



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.4/2004/49
16 février 2004

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Soixantième session
Point 10 de l'ordre du jour provisoire

DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

**Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique
et mentale susceptible d'être atteint**

Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt*

* Le présent document a été présenté tardivement afin que puissent y figurer des informations aussi actuelles que possible.

Résumé

Le présent rapport décrit certaines des activités qui ont été menées par le Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint depuis son premier rapport intérimaire à l'Assemblée générale (A/58/427).

Dans le premier chapitre, le Rapporteur spécial apporte une contribution au dixième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) en examinant la santé en matière de sexualité et de procréation sous l'angle du droit à la santé. Au moins trois des huit objectifs de développement pour le Millénaire sont directement liés à la santé dans ces deux domaines. Le Rapporteur spécial estime que le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation joue un rôle essentiel dans la lutte contre l'intolérance, l'inégalité entre les sexes, le VIH/sida et la pauvreté, et recommande que l'on s'attache davantage à mieux comprendre ce que recouvrent la santé génésique, les droits liés à la procréation, la santé sexuelle et les droits en matière de sexualité.

Dans le deuxième chapitre, le Rapporteur spécial étudie la relation qui existe entre le droit à la santé et la réduction de la pauvreté. Bien que l'étude de cas concerne la Stratégie de réduction de la pauvreté au Niger, la plus grande partie de l'analyse s'applique également aux autres stratégies de réduction de la pauvreté. Le Rapporteur spécial affirme que le droit à la santé peut renforcer et consolider les stratégies de réduction de la pauvreté.

Le troisième chapitre est consacré à une brève mise à jour des travaux du Rapporteur spécial en ce qui concerne les maladies négligées et le «déséquilibre» 10/90. Conformément à la résolution 2003/28 de la Commission des droits de l'homme, le quatrième chapitre présente quelques observations succinctes sur le droit à la santé et la prévention de la violence.

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Paragraphes</i> | <i>Page</i> |
|--|--------------------|-------------|
| Introduction..... | 1 – 6 | 4 |
| I. Le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation | 7 – 56 | 6 |
| II. La pauvreté et le droit à la santé: la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger..... | 57 – 75 | 17 |
| III. Les maladies négligées | 76 – 80 | 21 |
| IV. Le droit à la santé et la prévention de la violence..... | 81 – 86 | 23 |
| V. Conclusion | 87 – 89 | 24 |

Introduction

1. Le Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a présenté son rapport préliminaire à la Commission des droits de l'homme à sa cinquante-neuvième session, en avril 2003 (E/CN.4/2003/58). Dans ce rapport, le Rapporteur spécial expose la conception qu'il a de son mandat, notamment de ses objectifs fondamentaux, des thèmes principaux et des principales activités devant être entreprises. Aux termes de sa résolution 2003/28, la Commission des droits de l'homme a pris note avec intérêt du rapport préliminaire et a invité le Rapporteur spécial à prêter une attention particulière aux liens existant entre les stratégies de réduction de la pauvreté et le droit à la santé, ainsi qu'entre la réalisation de ce droit et les aspects relatifs à la discrimination et à la stigmatisation. Elle lui a également demandé de s'attacher particulièrement à recenser les pratiques qui sont les plus efficaces pour rendre ce droit opérant. La Commission a prié le Rapporteur spécial de poursuivre son analyse relative aux maladies orphelines, y compris les maladies les plus négligées, et au rôle des études d'impact sur la santé. Elle lui a demandé de présenter chaque année un rapport à la Commission et un rapport intérimaire à l'Assemblée générale sur les activités menées dans le cadre de son mandat.

Activités récentes

2. Le Rapporteur spécial a présenté son premier rapport intérimaire (A/58/427) à l'Assemblée générale en novembre 2003. Le rapport porte sur les activités menées par le Rapporteur spécial, ainsi que sur les questions présentant un intérêt particulier, pour lui, depuis son rapport préliminaire à la Commission. Il aborde la question des indicateurs du droit à la santé qui, d'après lui, peuvent aider les États, ainsi que d'autres entités à savoir à quel moment procéder à des ajustements de leur politique interne et internationale. Le rapport fait un tour d'horizon de certains aspects conceptuels et d'autres questions liées aux bonnes pratiques en matière de droit à la santé. Dans ce rapport, le Rapporteur spécial exprime sa préoccupation concernant les obstacles qui continuent d'entraver la prévention et le traitement du VIH/sida. Le rapport attire également l'attention sur la nécessité d'examiner les implications, du point de vue du droit à la santé, des maladies négligées. Aux termes de sa résolution 2003/18, la Commission des droits de l'homme a invité tous les rapporteurs spéciaux dont le mandat concerne la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels à présenter leurs observations concernant la proposition relative à un protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Aussi, le Rapporteur spécial a-t-il fait certaines observations sur cette question dans son rapport intérimaire.

3. À l'invitation de la Société canadienne de santé internationale (SCSI) et de Action Canada pour la population et le développement (ACPD), le Rapporteur spécial a assisté, en octobre 2003, à la dixième Conférence canadienne annuelle sur la santé internationale, au cours de laquelle il a présenté un exposé introductif sur «le droit à la santé: nouvelles possibilités et nouveaux défis». Lors de son séjour au Canada, le Rapporteur spécial a participé à une série de réunions informelles avec des hauts fonctionnaires en poste à Ottawa à l'Agence canadienne de développement international, au Ministère de la justice du Canada, au Ministère des affaires étrangères et du commerce international et à Santé Canada. Il a également rencontré à Ottawa plusieurs organisations de la société civile et a participé à une table ronde avec des organisations non gouvernementales (ONG) sur le droit à la santé. Il a aussi rencontré des représentants de communautés autochtones, avec lesquels il s'est entretenu des questions concernant la santé des

autochtones et la politique menée dans ce domaine aux niveaux fédéral et provincial.

