

**Conseil des droits de l'homme****Cinquante-neuvième session**

16 juin-11 juillet 2025

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement****Les personnels de santé et d'aide à la personne
en tant que défenseurs du droit à la santé****Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne
de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible,
Tlaleng Mofokeng***Résumé*

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, met l'accent sur les personnels de santé et d'aide à la personne en tant que protecteurs essentiels du droit à la santé et, partant, défenseurs des droits de l'homme.

La Rapporteuse spéciale étudie la capacité de ces personnes de soutenir l'exercice du droit à la santé et des droits de l'homme connexes. Elle s'intéresse à leur santé, à leur bien-être mental, à leur sécurité, à leur rémunération et à l'équité sur leur lieu de travail, autant de facteurs qui influent sur leur capacité de fournir des services de santé de qualité.

La Rapporteuse spéciale envisage les personnels de santé et d'aide à la personne à la fois en tant que titulaires de droits et en tant que protecteurs des droits des demandeurs de soins de santé, car ces deux aspects sont liés. Elle met en lumière des situations dans lesquelles les personnels de santé et d'aide à la personne protègent le droit de leurs patients à la santé et tous les droits, y compris les droits relatifs à la santé sexuelle et procréative, ainsi que les droits des patients confrontés à la violence, qu'elle leur soit infligée dans leur vie privée ou par l'État, et de ceux qui se trouvent dans des situations de conflit et de crise.

Pour la Rapporteuse spéciale, la pratique de la médecine est un outil de promotion des droits de l'homme. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont un élément essentiel d'un système de santé fondé sur les droits de l'homme qui garantisse l'accès sans discrimination à des établissements, des biens et des services de santé.



I. Introduction

1. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont essentiels à la réalisation et à la défense du droit à la santé. Profondément ancrés dans le tissu social, ils sont l'épine dorsale des systèmes de santé, en ce qu'ils assurent des services préventifs, curatifs et palliatifs et répondent aux besoins des individus et des communautés. Ils sont particulièrement bien placés pour agir comme des catalyseurs de l'équité en santé. En conséquence, le droit à la santé de tous les individus ne peut être réalisé que lorsque les droits des personnels de santé et d'aide à la personnes sont respectés et que ces personnels ont la possibilité et les moyens de faire leur travail vital.
2. Les personnels de santé et d'aide à la personne se heurtent à des difficultés qui portent atteinte à leur bien-être et à leur capacité de fournir des services de qualité. Ces difficultés sont structurelles et intimement liées. Elles se traduisent souvent par des conditions de travail injustes, insalubres et dangereuses, des charges de travail ingérables, des risques professionnels, une inégalité des chances en matière de promotion professionnelle, du harcèlement et de la violence.
3. Les difficultés rencontrées par les personnels de santé et d'aide à la personne reflètent et exacerbent les inégalités en matière de santé, aggravant des formes de discrimination qui touchent en particulier certains personnels qui ont toujours été dans une position de vulnérabilité en ce qui concerne leur expérience professionnelle et leur participation au marché du travail, comme les personnes noires, les femmes, les personnes LGBTQIA+ et les personnes nées ou formées à l'étranger. Cette discrimination peut se traduire par un isolement de la personne, des actes d'intimidation, des obstacles à l'avancement professionnel, des pratiques de travail déloyales, des inégalités salariales, un accès limité aux fonctions de décision ou des agressions directes. Parallèlement, un manque de diversité dans le personnel de santé et d'aide à la personne crée des disparités dans les soins et expose les personnes appartenant à des populations marginalisées à un traitement fondé sur des préjugés.
4. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont partie intégrante du système social au sens large. Placés à l'interface entre les patients et le système de santé, ils ont une influence sur des questions systémiques comme l'accès aux ressources, le financement et l'appui administratif et en subissent aussi les effets. À un moment où les soins de santé sont de plus en plus considérés comme des marchandises dans le cadre de systèmes de santé qui obéissent à la loi du marché, la réduction des pertes et l'augmentation des profits sont parfois privilégiées au détriment du bien-être des personnes. Dans ce contexte, il arrive que les personnels de santé et d'aide à la personne soient eux-mêmes traités comme des marchandises.
5. Aux fins du présent rapport, la Rapporteuse spéciale définit les personnels de santé et d'aide à la personne comme l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objectif premier est de dispenser des soins de santé et de les améliorer. Il s'agit notamment des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des pharmaciens et des personnels associés, comme les auxiliaires de vie qui interviennent à domicile ou dans des structures communautaires. Ils travaillent dans différents contextes, notamment dans le secteur public, privé ou non gouvernemental, en milieu rural ou dans des établissements interculturels ou confessionnels.
6. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale examine le rôle des personnels de santé et d'aide à la personne en tant que défenseurs du droit à la santé. En raison de la nature des violations du droit à la santé qui peuvent se produire, les personnels de santé et d'aide à la personne doivent être considérés comme des défenseurs des droits de l'homme qui garantissent le droit à un système de protection de la santé offrant aux personnes des chances égales de jouir du meilleur état de santé possible. Dans l'exercice de leurs responsabilités, ils sont particulièrement bien placés pour exceller en tant que défenseurs des droits de l'homme et ils doivent être soutenus et protégés, notamment face aux menaces qui pèsent sur eux lorsqu'ils cherchent à obtenir justice. Leur réussite dépend de la protection, de la promotion et de la réalisation de leur propre droit à la santé.

II. Méthodologie

7. Comme suite à la résolution 51/21 du Conseil des droits de l'homme, en application de laquelle le présent rapport est soumis au Conseil, la Rapporteuse spéciale a jugé que les personnels de santé et d'aide à la personne constituaient une priorité stratégique dans le contexte de la réalisation du droit de chacun de jouir du droit à la santé¹.

8. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale s'appuie sur les travaux de ses prédécesseurs, qui ont analysé la santé au travail comme une composante à part entière du droit à la santé² et la formation médicale comme un facteur influençant la capacité des personnels de santé et d'aide à la personne de contribuer à permettre aux États de s'acquitter de leur obligation de faire en sorte que les soins de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité³.

9. Lors de l'élaboration du présent rapport, la Rapporteuse spéciale a lancé un appel à contribution, invitant les parties prenantes à faire part de leur expérience et leurs connaissances, en privilégiant l'angle de l'égalité réelle, y compris une approche intersectionnelle, antiraciste et anticoloniale⁴. Elle remercie tous ceux qui ont répondu à son appel.

III. Cadre juridique

A. Droit international des droits de l'homme

10. Le droit à la santé est consacré à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui dispose que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Il est également consacré dans d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, dont la Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 25), la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (art. 5 (al. e) iv)), la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (art. 11 (par. 1 f) et 12), la Convention relative aux droits de l'enfant (art. 24), la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (art. 28 et 43) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 25). En outre, il est reconnu dans plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme, soit directement, soit en association avec d'autres droits. Il est reconnu notamment dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16), la Convention américaine relative aux droits de l'homme (art. 26) et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador) (art. 10).

11. Dans son observation générale n° 14 (2000), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné que le droit à la santé exigeait de tous les États qu'ils mettent en place un nombre suffisant d'établissements de santé publique et de soins de santé, y compris un personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national des salaires compétitifs au niveau national. Il a également souligné que les installations, biens et services de santé devaient être accessibles à tous, sans discrimination, en particulier aux groupes vulnérables ou marginalisés, et que cette accessibilité ne se limitait pas à l'accessibilité physique, mais avait également d'autres dimensions, telles que l'accessibilité financière et l'accessibilité de l'information. En outre, les installations, les biens et les services de santé devaient être appropriés sur le plan culturel et être respectueux de l'éthique médicale,

¹ A/HRC/47/28.

² A/HRC/20/15.

³ A/74/174.

⁴ OHCHR | Appel à contributions : Les travailleurs de la santé et des soins en tant que protecteurs essentiels du droit à la santé.

y compris protéger la confidentialité. En outre, ils devaient être scientifiquement et médicalement appropriés, ce qui supposait du personnel médical qualifié⁵.

