser la présente recommandation générale auprès de toutes les autorités compétentes ainsi qu'auprès des groupes raciaux et ethniques et des peuples autochtones, dans leur langue et sous d'autres formes de communication.

¹³³ Voir [A/HRC/54/50](#).

¹³⁴ Déclaration 2 (2022) sur l'absence d'accès équitable et non discriminatoire aux vaccins contre la COVID-19 ([A/77/18](#), par. 20).