Le Rapporteur spécial est très reconnaissant envers ceux qui ont organisé ces réunions et y ont participé et plus particulièrement envers la SCSJ et l'ACPD qui l'ont invité à se rendre au Canada.

4. Le Rapporteur spécial a profité de sa présence aux États-Unis aux fins de la présentation de son rapport intérimaire à l'Assemblée générale pour rencontrer à New York des représentants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (ainsi que des représentants du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)). Il a également rencontré des fonctionnaires travaillant dans le cadre du Projet du Millénaire, ainsi que les membres du Groupe d'étude chargé des objectifs du Millénaire pour le développement. Il s'est également exprimé sur le thème des droits de l'homme et des objectifs du Millénaire pour le développement lors d'une conférence organisée par le Centre universitaire de New York sur les droits de l'homme et la justice mondiale. Le Rapporteur spécial s'est rendu à Washington pour assister à des réunions à la Banque mondiale sur des questions relatives à la pauvreté et à la santé. À New York comme à Washington, le Rapporteur spécial a rencontré des membres de plusieurs ONG. Le rapport du Secrétaire général sur les droits économiques, sociaux et culturels (E/CN.4/2004/38, par. 11 et 15) mentionne d'autres activités menées par le Rapporteur spécial au cours de la période sur laquelle porte le présent rapport.

Communications individuelles

5. En application du paragraphe 5 a) de la résolution 2002/31, le Rapporteur spécial a reçu de la part d'ONG et d'individus des renseignements concernant l'exercice du droit à la santé. Certains de ces renseignements faisaient état de violations du droit à la santé. Plusieurs de ces allégations dénonçaient un manque d'accès aux soins et services de santé pour les détenus ou les prisonniers. Dans certains cas, les pouvoirs publics étaient accusés d'avoir refusé l'accès aux soins de santé à des détenus ayant besoin d'une assistance médicale. Le Rapporteur spécial a également reçu des informations faisant état de harcèlement contre des professionnels de la santé du fait de leur activité professionnelle; de discrimination à l'encontre de groupes ou individus particuliers, sur la base de leur état de santé, notamment s'agissant du VIH/sida; de traitements médicaux prescrits sans le consentement du patient; de sévices contre des malades mentaux et de dénégaration de services de santé à des travailleurs migrants. Le Rapporteur spécial souhaite attirer l'attention sur le fait que certaines allégations qui lui ont été présentées sont extrêmement graves et hautement crédibles.

6. À la lumière des alinéas *a* à *d* inclus du paragraphe 5 de la résolution 2002/31, le Rapporteur spécial a réagi à certains renseignements qu'il a reçus en écrivant, conjointement avec d'autres titulaires de mandats au titre des procédures spéciales ou à titre individuel, au gouvernement visé, l'invitant à répondre aux allégations et à fournir des explications, lui rappelant les obligations qui lui incombent en matière de droit à la santé dans le cadre du droit international et demandant des informations, le cas échéant, sur les mesures prises par les autorités pour remédier à la situation. Le Rapporteur spécial remercie les quelques gouvernements qui lui ont répondu. Il exhorte tous les gouvernements à répondre rapidement à ses communications et, lorsqu'il convient, à prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre un terme aux violations du droit à la santé.

I. LE DROIT À LA SANTÉ EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION

7. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, a constitué un événement historique dans la mesure où les États participants ont reconnu que la santé en matière de sexualité et de procréation était essentielle pour les individus, les couples et les familles, ainsi qu'au développement social et économique des collectivités et des nations. La Conférence a sonné le glas des programmes de planning familial de portée limitée, a placé les femmes au centre d'une conception intégrée de la procréation et a reconnu que les droits de l'homme doivent jouer un rôle essentiel dans ces domaines. L'année suivante, cette nouvelle conception a été réaffirmée lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Beijing¹.

8. Dans le cadre de sa contribution au dixième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement, le Rapporteur spécial consacre le présent chapitre de son rapport à la santé en matière de sexualité et de procréation. Ces questions font partie des sujets les plus sensibles et les plus controversés, mais aussi les plus importants, du droit international relatif aux droits de l'homme. Les objectifs du Millénaire pour le développement, qui découlent de la Déclaration du Millénaire, mettent en évidence l'importance de ces questions ainsi que leur caractère sensible. Certes, les objectifs ne mentionnent pas expressément la santé sexuelle et génésique mais trois au moins des huit objectifs (santé maternelle, santé infantile et VIH/sida) sont directement liés à ces questions². Le Rapporteur spécial encourage tous les acteurs à reconnaître formellement que les questions de santé en matière de sexualité et de procréation ont un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre la pauvreté sur le plan mondial.

9. Comme l'a confirmé la Commission des droits de l'homme en 2003: «la santé en matière de sexualité et de procréation fait partie intégrante du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible³». Le présent rapport examine les implications de cette affirmation fondamentale, sur la base des résultats des conférences mondiales, en particulier de la CIPD, de la quatrième Conférence internationale sur les femmes ainsi que de leurs examens quinquennaux respectifs. Il prend également appui sur les instruments internationaux en matière des droits de l'homme, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits de l'enfant. Les observations qui suivent sont également inspirées par les principes fondamentaux qui sous-tendent les droits de l'homme, notamment la non-discrimination, l'égalité et le respect de la vie privée, ainsi que l'intégrité, l'autonomie, la dignité et le bien-être de l'individu.