12. Dans ses observations générales, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a confirmé que tous les droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la santé, font naître des obligations de réalisation progressive et d'effet immédiat. Les États doivent garantir que tous les droits sont exercés sans discrimination, y compris l'incitation à la discrimination et le harcèlement. En outre, les États doivent immédiatement prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées en vue de la réalisation des droits. Ils ont, par exemple, l'obligation d'adopter des mesures législatives ou de prévoir des recours judiciaires⁶.

13. Soutenir et défendre le droit à la santé pour tous signifie également protéger les droits des personnels de santé et d'aide à la personne dans le contexte de la réalisation de leur droit à des conditions de travail justes et favorables. Il s'agit à la fois d'un facteur fondamental déterminant de la santé et d'un droit autonome consacré par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 7) et par d'autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.

14. L'article 7 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels définit quatre obligations des États concernant le droit à des conditions de travail justes et favorables. Premièrement, les États doivent assurer une rémunération suffisante qui procure à tous les travailleurs un salaire équitable et une rémunération égale pour un travail de valeur égale sans discrimination aucune, leur permettant d'avoir un niveau de vie suffisant. En outre, la rémunération devrait être suffisante pour permettre la jouissance d'autres droits, tels que le droit à la sécurité sociale, le droit à la santé et le droit à l'éducation, ce qui met en lumière l'interdépendance et l'indivisibilité des droits protégés par le Pacte. Deuxièmement, les États doivent garantir des conditions de travail sûres et saines. Troisièmement, les recrutements, les promotions et les licenciements ne doivent pas être discriminatoires, et les États doivent assurer la même possibilité pour tous d'être promus sans autre considération que la durée des services accomplis et les aptitudes. Cet élément impose l'obligation d'adopter une législation antidiscriminatoire pour garantir l'égalité de traitement, y compris des mesures temporaires spéciales visant à accélérer l'égalité de fait, ainsi que des mécanismes de contrôle. Quatrièmement, les États doivent veiller à ce que les travailleurs puissent avoir un temps de repos adéquat et des loisirs et à ce que la durée du travail soit raisonnablement limitée. Ce faisant, ils reconnaissent la nécessité d'établir un équilibre entre la vie professionnelle, la vie familiale et la vie personnelle des personnes afin d'éviter les états de tension, les accidents et les maladies liés au travail⁷.

15. Des conditions de travail justes et favorables ne peuvent être assurées si la protection contre le harcèlement physique et mental, y compris le harcèlement sexuel, n'est pas garantie. Le droit à la liberté et à la sécurité de la personne est consacré à l'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et reconnu dans plusieurs autres instruments internationaux. Le Comité des droits de l'homme a indiqué que « la sécurité de la personne vis[ait] la protection contre les atteintes corporelles et psychologiques, ou l'intégrité corporelle et mentale », et que les États parties au Pacte devaient prendre des mesures appropriées pour combattre les violences systématiques qui visent des groupes vulnérables⁸. De même, les personnels de santé et d'aide à la personne doivent pouvoir exercer leur métier en défense du droit à la santé dans des conditions optimales, à l'abri de la violence⁹.

16. Le secret médical doit être compris comme étant protégé par le droit à la vie privée, car les données de santé sont des informations sensibles. Toute limitation doit être conforme au principe de légalité et justifiée au regard des critères établis¹⁰.

⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 4 à 17.

⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 3 (1990) et n° 20 (2009).

⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 23 (2016), par. 32 à 34.

⁸ Comité des droits de l'homme, observation générale n° 35 (2014), par. 3 à 9.

⁹ A/HRC/50/28, par. 76 et 77.

¹⁰ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Manuela et al. v. El Salvador*, arrêt du 2 novembre 2021, par. 204 et 216.

17. Un élément fondamental du droit à la santé comme du droit d'avoir accès à l'information est le droit de consentir au traitement en connaissance de cause, qui est lié à l'autonomie, à la confidentialité et au respect de la vie privée, car toute personne a la liberté d'avoir la maîtrise de sa santé et de son corps. Le consentement éclairé est une condition sine qua non de la pratique médicale et l'obligation de respecter cette condition a un caractère immédiat. C'est pourquoi les personnels de santé et d'aide à la personne doivent être formés à cette question, pour la protection des patients comme pour la leur.

18. Le droit à l'égalité et à la non-discrimination est consacré dans divers instruments relatifs aux droits de l'homme, notamment le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (art. 26) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 2). C'est un principe transversal qui sous-tend tous les droits, y compris le droit à la santé¹¹. La non-discrimination et l'égalité sont fondamentales pour l'exercice et la jouissance des autres droits de l'homme. Les États ont l'obligation d'éliminer la discrimination formelle comme la discrimination concrète.

19. Pour garantir les droits des personnels de santé et d'aide à la personne, il faut éliminer les obstacles fondés sur des motifs de discrimination interdits sur le lieu de travail afin de lutter également contre la discrimination concrète. Les femmes et les personnes noires, entre autres, en ont toujours particulièrement pâti. Il importe d'agir – par exemple adopter des mesures positives – pour remédier à la discrimination de fait¹².

20. Il convient de souligner que, dans les systèmes de santé, la discrimination ne touche pas seulement les personnels de santé et d'aide à la personne, mais aussi les personnes avec lesquelles ils travaillent. Les inégalités en matière de santé persistent même lorsque la couverture sanitaire est large ou universelle, ce qui signifie que des facteurs structurels, comme le racisme, le sexisme, la violence fondée sur le genre et le statut au regard de la nationalité, contribuent à l'ampleur de ces inégalités.

B. Droit international du travail

21. Les États ont également l'obligation de protéger les droits des personnels de santé et d'aide à la personne en application du droit international du travail. La Déclaration de l'Organisation internationale du Travail relative aux principes et droits fondamentaux au travail de 1998 affirme que les États membres de l'Organisation internationale du Travail (OIT) ont des obligations qui découlent de leur appartenance à l'organisation, même s'ils n'ont pas ratifié les conventions de l'OIT dans lesquelles ces obligations sont exprimées¹³. La déclaration initiale énonçait quatre principes fondamentaux : a) la liberté d'association et la reconnaissance effective du droit de négociation collective ; b) l'élimination de toute forme de travail forcé ou obligatoire ; c) l'abolition effective du travail des enfants ; d) l'élimination de la discrimination en matière d'emploi et de profession. En juin 2022, l'OIT a ajouté un cinquième principe fondamental, le droit à un environnement de travail sûr et salubre, en réaction à la pandémie de coronavirus (COVID-19)¹⁴.

22. La Convention de 1958 concernant la discrimination (emploi et profession) (n° 111), qui oblige les États à interdire la discrimination (art. 1), est l'une des conventions de l'OIT les plus largement ratifiées, puisqu'elle a été ratifiée par 175 États.

23. La Convention de 1951 sur l'égalité de rémunération (n° 100), ratifiée par 174 États membres, dispose que les hommes et les femmes doivent recevoir une rémunération égale pour un travail de valeur égale. Elle est particulièrement importante pour les personnels de santé et

¹¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 18.

¹² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 23 (2016), par. 9 et 47.

¹³ Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail et son suivi, adoptée à la 86^e session de la Conférence internationale du Travail (1998) et modifiée à la 110^e session (2022), disponible à l'adresse <https://www.ilo.org/fr/resource/autre/d%C3%A9claration-de-1998-de-loit-relative-aux-principes-et-droits-fondamentaux>.

¹⁴ Ibid., p. 9.

d'aide à la personne, car les femmes représentent au moins 67 % du personnel de santé au niveau mondial¹⁵.

24. La Convention de 1977 sur le personnel infirmier (n° 149) est contraignante pour les 41 États membres qui l'ont ratifiée.