10. Les questions relatives à la santé sexuelle et génésique ne sont pas seulement délicates, controversées et importantes, elles sont également nombreuses et complexes. Les observations qui suivent ne sont pas exhaustives. Le Rapporteur spécial espère toutefois qu'elles contribueront à mieux apprécier l'une des victoires remportées par la Conférence internationale sur la population et le développement, à savoir la reconnaissance du fait que les droits de l'homme ont un rôle essentiel à jouer s'agissant de la santé en matière de sexualité et de procréation. Il espère également que les paragraphes suivants permettront de se rendre compte que la CIPD, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et le système des droits de l'homme des Nations Unies constituent des normes et procédures qui se renforcent mutuellement.

L'ampleur du défi⁴

11. Les maladies liées à la sexualité et à la procréation représentent environ 20 % de l'ensemble des maladies dont souffrent les femmes et 14 % de celles qui affectent les hommes. En 2000, environ 529 000 femmes sont mortes pendant la grossesse de causes dont la plupart étaient évitables; 99 % des cas de mortalité maternelle surviennent dans les pays en développement. Dans les États en transition et dans les pays en développement, plus de 120 millions de couples n'utilisent aucun moyen de contraception, malgré leur désir d'éviter ou d'espacer les naissances. Chaque année, près de 80 millions de femmes ont une grossesse non désirée et environ 45 millions d'entre elles ont recours à l'avortement, qui s'effectue, pour 19 millions d'entre elles, dans de mauvaises conditions de sécurité. L'avortement est la cause de 68 000 décès, soit 13 % de l'ensemble des décès liés à la grossesse⁵. Outre la mortalité, les avortements sans contrôle médical provoquent également des taux de morbidité élevés.

12. De plus, 340 millions de nouveaux cas d'infections bactériennes sexuellement transmissibles, qui sont très faciles à traiter, se déclarent chaque année. Beaucoup ne sont pas traités. Des millions d'infections virales, le plus souvent incurables, se déclarent chaque année, parmi lesquelles 5 millions de nouvelles infections par le VIH, dont 600 000 sont des cas de transmission de la mère à l'enfant. Chaque jour, 6 000 jeunes de 15 à 24 ans sont infectés par le VIH. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, environ 65 % des jeunes contaminés par le VIH sont des femmes.

13. Il est bien entendu que tous les cas de maladies sexuelles et génésiques ne constituent pas une violation du droit à la santé ou d'autres droits de l'homme. La maladie constitue une violation des droits de l'homme lorsqu'elle est imputable, en tout ou en partie, au non-respect par un responsable, le plus souvent un État, de l'obligation de respecter et mettre en œuvre un des droits de l'homme. Il existe des obstacles qui empêchent les individus de jouir d'un bon état de santé en matière de sexualité et de procréation. Sous l'angle des droits de l'homme, une des principales questions est de savoir si les garants du respect des droits de l'homme font tout ce qu'ils peuvent pour supprimer ces obstacles.

14. Les nombreux obstacles à la santé sexuelle et génésique sont bien souvent structurels et étroitement liés les uns aux autres. On les trouve à différents niveaux: soins cliniques, niveau des systèmes sanitaires et déterminants fondamentaux de la santé⁶. Outre les facteurs biologiques, les conditions économiques et sociales jouent un rôle important dans la santé sexuelle et génésique des femmes. Le manque de considération dont sont victimes les femmes et les jeunes filles contribue souvent à leur mauvais état de santé dans ce domaine. Beaucoup de femmes sont victimes de violence pendant leur grossesse, ce qui provoque des fausses-couches, des accouchements avant terme et une insuffisance pondérale des enfants à la naissance. Certaines conceptions traditionnelles de la sexualité constituent des obstacles à la fourniture de services de santé sexuelle et génésique s'agissant notamment de l'accès à des informations fiables, et ces conceptions ont des incidences particulièrement dommageables chez les adolescentes⁷. La pauvreté entraîne un manque d'accès aux services sanitaires tout comme aux déterminants fondamentaux de la santé. Trop souvent, les améliorations apportées aux services de santé publique profitent de manière disproportionnée aux plus riches.

15. Étudier ces questions dans la perspective des droits de l'homme peut contribuer à approfondir l'analyse et à élaborer des politiques efficaces, équitables et réalistes pour résoudre

ces problèmes complexes. Le droit relatif aux droits de l'homme impose aux responsables l'obligation cruciale de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour supprimer les obstacles à la santé en matière de sexualité et de procréation. Dans ce domaine, l'application des normes relatives aux droits de l'homme devrait permettre aux personnes vulnérables et aux groupes défavorisés d'être mieux informés et d'avoir une plus grande maîtrise de leur santé. Avant d'examiner plus en détail ces questions dans le cadre précis du droit à la santé, il convient de faire certaines observations sur la conception des droits de l'homme et de la santé en matière de sexualité et de procréation telle qu'elle ressort de la Conférence internationale sur la population et le développement et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes.

Le Caire: quelques définitions de base

16. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (A/CONF.171/13, chap. I, sect. 1) contient les principes et définitions novateurs s'agissant de la santé en matière de sexualité et de procréation, qui n'ont rien perdu de leur actualité.

17. Le chapitre II confirme 15 principes qui ont guidé les participants à la Conférence du Caire et qui continueront de jouer un rôle directeur. Le premier principe commence ainsi: «Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits.». Aux termes du principe 8: «Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Les États devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité.». Le principe 3 réitère: «Le droit au développement est un droit universel et inaliénable qui fait partie intégrante des droits de l'homme fondamentaux.». Plusieurs autres principes mentionnent de manière explicite d'autres droits humains. En résumé, les principes fournissent un cadre en matière de droits de l'homme sur la base duquel on peut élaborer des lois, politiques, programmes et projets en matière de santé sexuelle et génésique⁸.

18. Le chapitre VII intitulé précisément «Droits et santé en matière de reproduction» est un chapitre fondamental. Bien qu'un peu longs, les paragraphes 7.2 et 7.3 méritent d'être reproduits dans leur intégralité, eu égard à l'importance qu'ils revêtent dans le présent contexte:

«7.2 Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent

se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

7.3 Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale⁹.».

19. L'année suivante, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes a adopté, également par consensus, des dispositions identiques dans le Programme d'action de Beijing (A/CONF.177/20/Rev.1, chap. I, sect. I)¹⁰. Toutefois, à Beijing, les participants ont ajouté le paragraphe suivant:

«Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences (par. 96).».

20. Le Rapporteur spécial n'analysera pas ces dispositions en détail mais se contentera de faire trois observations fondées sur les textes adoptés par consensus au Caire et à Beijing:

a) S'agissant de la santé sexuelle et génésique, certains droits sont étroitement liés et complémentaires. C'est notamment le cas de ceux qui figurent aux paragraphes 7.2 et 7.3 du Programme d'action de la CIPD, à savoir le droit qu'ont «... les hommes et les femmes d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables»;

b) Le «droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction» que l'on retrouve aussi dans le principe 8, est le droit le plus complet en la matière;

c) Même s'il existe, de toute évidence, une relation étroite entre la santé sexuelle et la santé génésique, la CIPD et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes reconnaissent que la santé en matière de sexualité et la santé en matière de procréation constituent également des aspects distincts du bien-être humain.

21. Dans le chapitre suivant, le Rapporteur spécial examine la santé en matière de sexualité et de procréation dans le contexte du droit à la santé et à la lumière des textes adoptés par consensus au Caire et à Beijing. Toutefois, le Rapporteur spécial est préoccupé par certaines limitations dans les définitions adoptées, qui apparaissent lorsque l'on examine les résultats de la Conférence internationale sur la population et le développement avec un recul de 10 ans. D'où les observations à ce sujet qui figurent ci-dessous.

Des normes et obligations qui évoluent

22. Dans son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a délimité les contours du droit international à la santé en s'appuyant sur des normes et concepts existants, tels que les libertés, les droits, les obligations immédiates, l'assistance et la coopération internationales (E/CN.4/2003/58, par. 22 à 36). Dans le présent rapport, il commence à appliquer ces définitions à la santé en matière de sexualité et de procréation dans le contexte des Conférences du Caire, de Beijing et de leurs examens quinquennaux respectifs. Comme dans son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial s'inspire également des indications fournies en matière de jurisprudence et de politique par les organes conventionnels des Nations Unies dans le domaine des droits de l'homme, à la lumière de l'expérience acquise au fil des années dans l'examen des rapports des États parties¹¹. Il part du principe que la santé en matière de sexualité et de procréation fait «partie intégrante» du droit à la santé¹².

23. Il est inévitable que certaines notions apparaissent à plusieurs reprises dans les paragraphes suivants. Par exemple, on retrouve la discrimination dans la plupart des chapitres et, de plus, un chapitre distinct est consacré à la vulnérabilité, à la discrimination et à la stigmatisation. Le Rapporteur spécial juge cette approche appropriée étant donné le caractère structurel, généralisé et multidimensionnel de la discrimination en matière de santé sexuelle et génésique¹³.

Libertés

24. Le droit à la santé, notamment à la santé en matière de sexualité et de procréation, comprend à la fois des libertés (affranchissement de la discrimination) et des droits.

25. Les libertés, s'agissant de la santé sexuelle et génésique, incluent le droit de disposer de son corps et de prendre des décisions concernant sa santé. Le viol et d'autres formes de sévices sexuels, y compris la grossesse forcée, l'imposition de méthodes contraceptives sans le consentement de l'intéressée (comme la stérilisation forcée et l'avortement forcé), les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, constituent de graves atteintes à la liberté sexuelle et génésique et sont, par nature, incompatibles avec le droit à la santé.

26. Certaines pratiques traditionnelles, notamment les mutilations génitales féminines, comportent un risque élevé d'invalidité et de décès. Là où elles existent, les États devraient prendre des mesures appropriées et efficaces pour mettre un terme à ces pratiques ainsi qu'à d'autres pratiques nocives, conformément aux obligations qu'ils ont contractées dans le cadre de

la Convention relative aux droits de l'enfant. Le mariage précoce, qui affecte de manière disproportionnée les filles, se pratique principalement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où plus de 50 % des filles sont mariées avant 18 ans. Entre autres problèmes, le mariage précoce entraîne des risques pour la santé notamment en raison des grossesses précoces. Les États ont l'obligation, en ce qui concerne la santé des adolescents, de fixer un âge minimum pour le consentement à des relations sexuelles et pour le mariage¹⁴.

27. Il convient de souligner que, bien que sa réalisation soit progressive et soumise à des limitations liées aux ressources, le droit international à la santé impose diverses obligations avec effet immédiat. Parmi ces obligations figure celle, qui incombe à l'État, de respecter la liberté de toute personne de disposer de son corps et de prendre des décisions concernant sa santé. Par exemple, l'État a l'obligation immédiate de s'abstenir de procéder à des stérilisations forcées et de recourir à des pratiques discriminatoires. En d'autres termes, la part de liberté que comporte la santé en matière de sexualité et de procréation n'est subordonnée ni au critère de réalisation progressive ni à la disponibilité des ressources.

Droits

28. Le droit à la santé comprend le droit de bénéficier d'un système de protection sanitaire, incluant les soins et les facteurs déterminants de la santé, qui donne à tous la possibilité de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint¹⁵. Par exemple, les femmes devraient bénéficier, en droit et en fait, de l'égalité d'accès à l'information en matière de santé sexuelle et génésique.