C. Droit international humanitaire

25. Alors que le droit international des droits de l'homme s'applique à tous les contextes, y compris la guerre, le droit international humanitaire est strictement limité aux situations qui correspondent à la définition d'un conflit armé¹⁶. Il peut s'agir de conflits armés internationaux ou de conflits armés non internationaux. Dans les deux cas, le droit international humanitaire s'applique et vient en complément du droit international des droits de l'homme pour régler les parties au conflit armé¹⁷.

26. Le droit international humanitaire est essentiellement consacré par les quatre Conventions de Genève du 12 août 1949 et les protocoles additionnels s'y rapportant et repose sur les principes fondamentaux d'humanité, de distinction, de proportionnalité et de nécessité militaire. Le principe de distinction exige que les parties à un conflit armé n'attaquent jamais les biens de caractère civil, y compris les hôpitaux, les établissements de santé et les personnels civils de santé et d'aide à la personne.

27. En vertu du droit humanitaire international, toutes les parties à un conflit doivent s'acquitter des obligations qui leur incombent en matière de santé et d'aide à la personne¹⁸. Toutes les parties doivent assurer le respect et la protection de l'ensemble du personnel médical et du personnel humanitaire chargé de tâches médicales¹⁹, de leurs moyens de transport, de leur matériel et des hôpitaux et autres installations médicales, ainsi que des autres civils chargés de fournir des services de santé et d'aide à la personne²⁰.

28. Le droit international humanitaire exige des parties à un conflit armé qu'elles adoptent des mesures pratiques pour prévenir et faire cesser les violences visant le personnel médical et des installations médicales²¹ et pour garantir que les auteurs de violations rendent compte de leurs actes, et qu'elles élaborent des mesures efficaces qui renforcent l'obligation de protéger et de respecter le personnel médical, les hôpitaux, les installations médicales et les moyens de transport, y compris dans la législation nationale²².

29. Les parties sont aussi invitées à recueillir et communiquer des données sur les manœuvres d'obstruction, les menaces et les attaques physiques visant le personnel médical et les agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, leurs moyens de transport et les installations médicales, et d'échanger des informations sur les difficultés et les bonnes pratiques à cet égard²³. Il est également important que les victimes de violations du droit

¹⁵ Voir <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce#:~:text=Women%20account%20for%2067%25%20of,around%205%20billion%20people%20worldwide>.

¹⁶ Article 2 commun des Conventions de Genève du 12 août 1949.

¹⁷ Organisation des Nations Unies, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *La protection juridique internationale des droits de l'homme dans les conflits armés* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.11.XIV.3, p. 1).

¹⁸ Résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité.

¹⁹ Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne (première Convention de Genève), art. 24 ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I) ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II).

²⁰ Résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité ; première Convention de Genève, art. 24 ; Protocole additionnel I aux Conventions de Genève de 1949. Voir également la résolution 2439 (2018) du Conseil de sécurité.

²¹ Résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité.

²² Première Convention de Genève, art. 24 ; Protocole additionnel I aux Conventions de Genève de 1949 ; Protocole additionnel II aux Conventions de Genève de 1949.

²³ Résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité.

international humanitaire, y compris le personnel médical, soient indemnisées de manière équitable et adéquate.

30. Les États, comme les acteurs non étatiques concernés, devraient s'efforcer de mettre en place des mesures éducatives spécifiques et appropriées à l'intention des personnels de santé et d'aide à la personne, des employés de l'État et du public en ce qui concerne le droit humanitaire et la fourniture de services de santé en période de conflit. La sensibilisation aux principes d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance peut améliorer la perception qu'a le public du personnel médical dans les zones de conflit.

IV. Définition de personnels d'aide à la personne

31. Le secteur des services à la personne représente 11,5 % de l'emploi total au niveau mondial et joue un rôle essentiel en ce qu'il assure la santé et le bien-être des personnes et des communautés²⁴. Toutefois, les définitions du personnel d'aide à la personne varient selon les instruments internationaux, les législations nationales et les travaux de recherche. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au sens strict, les personnels de santé et d'aide à la personne comprennent les personnes qui font un travail non rémunéré d'aide à la personne et toute personne « dont l'intention première est d'améliorer la santé », comme les personnes qui fournissent directement des services personnels à domicile, y compris les parents qui s'occupent de leurs enfants malades²⁵. La complexité des classifications des travailleurs rémunérés complique encore la définition du personnel d'aide à la personne et de son rôle au sein des systèmes de santé.

32. La Rapporteuse spéciale a conscience qu'il importe de surmonter la difficulté de définir le concept de personnel d'aide à la personne, qui a des conséquences sur l'élaboration des politiques et des cadres juridiques. Toutefois, dans le présent rapport, elle n'entend pas entrer dans ce débat ni fournir une définition durable des personnels de santé et d'aide à la personne.

V. Les déterminants de la santé et leurs effets sur les personnels de santé et d'aide à la personne

33. La capacité des personnels de santé et d'aide à la personne de défendre le droit à la santé et d'autres droits liés à la santé ne dépend pas seulement des choix personnels ou des compétences des personnes concernées. Elle est également définie par les déterminants sociaux de la santé. Ces déterminants, qui reflètent les disparités fondées sur la situation socioéconomique, l'appartenance ethnique, la race, le genre, le statut migratoire et d'autres facteurs, peuvent accroître ou limiter la capacité des personnels de santé et d'aide à la personne de fournir des soins de santé²⁶.

34. Les personnels de santé et d'aide à la personne affectés dans des zones où le niveau socioéconomique est faible peuvent être soumis à des conditions de logement dangereuses, à l'insécurité alimentaire et à des charges de travail irréalistes dues au manque de ressources de santé dans la région. En conséquence, ces personnels courent un risque accru de développer des pathologies telles que l'hypertension et de souffrir d'accidents vasculaires cérébraux, ils sont davantage exposés aux maladies infectieuses et aux blessures physiques, et leur santé mentale et leur bien-être peuvent s'en trouver considérablement détériorés. Ces déterminants sociaux de la santé varient considérablement en fonction du groupe social et du statut social, ce qui a des incidences sur la question de savoir qui est en mesure de fournir des soins et comment ces soins sont fournis.

35. Les déterminants politiques de la santé, c'est-à-dire les normes, les politiques et les pratiques, ont également des effets sur la manière dont les personnels de santé et d'aide à la personne exercent et défendent le droit à la santé et d'autres droits liés à la santé. Par exemple,

²⁴ OIT, « Les travailleurs migrants dans l'économie du soin » (Genève, 2024), p. 1.

²⁵ OMS, *The world health report 2006: working together for health* (Genève, 2006).

²⁶ Voir www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

l'utilisation des vaccins et des soins de santé en général comme outil politique pendant la pandémie de COVID-19 a eu des effets considérables sur l'état de santé des médecins et du personnel infirmier dans le monde entier. Des responsables politiques ont déclaré que le COVID-19 était un canular, ont tourné en ridicule les efforts d'atténuation et ont promu des thérapies non éprouvées pour enrayer la propagation de la maladie. Ces actions politiques, dont les responsables n'ont subi aucune conséquence, ont dissuadé des patients de prendre les mesures de précaution qui s'imposaient, ce qui a augmenté le nombre d'hospitalisations dues à l'infection par la COVID-19 et a considérablement alourdi la charge de travail de nombreux professionnels de santé²⁷.

36. Les déterminants commerciaux de la santé, à savoir les activités du secteur privé qui ont des effets directs ou indirects sur la santé des personnes, ainsi que les normes et systèmes politico-économiques applicables, ont également des effets sur l'exercice du droit à la santé par les personnels de santé et d'aide à la personne²⁸. Les équipements de protection individuelle destinés à ces personnels sont souvent conçus pour les hommes, alors que les femmes représentent 67 % des personnels de santé²⁹. Le stress qui naît d'un risque accru d'infection – parfois dû au fait que les équipements de protection individuelle ne sont pas adaptés – et l'infection elle-même ont des effets négatifs sur la santé physique et mentale de ces femmes.

37. Des personnels de santé et d'aide à la personne ont déclaré avoir eu des cas de conscience au sujet de polices d'assurance et avoir refusé ou limité l'accès de patients à un traitement en raison de leur couverture d'assurance³⁰. Le fait de devoir constamment prendre des décisions pour trouver un équilibre entre la santé et les besoins financiers des patients est une autre source de stress.

38. Des stratégies juridiques peuvent être mises en place pour que les personnels de santé et d'aide à la personne aient accès à des services de santé, à un hébergement, à des sources de nourriture, à des systèmes de soutien social et à des équipements de protection appropriés.

VI. Équité : personnels de santé et d'aide à la personne

39. Pour réaliser le droit à la santé, il faut s'attaquer aux facteurs systémiques qui perpétuent et exacerbent les inégalités dans le domaine de la santé. Dans ce contexte, les personnels de santé et d'aide à la personne sont essentiels à l'élaboration et à l'application de stratégies visant à promouvoir l'équité en matière de santé, car ils observent et gèrent les effets des déterminants sociaux de la santé sur les personnes.

40. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont souvent exposés à des pratiques discriminatoires. Certains groupes, notamment les Noirs et les personnes à la peau brune, les femmes, les personnes LGBTQIA+ et les migrants, sont particulièrement vulnérables dans les contextes difficiles, marqués par le manque de ressources et parfois dangereux dans lesquels ils travaillent, et sont donc doublement exposés aux abus³¹. En raison de la stigmatisation et de la discrimination que subissent les professionnels comme les patients LGBTQIA+, les patients peuvent recevoir des services inadéquats ou se voir refuser des services, et les personnels de santé et d'aide à la personne ne sont pas suffisamment formés et informés en ce qui concerne les besoins des personnes LGBTQIA+, qu'il s'agisse de leurs collègues ou de leurs patients³².

²⁷ Christine A. Sinsky *et al.*, « Politicization of medical care, burnout, and professionally conflicting emotions among physicians during COVID-19 », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 98, n° 11 (novembre 2023), p. 1613 à 1628.

²⁸ Voir www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

²⁹ Voir <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce>.

³⁰ Voir <https://www.ama-assn.org/practice-management/prior-authorization/health-insurance-denials-delayed-care-and-medication-access>.

³¹ A/HRC/42/41, par. 25.

³² Voir <https://www.who.int/activities/improving-lgbtqi-health-and-well-being-with-consideration-for-sogiesc>.

41. Les personnels de santé et d'aide à la personne ressentent au quotidien, dans leur vie personnelle et dans leur vie professionnelle, les effets multiples et croisés du système de privilèges et de désavantages. Par exemple, ils sont la cible des préjugés des patients, qui se manifestent par des comportements ou des propos qui les dévalorisent sur la base de leurs identité sociale³³. S'ils peuvent être manifestes, comme dans les cas où le patient refuse d'être soigné, ces préjugés peuvent aussi s'exprimer de manière plus subtile et prendre par exemple la forme d'une remise en question du rôle du professionnel de santé, d'un manque de respect non verbalisé, d'un dénigrement professionnel, de stéréotypes ethniques, de questions sur le parcours du professionnel ou de tentatives de séduction³⁴.

42. Les personnes appartenant à des minorités raciales ou ethniques ont plus de difficultés que les autres à trouver un emploi et se heurtent à d'important obstacles au cours de leur carrière, y compris un accès limité aux postes de direction. Par exemple, aux États-Unis d'Amérique, des études ont montré que seuls 5,7 % des médecins s'identifient comme noirs ou afro-américains³⁵, ce qui peut leur donner le sentiment d'être isolés, invisibles et traités comme des intrus. Dans une enquête menée au début de l'année 2022, des infirmiers ont déclaré être victimes de discrimination de la part de leurs patients comme de leurs collègues³⁶. Le manque de diversité dans le personnel de santé et d'aide à la personne peut avoir des effets négatifs sur la qualité des soins reçus par les patients appartenant à des groupes marginalisés car, pour bien soigner les patients, il est essentiel d'avoir des compétences culturelles et d'appréhender la diversité des expériences en matière de santé.

43. On ne pourra pas éliminer les inégalités au sein des personnels de santé et d'aide à la personne si l'on ne tient pas aussi compte de la dynamique des genres. Les femmes représentent 67 % de ces personnels au niveau mondial. Pourtant, elles n'occupent qu'un quart environ des postes de direction³⁷. Dans le monde entier, les femmes, en particulier celles qui sont issues de milieux défavorisés, sont moins bien payées que leurs homologues masculins³⁸. Cet écart de rémunération est notamment dû à la répartition des rôles dans la société, qui fait peser sur les femmes la charge des soins non rémunérés et du travail domestique, limitant ou restreignant leur participation au marché du travail.

44. En plus d'avoir subi les causes profondes de la migration, comme la limitation de leurs perspectives en matière d'études et de carrière et l'instabilité politique, les personnels de santé et d'aide à la personne qui sont migrants doivent s'adapter à leur lieu de travail et se heurtent à la stigmatisation, à la discrimination, à la maltraitance et à des conditions de travail difficiles. Cette situation, associée à un écart de rémunération de 12,6 % pour les travailleurs migrants en général et de 19,6 % pour les travailleurs du secteur des soins, les rend particulièrement vulnérables économiquement³⁹. De fait, l'augmentation du nombre de faits d'intimidation et de violence visant des travailleurs migrants, en particulier la rhétorique discriminatoire et xénophobe à l'égard des migrants, et l'absence de solutions d'intégration à long terme permettant aux personnes d'accéder à un statut juridique stable, tel que l'accès à un permis de séjour à long terme ou à la nationalité, suscitent une inquiétude croissante⁴⁰.

³³ Kimani Paul-Emile *et al.*, « Addressing patient bias toward health care workers: recommendations for medical centers », *Annals of Internal Medicine*, vol. 173, n° 6 (septembre 2020), p. 468 à 473.

³⁴ Margaret Wheeler *et al.*, « Physician and trainee experiences with patient bias », *JAMA Internal Medicine*, vol. 179, n° 12 (octobre 2019), p. 1678 à 1685.

³⁵ Voir <https://www.aamc.org/news/what-s-your-specialty-new-data-show-choices-america-s-doctors-gender-race-and-age>.

³⁶ Voir <https://statnews.com/wp-content/uploads/2023/05/rwjf473632.pdf>.

³⁷ Voir <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>.

³⁸ <https://www.un.org/fr/observances/equal-pay-day>.

³⁹ Voir https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@migrant/documents/publication/wcms_763803.pdf.

⁴⁰ Réseau des Nations Unies sur les migrations, « Guidance note: regular pathways for admission and stay for migrants in situations of vulnerability », juillet 2021.

45. Bien qu'elles abritent plus de 3 milliards de personnes dans le monde⁴¹, les communautés rurales et isolées souffrent d'une pénurie de personnels de santé et d'aide à la personne plus de deux fois supérieure à celle qui est observée dans les zones urbaines⁴². En outre, les personnels qui exercent dans ces communautés se heurtent souvent à des difficultés telles qu'un accès limité à la formation et des horaires de travail plus longs.

46. Les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et les populations non autochtones restent importantes. Les personnels autochtones de santé et d'aide à la personne atténuent les inégalités en matière de santé en améliorant l'accès aux soins, en veillant à ce que les services soient culturellement adaptés et en aidant le personnel non autochtone à dispenser des soins culturellement appropriés.

47. Les conditions de travail défavorables dues au climat social, économique et politique général d'un pays figurent parmi les principaux facteurs de migration de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. On peut citer en particulier la pénurie de fournitures médicales et d'équipements médicaux, le manque de médecins correctement formés et l'insuffisance des infrastructures médicales⁴³. En raison du manque de personnel dans les hôpitaux et les cliniques, des professionnels de santé peuvent être contraints de faire des journées de travail extrêmement longues, des médecins doivent prendre en charge des patients souffrant de maladies pour lesquelles ils ne sont pas correctement formés, et les professionnels expérimentés aptes à former les nouveaux médecins et infirmiers sont peu nombreux.