29. Par conséquent, les États ont l'obligation d'assurer des services en matière de santé génésique maternelle et infantile, et notamment de fournir aux femmes des services appropriés et, au besoin, gratuits pendant leur grossesse¹⁶. Plus précisément, les États devraient améliorer tout un ensemble de services de santé en matière de sexualité et de procréation, y compris l'accès à la planification familiale, aux soins pré et postnatals, aux services d'obstétrique d'urgence ainsi qu'à l'information. Le Rapporteur spécial exhorte tous les responsables à garantir également l'accès à certains services de santé fondamentaux, comme les services de dépistage, conseils et traitement volontaire pour des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida, pour les cancers du sein et de l'appareil génital et pour le traitement de la stérilité.

30. Comme l'indique le paragraphe 11 ci-dessus, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité tuent environ 68 000 femmes chaque année. Il s'agit d'une question touchant le droit à la vie et le droit à la santé, dont l'importance est considérable¹⁷. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient se voir proposer une information fiable et des conseils empreints de compréhension, y compris des renseignements concernant la durée de la période pendant laquelle il est possible d'interrompre une grossesse et sur les établissements qui pratiquent une telle intervention. Là où ils sont légaux, les avortements devraient être pratiqués dans de bonnes conditions de sécurité. Les systèmes de santé publics devraient former les prestataires de services de santé, leur procurer l'équipement adéquat et tout mettre en œuvre pour que les avortements ne soient pas seulement sûrs mais soient aussi accessibles¹⁸. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Les dispositions qui prévoient des sanctions contre les femmes qui ont recours à l'avortement doivent être abrogées.

31. Même lorsque les ressources sont limitées, les États peuvent améliorer sensiblement la santé de leur population en matière de sexualité et de procréation. Sri Lanka, par exemple, a fait de grands progrès dans ce domaine au cours des dernières décennies, en améliorant l'enseignement, en augmentant l'alphabétisation des femmes et en dispensant des services de soins de santé de meilleure qualité et plus accessibles¹⁹.

Vulnérabilité, discrimination et stigmatisation

32. La législation internationale des droits de l'homme proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé ainsi qu'aux moyens permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'affection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique ou sociale ou autre dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé (ibid., par. 26 et 59 à 68).

33. Toutefois, la discrimination et la stigmatisation constituent toujours, pour de nombreux groupes, une menace sérieuse pour la jouissance d'un bon état de santé sexuelle et génésique, notamment pour les femmes, les minorités sexuelles, les réfugiés, les handicapés, les communautés rurales, les autochtones, les personnes atteintes du VIH/sida, les prostitués et les détenus. Certaines personnes souffrent de discrimination pour plusieurs motifs, par exemple en raison de leur sexe, de leur race, de leur pauvreté et de leur état de santé (ibid., par. 62).

34. La discrimination fondée sur le sexe diminue la capacité des femmes de se protéger contre l'infection par le VIH et, une fois infectées, de suivre un traitement. La vulnérabilité des femmes et des filles au VIH et au sida est aggravée par l'impossibilité qu'elles ont de jouir d'autres droits, notamment en raison du manque d'accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour assurer une bonne santé sexuelle; de la violence sexuelle; des pratiques coutumières ou traditionnelles nocives qui affectent la santé des femmes et des enfants (comme le mariage forcé et précoce); et de l'absence de capacité et d'égalité juridique dans des domaines comme le mariage et le divorce.

35. La stigmatisation et la discrimination associées au VIH/sida peuvent également renforcer d'autres préjugés et accroître la discrimination et les inégalités liées au sexe et à la sexualité. De ce fait, les personnes infectées hésitent parfois à recourir aux services sanitaires et sociaux et à solliciter des informations et des conseils, même lorsque ces services existent. Cette attitude contribue, à son tour, à exposer d'autres personnes à l'infection par le VIH.

36. Les adolescents et les jeunes gens de moins de 25 ans sont particulièrement vulnérables en matière de santé sexuelle et génésique. L'adolescence est une période de maturation dans ce domaine. Pourtant, dans de nombreux pays, les adolescents n'ont accès ni à l'information ni aux services appropriés, qui sont essentiels en matière de sexualité et de procréation. Ils en ont pourtant le plus grand besoin. On estime que 16 % des nouvelles infections par le VIH affectent les jeunes de moins de 15 ans, et 42 % les jeunes gens de 15 à 24 ans. Chaque année, 100 millions de nouveaux cas de maladies transmises par voie sexuelle, facilement guérissables, sont signalés chez les adolescents.

37. S'agissant de la santé des adolescents, le Rapporteur spécial rappelle le droit des enfants à avoir «accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale²⁰»; au respect de la vie privée et de la confidentialité, notamment en ce qui concerne les informations médicales se rapportant aux adolescents²¹; et à la protection contre toutes les formes de violence, mauvais traitements, négligence et exploitation²². Il rappelle également les principes qui sous-tendent la Convention relative aux droits de l'enfant, à savoir le droit de l'enfant au respect de sa survie et de son développement, de son intérêt supérieur et du développement de ses capacités, de même que le droit de ne pas faire l'objet d'une discrimination, ainsi que la nécessité d'associer les adolescents, de manière adéquate, à l'élaboration des mesures visant leur protection²³.