48. Assurer l'équité en matière de santé, ce n'est pas seulement étendre la couverture sanitaire ou mettre en place une couverture sanitaire universelle. C'est aussi s'attaquer aux déséquilibres de pouvoir sous-jacents qui façonnent le secteur de la santé et prendre en considération le tissu social qui sous-tend les inégalités formelles et concrètes ainsi que les différentes manifestations de la discrimination dans la vie quotidienne des personnels de santé et d'aide à la personne, y compris les formes de discrimination directes ou indirectes, expresses ou implicites, manifestes ou cachées, comme illustré dans cette section.

VII. Maladies transmissibles et non transmissibles

49. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont eux-mêmes plus exposés que les autres aux agents pathogènes et aux maladies et courent un risque accru de contracter des infections.

50. Pendant la pandémie de COVID-19, l'OMS a estimé qu'entre 80 000 et 180 000 agents de santé étaient morts de cette maladie entre janvier 2020 et mai 2021⁴⁴. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont aussi exposés, dans l'exercice de leur profession, à un risque accru de contracter des infections et des maladies virales comme les hépatites B et C et le VIH/sida et à des infections des voies respiratoires comme les coronavirus et la grippe⁴⁵.

51. Les épidémies, y compris les pandémies, et les situations d'urgence aggravent considérablement les problèmes de santé mentale des personnels de santé et d'aide à la personne. En particulier, l'absence de lignes directrices préétablies et fondées sur les droits qui permettraient d'éclairer la prise de décisions concernant l'établissement de priorités fait peser sur les personnels de santé et d'aide à la personne la charge émotionnelle de prendre eux-mêmes des décisions sans disposer de paramètres clairs.

52. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont de plus en plus exposés à des facteurs de stress mental dus à l'épuisement professionnel, au harcèlement sur le lieu de travail, à la fatigue extrême et à la charge émotionnelle liée à l'expérience quotidienne de la

⁴¹ Voir <https://wdi.worldbank.org/table/3.1>.

⁴² OMS, « Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review », Human Resources for Health Observer Series No. 25 (Genève, 2020), p. 4.

⁴³ Voir <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration#:~:text=International%20health%20worker%20migration%20is,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic>.

⁴⁴ Voir <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>.

⁴⁵ Voir <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occupational-infections>.

mort et de la maladie⁴⁶, ce qui crée une saturation compassionnelle. Ces conditions de travail peuvent être extrêmement stressantes, tant physiquement que mentalement, et aggravent le risque de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil et d'autres maladies mentales, exacerbé par un risque accru de troubles liés à l'abus de substances psychoactives⁴⁷.

53. La prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnels de santé et d'aide à la personne est sous-estimée dans les données sur la santé mentale, car ces personnels hésitent souvent à signaler leurs problèmes parce qu'ils craignent la stigmatisation et qu'ils pensent que les médecins doivent être résilients.

54. Pendant la pandémie de COVID-19, la prévalence des troubles mentaux existants a augmenté. À la fin de l'année 2022, environ 76 % des agents de santé signalaient que leur santé mentale s'était détériorée depuis le premier trimestre de 2020⁴⁸.

55. L'épuisement professionnel a été associé à un risque presque deux fois plus élevé d'erreur médicale, à une probabilité accrue d'être poursuivi pour faute médicale, à une rotation plus importante du personnel médical, à une indifférence ou distanciation par rapport aux patients et au travail, et à une plus grande insatisfaction des patients⁴⁹. Il est donc essentiel d'améliorer la santé mentale des personnels de santé et d'aide à la personne, non seulement pour leur bien-être à eux, mais aussi pour celui des personnes qu'ils traitent.

56. De nombreux praticiens ont dit craindre de se voir retirer leur autorisation d'exercer ou d'être ostracisés par leurs collègues. Ces craintes peuvent conduire à un recours excessif à l'automédication, à une diminution du soutien offert par les pairs et à un risque accru de suicide.

57. Le suicide est un problème majeur pour les médecins résidents du monde entier, qui assument une lourde charge physique et mentale, dans des conditions notoirement difficiles.

58. La communication d'informations exactes et la collecte de données sont essentielles pour la lutte contre les problèmes de santé mentale des personnels de santé et d'aide à la personne. Toutefois, des interventions politiques à plus grande échelle sont encore nécessaires pour faire reculer la stigmatisation des troubles de santé mentale dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne.

59. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont souvent exposés à des produits chimiques toxiques, à des rayonnements nocifs et à d'autres agents cancérigènes en raison de l'utilisation de ces substances dans le cadre de procédures et d'examens médicaux. Parmi ces substances figurent les produits de nettoyage, de désinfection et de stérilisation, le mercure, les médicaments toxiques, les pesticides, le latex et les réactifs de laboratoire. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont plus exposés que les autres au risque de cancer en raison de leur exposition à ces produits⁵⁰.

60. Les troubles du sommeil, qui ont des effets sur la vigilance et l'humeur, peuvent avoir un impact important sur les fonctions cognitives des personnels de santé et d'aide à la personne. En outre, le malaise physique lié à des maladies non transmissibles et à leurs symptômes ou à des blessures physiques peut également avoir des effets importants sur l'humeur des personnels de santé et d'aide à la personne.

VIII. Droits en matière de santé sexuelle et procréative

61. L'efficacité des soins de santé sexuelle et procréative repose en grande partie sur les personnels de santé et d'aide à la personne. Ces derniers sont directement en relation avec le public et sont par conséquent des acteurs clés de la mise en œuvre des politiques relatives à

⁴⁶ Voir <https://www.cdc.gov/vitalsigns/health-worker-mental-health/index.html>.

⁴⁷ Samuel B. Harvey *et al.*, « Mental illness and suicide among physicians », *The Lancet*, vol. 398, n° 10303 (septembre 2021), p. 920 à 930, disponible à l'adresse <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9618683/>.

⁴⁸ Hanan F. Abdul Rahim *et al.*, *Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers* (Doha, Sommet mondial de l'innovation pour la santé, 2022), p. 14.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 11, 12 et 16 ; voir <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8137852/>.

⁵⁰ Voir <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector>.

la procréation. Cependant, leur capacité de s'acquitter de leurs responsabilités est souvent compromise par divers facteurs, notamment la hiérarchie du système de santé, l'insuffisance des ressources, les mauvaises conditions de travail et les inégalités persistantes, qui portent atteinte à la jouissance de leurs propres droits et à leur capacité de fournir effectivement des soins de qualité.

62. Les services complets de conseil et d'éducation à la santé sexuelle et procréative qu'ils assurent peuvent avoir des effets positifs sur la planification familiale et sur la prise de décisions par les personnes concernant leur santé procréative.

63. Dans son précédent rapport, la Rapporteuse spéciale a exposé les risques liés aux mesures prises par les États pour prévenir de prétendus préjudices, en particulier dans le contexte de l'avortement, où c'est la criminalisation elle-même qui est préjudiciable⁵¹. La criminalisation de l'avortement consiste en l'application du droit pénal à « toute personne qui cherche à avorter, a recours à l'avortement, le pratique [y compris en fournissant des médicaments liés à l'avortement], fournit une aide en la matière, communique des données factuelles sur l'avortement, ou sait qu'une personne y a eu recours »⁵².

64. Les personnels de santé et d'aide à la personne craignent d'être considérés comme des délinquants, d'être poursuivis en justice ou de se voir imposer d'autres sanctions, comme le retrait de leur autorisation d'exercer. Les cadres juridiques restrictifs liés à la contraception, à la contraception d'urgence, à l'avortement ou à l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers font obstacle à l'accès à la santé sexuelle et procréative.

65. En outre, les personnels de santé et d'aide à la personne qui fournissent des soins de santé procréative font souvent l'objet d'agressions et de harcèlement. Dans le contexte des services de santé sexuelle et procréative, des personnels de santé et d'aide à la personne qui fournissent des soins liés à l'avortement ont été la cible de harcèlement et d'actes de violence, ce qui a pour effet de les intimider et de les isoler.

66. Des dispositions relatives à l'objection de conscience, qu'elle soit individuelle ou institutionnelle, peuvent entraver l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative et conduire à des violations du droit à la santé.

67. Les violences obstétricales sont une forme de violence fondée sur le genre qui consiste en un traitement inhumain, abusif ou négligent lors de l'accouchement de la part des personnels de santé et d'aide à la personne, ainsi qu'en une bureaucratisation excessive et des actes médicaux forcés⁵³. Les États devraient mettre en place, à l'intention des personnels de santé et d'aide à la personne, des plans de formation et de sensibilisation fondés sur les droits de l'homme visant à lutter contre la commission d'actes constituant des violences obstétricales pendant la grossesse et l'accouchement. En outre, ils devraient établir des mécanismes de suivi et d'établissement des responsabilités permettant d'obtenir réparation en cas de mauvais traitements ou de violences, conformément aux recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement⁵⁴. Cela pourrait à la fois réduire le nombre de cas de violences obstétricales et donner aux personnels de santé et d'aide à la personne plus de moyens de protéger les droits en matière de sexualité et de procréation.

IX. Confidentialité

68. La confidentialité des données médicales découle du droit à la vie privée et du droit à la santé en tant que droits de tous les individus et droits des personnels de santé et d'aide à la personne eux-mêmes, qui peuvent empêcher ou contester la divulgation de certaines informations à des tiers⁵⁵. Elle devient également une obligation pour ces personnels dans le

⁵¹ A/79/177, par. 1.

⁵² Ibid., par. 35.

⁵³ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Beatriz et al. v. El Salvador*, arrêt du 22 novembre 2024, par. 148 et 149.

⁵⁴ OMS, *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* (Genève, 2018).

⁵⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 12 c).

cadre de leur profession. Il est essentiel de garantir la confidentialité pour fournir des biens et de services de santé acceptables et accessibles, car les personnes ont besoin d'être sûres que leurs informations resteront confidentielles pour accéder aux services de santé. Par conséquent, les services de santé doivent être « conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés »⁵⁶.

69. Les personnels de santé et d'aide à la personne ont besoin de garanties et de protections claires pour pouvoir exercer leur droit à la confidentialité et s'acquitter de leur obligation de confidentialité. Les cadres juridiques et réglementaires qui, d'une part, protègent la confidentialité et, d'autre part, exigent que des signalements soient faits concernant des patients dans divers contextes – tels que les urgences obstétricales, l'avortement, la migration, l'usage de drogues et les soins de santé mentale – peuvent créer des tensions inutiles pour les personnels de santé et d'aide à la personne et créer des problèmes systémiques qui ont des effets négatifs sur les résultats en matière de santé pour tous.

70. La confidentialité est cruciale dans le domaine de la santé sexuelle et procréative. Les cadres juridiques peuvent contraindre les prestataires de soins à ne pas respecter la confidentialité en demandant le consentement des parents ou du conjoint ou en imposant l'obligation de signaler les incidents obstétriques dans les contextes où l'avortement est une infraction, ce qui entre en conflit avec leur devoir de préserver le secret médical et la confidentialité. Dans de telles situations, le risque de poursuites judiciaires peut inciter les personnels à signaler tout incident obstétrique aux autorités, même lorsque l'obligation de signalement ne s'applique pas, ou à refuser l'accès aux services de santé.

71. Les personnes vivant avec le VIH peuvent craindre que leurs informations de santé soient utilisées contre elles dans le cadre d'une action en justice. Par conséquent, la possibilité que la confidentialité ne soit pas respectée peut décourager des personnes de se faire dépister et de révéler leur statut par rapport au VIH, ce qui constitue un obstacle à la prévention, au diagnostic et au traitement du VIH/sida⁵⁷.

72. La peur d'être expulsé peut conduire des migrants à ne pas consulter et à attendre que leurs problèmes de santé deviennent critiques pour solliciter des services, car ils craignent d'être dénoncés aux autorités. Pour que le droit à la santé et les droits connexes puissent être réalisés, il faut que les établissements de santé soient des lieux où tous peuvent se faire soigner sans craindre de conséquences de la part de la police ou des services de l'immigration.

X. Harcèlement et violence à l'égard des personnels de santé et d'aide à la personne

73. Le harcèlement désigne tout comportement par lequel une personne dégrade, humilie, irrite, alarme ou insulte verbalement une autre personne, y compris les paroles abusives, les brimades, les gestes et les actes d'intimidation. Les principales formes de violence subies par les personnels de santé et d'aide à la personne sont le harcèlement, la violence verbale, la violence sexuelle et les agressions physiques.

74. Pas moins de 62 % des personnels de santé et d'aide à la personne ont fait état de violences sur le lieu de travail prenant la forme, pour 58 % des cas, de violences verbales et, pour 12 % des cas, de harcèlement sexuel⁵⁸. On estime que la violence au travail dans le secteur de la santé représente environ un quart de l'ensemble de la violence au travail⁵⁹. La Rapporteuse spéciale a déjà plaidé en faveur d'environnements exempts de violence dans le secteur de la santé et a souligné qu'il importait de protéger la santé physique et mentale

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ A/79/177, par. 33.

⁵⁸ Voir <https://www.who.int/fr/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>.

⁵⁹ Mei Ching Lim *et al.*, « Workplace violence in healthcare settings : the risk factors, implications and collaborative preventive measures », *Annals of Medicine and Surgery*, vol. 78 (juin 2022).

des personnels de santé et d'aide à la personne, qui jouent un rôle clef dans la « fourniture de soins acceptables, accessibles, abordables et de qualité »⁶⁰.

75. Le harcèlement sexuel persiste parmi les personnels de santé et d'aide à la personne. C'est un phénomène à multiples facettes, qui englobe une série de comportements sexuels physiquement inappropriés, tant verbaux que non verbaux, y compris des avances importunes ou des relations sexuelles sous contrainte et des gestes ou des commentaires à connotation sexuelle, entre autres. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont souvent victimes de remarques sexuellement suggestives, offensantes ou humiliantes, de demandes de contacts inappropriés, d'attouchements non consensuels, de cyberharcèlement sexuel et de l'exhibition de symboles et d'actes sexuels⁶¹.

XI. Personnels de santé et d'aide à la personne dans les conflits

76. Dans les situations de fragilité et de conflit, les personnels de santé et d'aide à la personne font preuve de courage et de dévouement, à leurs risques et périls, pour que les personnes qui sont dans des situations de très grande vulnérabilité continuent à recevoir des soins de santé. Dans les situations d'urgence humanitaire, il arrive que des hôpitaux, des installations et des moyens de transport soient bombardés, pillés, occupés, attaqués et vandalisés, et que des personnels médicaux soient menacés, enlevés, blessés ou tués.

77. En 2024, l'Organisation mondiale de la Santé a fait état de 1 637 attaques menées contre des services de santé dans le contexte de conflits en cours, faisant 937 morts et 1 774 blessés parmi les agents de santé⁶².

78. La destruction et la fermeture d'hôpitaux et d'autres installations médicales suscitent la peur et, plus largement, un sentiment d'insécurité chez les civils, en particulier chez les patients souffrant de maladies chroniques.

79. Dans le Territoire palestinien occupé, plus de 1 450 attaques visant des agents de santé, des patients, des hôpitaux et d'autres infrastructures médicales ont été enregistrées depuis le 7 octobre 2023⁶³. En 2023, la Safeguarding Health in Conflict Coalition (groupe d'organisations non gouvernementales internationales œuvrant à la protection des personnels, des services et des infrastructures de santé) a recensé 761 cas de violence contre des services de santé ou d'entrave au fonctionnement de services de santé, dont plus de 100 cas concernant spécifiquement des installations de santé de la bande de Gaza⁶⁴.