38. Comme on l'a signalé, la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est illicite au regard de la législation internationale des droits de l'homme. L'interdiction des relations homosexuelles qui est imposée par la loi dans de nombreux pays, associée à l'absence généralisée de soutien ou de protection des minorités sexuelles contre la violence et la discrimination, empêche de nombreux homosexuels hommes et femmes, bisexuels et transsexuels, de jouir d'un bon état de santé sexuelle et génésique²⁴. De plus, le Rapporteur spécial rappelle que le Comité des droits de l'homme, dans l'affaire *Toonen c. Australie*, a constaté que: «[faire] des pratiques homosexuelles une infraction pénale (...) va à l'encontre de la mise en œuvre de programmes efficaces d'information sur la prévention du sida²⁵».

39. Dans le cadre des obligations qui leur incombent dans la lutte contre la discrimination, les États doivent veiller à ce que les groupes vulnérables bénéficient de services et d'informations en matière de santé. Par exemple, ils doivent faire le nécessaire pour que les femmes aient la possibilité de prendre des décisions concernant leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans faire l'objet de contrainte, de violence ou de discrimination. Ils doivent prendre des mesures pour venir en aide aux femmes victimes de violence et créer des services qui soient à leur écoute et leur témoignent de la compréhension, notamment dans les cas de viol et d'inceste. Les États devraient faire en sorte que les adolescents puissent obtenir des informations, y compris sur la planification familiale et les contraceptifs, sur le danger que constitue une grossesse précoce et sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, et disposent de services adéquats en matière de santé sexuelle et génésique. Conformément aux constatations adoptées dans l'affaire *Toonen c. Australie* ainsi qu'à de nombreuses autres décisions internationales et nationales, les États devraient faire en sorte que les homosexuels hommes et femmes, les transsexuels et les bisexuels disposent de services en matière de santé sexuelle ainsi que dans les autres domaines de la santé. Il est également important que les travailleurs du sexe puissent avoir accès à des services de conseil, de dépistage volontaire et de traitement des maladies sexuellement transmissibles.

40. Enfin, il arrive que des informations médicales confidentielles dans le domaine de la santé sexuelle et génésique soient divulguées. Lorsqu'elles s'accompagnent de stigmatisation, ces violations du secret médical mènent parfois à des licenciements abusifs, à l'expulsion de la famille ou de la collectivité, à des agressions physiques et autres mauvais traitements. De la même façon, le non-respect de la confidentialité peut dissuader certaines personnes de demander des conseils ou de suivre un traitement, ce qui compromet leur santé et leur bien-être. Par conséquent, les États sont obligés de prendre des mesures efficaces pour garantir la confidentialité des informations médicales et le respect de la vie privée.

Disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité

41. Certains cadres ou instruments analytiques peuvent améliorer notre compréhension des droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la santé (ibid., par. 33 à 36). Ainsi, particulièrement utile en matière d'élaboration de politiques est le principe selon lequel les installations, équipements et services de santé, y compris les facteurs déterminants de la santé, doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Ce cadre analytique englobe la santé en matière de sexualité et de procréation. Par exemple, les installations, équipements et services en matière de santé sexuelle et génésique doivent être: *disponibles* en quantité suffisante dans la juridiction d'un État; *accessibles* géographiquement et économiquement (c'est-à-dire abordables) et sans discrimination; culturellement *acceptables*, par exemple pour les minorités et les populations autochtones, adaptés aux contraintes liées au sexe et à l'âge, conçus de façon à respecter la confidentialité des informations scientifiquement et médicalement appropriés et de *bonne qualité*.

42. Lorsqu'on applique ce cadre à la santé en matière de sexualité et de procréation, on constate souvent que les éléments fondamentaux de disponibilité, accessibilité, etc., sont absents. Par exemple, dans de nombreux pays, l'information relative à la santé en matière de sexualité et de procréation n'est pas aisément disponible ou, si elle l'est, n'est pas accessible à tous, en particulier aux femmes et aux adolescents. Les services de santé en matière de sexualité et de procréation sont souvent difficiles d'accès, au sens propre, pour les communautés qui vivent dans les zones rurales. Ces services ne sont pas toujours acceptables pour les populations autochtones et autres groupes minoritaires, parce que dispensés d'une manière non conforme à leurs traditions. Enfin, ces services ainsi que les déterminants fondamentaux de la santé comme l'enseignement sont souvent d'une qualité inférieure aux normes.

Respecter, protéger et mettre en œuvre

43. Le fait que les États aient l'obligation au regard du droit international, de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé constitue également un cadre analytique utile (ibid., par. 35). Alors que les critères énoncés dans les précédents paragraphes (disponibilité, etc.) sont particulièrement utiles pour l'élaboration des politiques, l'obligation de respect, de protection et de mise en œuvre permet de faire une analyse juridique précise du droit à la santé, notamment de la santé en matière de sexualité et de procréation.

44. L'obligation de respecter requiert de l'État qu'il s'abstienne de refuser ou de limiter l'égalité d'accès de toutes les personnes aux services de santé en matière de sexualité et de procréation, ainsi qu'aux déterminants fondamentaux de la santé dans ce domaine. Par exemple, elle exige qu'il s'abstienne de refuser le droit de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances. L'obligation de protéger signifie que les États doivent prendre des mesures pour empêcher que des tiers nuisent à la santé d'autrui en matière de sexualité et de procréation, notamment par des violences sexuelles et des pratiques traditionnelles nocives. Par exemple, des pays comme le Burkina Faso, le Ghana, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et le Sénégal ont promulgué des lois qui interdisent de manière spécifique les mutilations génitales féminines. L'obligation de mise en œuvre requiert de l'État qu'il fasse au droit à la santé, notamment en matière de sexualité et de procréation, une place suffisante dans le système politique et juridique national. Les systèmes de santé devraient assurer à tous des services de santé sexuelle et génésique, y compris dans les zones rurales, et l'État devrait mener des

campagnes d'information pour lutter, par exemple, contre le VIH/sida, les pratiques traditionnelles nocives et la violence conjugale.