80. La violence continue exercée par les forces israéliennes, qui peut constituer un génocide, a eu des effets importants sur les infrastructures médicales. Il a été signalé qu'à la fin du mois de juin 2024, 22 des 28 hôpitaux de la bande de Gaza n'étaient plus fonctionnels en raison des graves dommages causés par les attaques⁶⁵. L'Hôpital de l'amitié turco-palestinienne, l'unique centre spécialisé dans le traitement du cancer dans la bande de Gaza, a cessé de fonctionner en raison des dommages causés par les frappes militaires israéliennes, laissant les quelque 10 000 malades du cancer de la bande de Gaza sans soins⁶⁶.

⁶⁰ A/HRC/50/28, par. 76.

⁶¹ Blanca Paniello-Castillo *et al.*, « 'Enough is enough': tackling sexism, sexual harassment, and power abuse in Spain's academia and healthcare sector », *The Lancet Regional Health – Europe*, vol. 34 (octobre 2023).

⁶² Organisation mondiale de la Santé, Système de surveillance des attaques visant les services de santé, disponible à l'adresse <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ HCDH, « Thematic report: attacks on hospitals during the escalation of hostilities in Gaza (7 October 2023–30 June 2024) » (31 décembre 2024).

⁶⁶ Ru'a Rimawi, Bram Wispelwey et Navid Madani, « Roadblocks to cancer care in the Occupied Palestinian Territories », *Health and Human Rights Journal*, vol. 26, n° 2 (décembre 2024), p. 39 à 44.

81. Au mois d'octobre 2024, le conflit opposant les forces armées soudanaises et les Forces d'appui rapide avait entraîné le déplacement de plus de 11 millions de personnes⁶⁷. L'OMS a recensé plus de 140 attaques visant des services de santé au Soudan depuis le début du conflit en avril 2023⁶⁸, mettant gravement en péril le système de santé.

82. En 2023, selon les informations disponibles, plus de 440 agents de santé ont été arrêtés ou détenus dans 12 pays et territoires différents⁶⁹. Ils ont été arrêtés lors de campagnes d'arrestations massives de civils, dans le cadre de raids menés dans des hôpitaux ou alors qu'ils suivaient des itinéraires autorisés. D'après des organisations indépendantes de défense des droits de l'homme, les forces israéliennes ont placé arbitrairement en détention au moins 310 agents des personnels de santé et d'aide à la personne dans la bande de Gaza, contribuant ainsi à la poursuite de la dégradation du système de santé du territoire⁷⁰. D'après les témoignages documentés de personnels internationaux de santé et d'aide à la personne, le personnel médical a été pris pour cible, tout comme les infrastructures hospitalières, et les agents de santé ont été des cibles directes de l'armée israélienne, et non des victimes indirectes des attaques⁷¹.

83. Ces dernières années, des attaques systématiques contre des infrastructures médicales et des personnels de santé et d'aide à la personne ont été observées dans le contexte de conflits, par exemple en République arabe syrienne, en Ukraine et au Yémen et dans la bande de Gaza⁷². Après de telles attaques, les services de santé restent souvent perturbés et l'accès aux soins est encore plus limité pendant une crise, comme lorsque huit personnes œuvrant à la vaccination contre la poliomyélite ont été tuées en Afghanistan en 2022, ce qui a entraîné la suspension de la campagne nationale de vaccination⁷³. Entre 2017 et 2019, en République arabe syrienne, les attaques visant les services de santé ont entraîné, en moyenne, une diminution de 51 % du nombre de consultations externes le jour suivant, et des diminutions significatives ont été observées pendant trente-sept jours après l'attaque⁷⁴.

XII. Gestion

84. Il est important que les stratégies et les plans d'action reposent sur des données précises et ventilées relatives à la main-d'œuvre qui permettent d'élaborer des politiques fondées sur des données probantes en mettant en évidence les lacunes et en orientant les interventions.

85. Afin de respecter les obligations mises à leur charge par le droit international, les États doivent appliquer des politiques intersectorielles qui protègent les personnels de santé et d'aide à la personne et réduisent les interactions hostiles sur les lieux de soins.

86. Il est essentiel que les personnels de santé et d'aide à la personne bénéficient d'un enseignement et d'une formation continue de qualité qui leur permettent d'avoir les compétences requises pour répondre à l'évolution des besoins de santé des populations. Les facultés de médecine façonnent l'opinion et l'attitude des futurs soignants à l'égard de leurs patients et de leurs collègues. Les organismes professionnels médicaux jouent également un rôle clef dans l'élaboration de programmes et d'approches fondés sur les droits de l'homme qui créent un environnement propice à la défense des droits des patients et à la contestation des injustices qui touchent tous les personnels de santé et d'aide à la personne.

⁶⁷ Organisation internationale pour les migrations, « Au Soudan, le nombre de personnes déplacées dépasse les 11 millions alors que la crise dévastatrice atteint de nouveaux sommets », déclaration de la Directrice générale de l'OIM, 29 octobre 2024.

⁶⁸ Organisation mondiale de la Santé, Système de surveillance des attaques visant les services de santé, disponible à l'adresse <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>.

⁶⁹ Safeguarding Health in Conflict Coalition and Insecurity Insight, *Critical Condition: Violence Against Health Care in Conflict – 2023* (Baltimore, 2024), p. 11.

⁷⁰ Communication de Human Rights Watch.

⁷¹ Communication de Doctors Against Genocide.

⁷² Ibid., p. 8 et 9.

⁷³ Communication de l'OMS, p. 5.

⁷⁴ Communication de Physicians for Human Rights, p. 7.

87. Les femmes travaillant dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne sont plus exposées que les hommes à la violence et au harcèlement sexuels et fondés sur le genre en raison des déséquilibres persistants des forces et de la discrimination fondée sur le genre. La peur des représailles, la stigmatisation et la caractère inadéquat des mécanismes de signalement favorisent une culture du silence qui permet au harcèlement et aux abus de persister en toute impunité.

XIII. Bonnes pratiques

88. La Rapporteuse spéciale remercie tous ceux qui ont répondu à son appel à contribution concernant les bonnes pratiques⁷⁵.

89. Au Kazakhstan, les lois antidiscrimination s'étendent à l'emploi et garantissent qu'une personne ne peut se voir refuser un emploi en raison de son statut par rapport au VIH⁷⁶.

90. En Inde, un accord-cadre de collaboration relatif aux personnels de santé a été conclu entre le Gouvernement indien et le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Il facilite la formation professionnelle, contribue au renforcement des capacités et établit un équilibre entre la satisfaction des besoins mondiaux en personnel de santé et la pérennité des systèmes de santé nationaux, conformément au Code de pratique mondial de l'OMS⁷⁷.

91. En Colombie, le plan décennal de santé publique 2022-2031 définit des stratégies de gestion, des objectifs et les politiques dans le but d'améliorer la santé publique, en mettant l'accent sur la résolution des problèmes systémiques et la garantie du bien-être du personnel du secteur de la santé publique et des communautés. Il importe de noter qu'il fait de l'adaptation aux changements climatiques un élément directeur de la gestion des soins de santé primaires⁷⁸.

92. En Arabie saoudite, pour faire face à l'augmentation brutale de la demande de services de santé pendant la saison du *hajj*, le Ministère de la santé a mis en œuvre une initiative permettant de faire appel à du personnel médical et technique spécialisé saoudien ou étranger pour renforcer la capacité des établissements de santé de répondre aux besoins particuliers et accrus, y compris l'atténuation des risques épidémiologiques, qui augmentent pendant cette période⁷⁹.

93. En Espagne, l'instruction n° 3/2017 du secrétaire d'État à la sécurité établit un protocole d'action pour les forces et les corps de sécurité de l'État en cas d'agression d'agents de santé. Il s'agit d'une mesure importante pour la protection du bien-être physique et émotionnel des personnels de santé et d'aide à la personne, qui peuvent ainsi exercer leurs fonctions sans craindre la violence ou le harcèlement⁸⁰.

94. En Iraq, la loi sur la protection des médecins (loi n° 26 de 2013) vise les agressions physiques, les revendications tribales indues et les exigences illégales imposées aux médecins, jetant des bases pour assurer la sécurité de ces derniers et leur permettant d'exercer leurs fonctions sans craindre la violence ou des pressions indues⁸¹.

95. En Uruguay, la loi n° 19 529 de 2017 fait de la santé mentale un droit humain fondamental, tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Reconnaissant que les professionnels de santé travaillent dans des conditions difficiles qui mettent souvent en

⁷⁵ Voir <https://www.ohchr.org/fr/calls-for-input/2025/call-input-health-and-care-workers-key-protectors-right-health>, question 10. Les contributions seront publiées sur la page Web de la Rapporteuse spéciale.

⁷⁶ Communication de la Eurasian Coalition for Health, Rights, Gender and Sexual Diversity.

⁷⁷ Communication du Centre for Health Equity, Law and Policy. Voir également la communication de l'Inde.

⁷⁸ Communication de la Colombie.

⁷⁹ Communication de l'Arabie Saoudite.

⁸⁰ Communication de l'Espagne.

⁸¹ Communication de l'Iraq.

péril leur bien-être émotionnel, elle vise à créer un environnement plus favorable pour ceux qui dispensent des soins de santé mentale⁸².

96. L'engagement de Buenos Aires, adopté en 2022 à la Conférence régionale sur les femmes de l'Amérique latine et des Caraïbes organisée par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, marque une étape décisive dans la reconnaissance des soins en tant que droit.

97. Aux Philippines, la législation offre un cadre juridique solide qui protège les droits et le bien-être des personnels de santé et d'aide à la personne⁸³.

XIV. Conclusions et recommandations

98. **La Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible souligne l'importance de reconnaître le rôle crucial que jouent les personnels de santé et d'aide à la personne dans la réalisation du droit à la santé et d'autres droits liés à la santé. Compte tenu de ce rôle, la défense des droits de ces personnels au moyen de l'adoption d'une approche intersectorielle fondée sur des données probantes et sur les droits doit être une priorité.**

99. **La Rapporteuse spéciale réaffirme que la pratique médicale est en soi un outil de promotion des droits de l'homme et que les personnels de santé et d'aide à la personne sont essentiels pour assurer la transformation des systèmes médicaux patriarcaux et paternalistes⁸⁴.**

100. **La Rapporteuse spéciale recommande aux États et aux autres parties prenantes :**

a) **De fournir des ressources suffisantes et durables pour renforcer les systèmes de santé et de garantir des pratiques de travail justes et équitables, y compris une rémunération équitable des personnels de santé et d'aide à la personne et la fourniture des outils de travail, en particulier pour les groupes de population traditionnellement marginalisés et exclus ;**

b) **Conformément aux obligations mises à leur charge par le droit international, d'agir pour assurer l'utilisation de mécanismes de recrutement, de répartition et de rétention justes de manière à garantir la durabilité et la composition équitable de la main d'œuvre dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne ;**

c) **De renforcer la protection des personnels de santé et d'aide à la personne qui dénoncent des ingérences politiques ou commerciales dans les systèmes de santé, la recherche et la prestation de soins, y compris l'influence de l'industrie pharmaceutique ou du secteur des assurances sur la prise en charge des patients ;**

d) **De renforcer la surveillance de l'influence commerciale dans le secteur de la santé, y compris le financement des produits pharmaceutiques, les assurances privées, les politiques médicales et la recherche médicale, afin de protéger les personnels de santé et d'aide à la personne contre les conflits éthiques et les pressions indues qui compromettent les soins aux patients ;**

e) **De donner la priorité au recrutement et à la rétention des personnels de santé et d'aide à la personne issus des communautés rurales, autochtones et mal desservies, en proposant des possibilités de perfectionnement professionnel et des systèmes de soutien ;**

f) **De garantir l'accès des personnels de santé et d'aide à la personne à des services médicaux complets, y compris la surveillance, la prévention, la vaccination, l'accompagnement psychologique, les traitements, la réadaptation et des services**

⁸² Communication de l'Uruguay.

⁸³ Voir <https://www.studocu.com/ph/document/liceo-de-cagayan-university/fundamentals-of-nursing/republic-act-no-7305-the-magna-carta-of-public-health-workers-supreme-court-e-library/108876039>.

⁸⁴ A/76/172, par. 80.

d'appui pour les maladies, les traumatismes et les problèmes de santé mentale liés au travail, sans frais pour le salarié ;

g) D'adopter des cadres juridiques et des politiques ou de modifier les cadres et politiques existants pour protéger les droits parentaux des personnels de santé et d'aide à la personne, y compris de prévoir un congé parental adéquat, des périodes d'allaitement raisonnables et des locaux et autres aménagements appropriés ;

h) De respecter pleinement les obligations découlant de l'appartenance à l'OIT et les recommandations de l'OIT relatives à des conditions de travail sûres et équitables, y compris en ce qui concerne la limitation des heures de travail, les loisirs, la charge de travail, les systèmes de soutien et les outils d'évaluation des risques de violence et de harcèlement ;

i) De renforcer la protection des personnels de santé et d'aide à la personne qui sont migrants, y compris en proposant des contrats de travail équitables, en reconnaissant les diplômes étrangers et en établissant des procédures transparentes pour permettre l'accès à un statut juridique stable, comme un droit de séjour à long terme ou la nationalité, afin de réduire la précarité de ces personnels et leur vulnérabilité face à l'exploitation ;

j) D'éliminer les obstacles à l'accès à la santé sexuelle et procréative qui sont liés à la confidentialité et à l'objection de conscience, réviser les cadres juridiques et réglementaires, dépenaliser l'avortement et veiller à ce qu'il n'y ait pas d'obstacles à l'accès aux droits relatifs à la santé sexuelle et procréative ;

k) D'envisager de conclure des accords bilatéraux éthiques et fondés sur les droits pour les travailleurs migrants du secteur de la santé et de l'aide à la personne, afin de garantir l'équité des salaires, des conditions de travail et des possibilités d'avancement professionnel pour ces travailleurs, tout en prévenant la pénurie de main-d'œuvre dans leur pays d'origine ;

l) De renforcer les cadres juridiques qui protègent, promeuvent et respectent les protections juridiques internationales prévues par le droit international des droits de l'homme et le droit international humanitaire pour les personnels de santé et d'aide à la personne dans les situations de conflit, de génocide et de violence. Les politiques post-conflit devraient être détaillées et limitées dans le temps, et prévoir la participation des personnels de santé et d'aide à la personne, des civils et des autres parties prenantes ;

m) De mettre à jour la pédagogie et les programmes d'études médicaux selon une approche communautaire fondée sur les droits de l'homme qui intègre des pratiques éthiques et donne des moyens d'agir à la fois aux prestataires de soins et aux patients ;

n) D'établir des commissions composées de divers travailleurs du secteur de la santé et de l'aide à la personne qui seraient chargées de donner des conseils sur l'établissement des responsabilités et la réparation dans les cas de mauvais traitements ou de violences visant des travailleurs et de prévenir les violations potentielles des droits des personnes de la part des personnels de santé et d'aide à la personne ;

o) De faire en sorte que les soins de santé mentale soient à la fois accessibles et confidentiels et qu'ils comprennent la prévention, la détection, le traitement et la réadaptation des troubles mentaux résultant du travail.

101. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont des défenseurs des droits de l'homme. Dans un monde où la pleine jouissance du droit au meilleur état de santé physique et mentale possible reste un objectif lointain, les personnels de santé et d'aide à la personne sont essentiels pour garantir les droits de l'homme dans leur pratique, en particulier en ce qui concerne, entre autres, les droits à la non-discrimination, à l'égalité réelle, à l'autonomie et au respect de la vie privée.

102. **Il est urgent de changer de paradigme pour réimaginer des systèmes de santé durables et équitables dans le cadre desquels les êtres humains – essentiels au fonctionnement des système de santé – sont reconnus à leur juste valeur et traités avec dignité et compassion.**