Assistance et coopération internationales

45. En plus des obligations auxquelles ils sont soumis sur le plan interne, les pays développés ont la responsabilité de fournir une assistance et une coopération internationales pour garantir la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels dans les pays à faible revenu. Cette responsabilité a été reconnue lors des dernières conférences mondiales, notamment lors du Sommet du Millénaire, et découle également des dispositions de la législation internationale des droits de l'homme²⁶.

46. Par conséquent, les États devraient respecter le droit à la santé dans les autres pays, prendre dûment en compte, dans leurs actions en tant que membres d'organisations internationales, le droit à la santé et s'attacher à aider d'autres pays à atteindre un niveau de santé minimum essentiel. La communauté des donateurs fournit une importante contribution financière aux soins de santé en matière de sexualité et de procréation dans de nombreux pays à faible revenu. Le Rapporteur spécial exhorte les pays qui fournissent une assistance à adopter dans leurs politiques et programmes une approche fondée sur les droits de l'homme. Par exemple, les fonds versés devraient servir à financer l'accès à une vaste gamme de services nécessaires à l'exercice du droit à la santé sexuelle et génésique, notamment des services et des informations qui permettront de faire baisser le nombre d'avortements non médicalisés.

47. De plus en plus, les donateurs bilatéraux et multilatéraux fournissent une aide sous forme de financement du budget de la santé plutôt que de projets déterminés. De manière générale, le Rapporteur spécial salue cette approche sectorielle. Toutefois, il est essentiel que la santé en matière de sexualité et de procréation ne soit pas marginalisée par une telle approche. Le risque de marginalisation est élevé en raison du caractère sensible de certaines questions liées à la santé sexuelle et à la procréation. C'est pour cette raison que le Rapporteur spécial demande instamment à tous les acteurs de reconnaître explicitement, en dépit des sensibilités, le rôle indispensable de la santé sexuelle et génésique dans la lutte contre la pauvreté. Il est important que cette reconnaissance se fasse de manière explicite car ce qui n'est pas désigné risque d'être négligé.

Conclusion

48. Le droit à la santé requiert que les politiques, programmes et projets en matière de santé bénéficient de la participation des intéressés. La participation active et éclairée de toutes les parties prenantes peut élargir le consensus et leur permettre de s'approprier le projet, ce qui favorisera la collaboration et augmentera les chances de succès. La santé en matière de sexualité et de procréation formant partie intégrante du droit à la santé, tous les projets visant à sa promotion et à sa protection doivent être formulés, mis en œuvre et suivis d'une manière participative.

49. Le droit à la santé entraîne également des obligations redditionnelles. En l'absence de mécanismes de contrôle, les obligations liées à la mise en œuvre du droit à la santé ont peu de chances d'être pleinement respectées. Cela s'applique également aux éléments qui font partie intégrante de la santé sexuelle et génésique. Par conséquent, toutes les initiatives en matière de

promotion et de protection de la santé dans ce domaine doivent comporter des mécanismes de contrôle efficaces, accessibles et transparents, auxquels tous les responsables doivent être soumis.

Conclusions: Le Caire+10

50. Dans le précédent chapitre, le Rapporteur spécial a examiné la santé en matière de sexualité et de procréation à la lumière du droit à la santé et du consensus adopté au Caire et à Beijing. Il a estimé que la Conférence du Caire a constitué un événement historique qui a eu des résultats exceptionnels. Toutefois, dans le cadre du bilan des 10 années écoulées depuis Le Caire, il convient de porter un regard critique sur la Conférence internationale sur la population et le développement. C'est dans ce contexte que le Rapporteur spécial présente les observations suivantes²⁷.

51. Tout d'abord, les deux Conférences ont confirmé que:

- a) De nombreux droits de l'homme ont une incidence directe sur la santé sexuelle et génésique²⁸;
- b) Il existe des «droits en matière de procréation²⁹»;
- c) Il existe un «droit d'atteindre le meilleur niveau de santé en matière de sexualité et de procréation³⁰»;
- d) La santé sexuelle et la santé génésique sont des aspects étroitement liés, quoique distincts, au bien-être humain³¹.

52. Deuxièmement, bien qu'elles aient établi une distinction entre santé sexuelle et santé génésique, les deux Conférences n'ont pas reconnu, de manière explicite et non équivoque, que les droits liés à la sexualité étaient distincts des droits liés à la procréation³².

53. Troisièmement, les Conférences ont donné de la santé sexuelle une définition sommaire, à savoir: «Améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles»³³. On peut définir la santé sexuelle plus globalement comme étant un état de bien-être physique, affectif, psychologique et social lié à la sexualité, et pas seulement comme l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle implique une conception de la sexualité et des relations sexuelles qui soit positive et fondée sur le respect, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sans risques, à l'abri de toute contrainte, discrimination et violence.

54. Quatrièmement, la sexualité est propre à chaque être humain. Elle constitue un aspect fondamental de l'identité de tout individu. Elle aide à définir une personne. Le Rapporteur spécial note les principes fondamentaux qui ont façonné la législation internationale des droits de l'homme depuis 1945, parmi lesquels figurent le respect de la vie privée, l'égalité, l'intégrité, l'autonomie, la dignité et le bien-être de la personne. Il rappelle également les principes figurant dans le paragraphe 51 ci-dessus, qui ont tous été acceptés par la communauté internationale dans son ensemble. Eu égard à ce qui précède, le Rapporteur spécial est persuadé qu'une bonne compréhension des principes fondamentaux en matière de droits de l'homme ainsi que des

normes existant dans ce domaine conduit inévitablement à reconnaître les droits sexuels comme étant des droits de l'homme. Les droits sexuels comprennent le droit qu'a toute personne d'exprimer son orientation sexuelle, tout en respectant le bien-être et les droits d'autrui, sans crainte de persécution, de privation de liberté ou d'ingérence de la part de la société.

55. Cinquièmement, le Rapporteur spécial recommande que l'on s'attache à développer une meilleure compréhension de la santé sexuelle, des droits sexuels, de la santé en matière de procréation et des droits liés à la procréation³⁴. Il est nécessaire de mieux cerner ce que recouvrent les notions de droits sexuels, de droit à la santé sexuelle et de droit à la santé reproductive, et de définir les liens qui existent entre ces notions. De nombreuses formes de sexualité n'ayant pas la procréation pour finalité, il est erroné de classer les droits sexuels, y compris le droit à la santé sexuelle, dans la catégorie des droits liés à la procréation et à la santé reproductive. Étant donné la nature de son mandat, le Rapporteur spécial est particulièrement préoccupé par la question des droits à la santé en matière de sexualité et de procréation, comme en témoigne le titre de ce chapitre du présent rapport. Toutefois, il faut replacer ces droits dans le contexte (plus large) des droits de l'homme, qui incluent les droits sexuels.

56. Enfin, pris ensemble, les droits à la santé en matière de sexualité et de procréation ont un rôle indispensable à jouer dans la lutte contre l'intolérance, l'inégalité entre les sexes, le VIH/sida et la pauvreté mondiale.

II. LA PAUVRETÉ ET LE DROIT À LA SANTÉ: LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ DU NIGER

57. Dans son rapport préliminaire à la Commission, le Rapporteur spécial indique certains projets qu'il souhaiterait entreprendre, parmi lesquels un examen des stratégies de réduction de la pauvreté sous l'angle du droit à la santé. Le rapport souligne que le Rapporteur spécial n'entreprendra ces projets que dans la mesure où les «ressources et possibilités» le permettront. Aux termes de la résolution 2003/28, la Commission invite le Rapporteur spécial «à prêter une attention particulière (...) aux liens existant entre les stratégies de réduction de la pauvreté et le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible».

58. En 2002, le Gouvernement du Niger a élaboré sa Stratégie complète de réduction de la pauvreté (SRP) dans le contexte de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés³⁵. En juin 2003, le Gouvernement a organisé à Niamey un forum visant à obtenir un appui extérieur à cette Stratégie. Des représentants du Haut-Commissariat aux droits de l'homme ont participé à cette réunion qui, d'après les rapports qui sont parvenus au Rapporteur spécial, était bien organisée et a donné de bons résultats. Le Gouvernement du Niger a reconnu, et c'est tout à son honneur, que les droits de l'homme ont un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre la pauvreté, ce que le Premier Ministre a expressément confirmé dans les remarques liminaires qu'il a présentées au Forum.

59. Le Rapporteur spécial a saisi l'occasion du Forum pour rédiger, sous l'angle du droit à la santé, des observations préliminaires touchant certains aspects de la Stratégie de réduction de la pauvreté qui ont trait à la santé. Ces observations succinctes ont été distribuées aux participants de manière officielle. Le Rapporteur spécial a appris qu'elles avaient été bien accueillies par les participants et par les représentants du Gouvernement.

60. Comme l'y a invité la Commission, le Rapporteur spécial souhaite faire certaines remarques sur les stratégies de réduction de la pauvreté et le droit à la santé. Celles-ci concernent la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger et s'appuient sur les observations distribuées lors du Forum³⁶. Elles ne sont pas exhaustives et n'ont que valeur d'exemple. Par ailleurs, elles sont établies sur la base d'un examen de cette Stratégie d'après documents, le Rapporteur spécial ne s'étant pas rendu au Niger et ne s'étant pas non plus entretenu de cette Stratégie avec des professionnels de la santé connaissant bien le Niger. Toutefois, le Rapporteur spécial estime que l'étude des stratégies de réduction de la pauvreté dans le contexte du droit à la santé, conformément à la résolution 2003/28, sera plus constructive si elle s'appuie sur un exemple précis.

61. De l'avis du Rapporteur spécial, la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger est l'une des meilleures d'Afrique francophone. Elle présente de nombreux éléments louables en matière de droits de l'homme en général et du droit à la santé en particulier, qui sont les suivants:

a) L'objectif de la Stratégie, qui est d'«améliorer le niveau global de (...) la santé de la population, d'augmenter l'accès des populations, surtout rurales, à l'eau potable (...) et d'améliorer le cadre de vie des populations aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural» (3.1); cela signifie, notamment que le droit à la santé a une acception plus large que celle des seuls soins de santé et englobe les déterminants sous-jacents de la santé, comme l'accès à l'eau potable;

b) La volonté du Gouvernement d'engager, face au VIH/sida, un processus de planification stratégique devant aboutir à la mise en œuvre d'un plan stratégique national (4.2.3.3.2), qui met en évidence un des principaux problèmes actuels dans le domaine du droit à la santé, à savoir la pandémie de VIH/sida;

c) L'objectif consistant à augmenter la disponibilité des médicaments essentiels (5.3.2.1.1) et à veiller à ce que ceux-ci soient de qualité et puissent être obtenus à des prix abordables (3.3.3.2 viii) indique, entre autres, que l'accès aux médicaments essentiels fait partie intégrante du droit à la santé.

62. Dans la mesure où ces éléments sont conformes aux obligations internationales du Niger en matière de droit à la santé, il convient de faire deux observations. Tout d'abord, une référence explicite à ces obligations dans la Stratégie de réduction de la pauvreté renforcerait certains de ses objectifs. Deuxièmement, l'ensemble toujours plus riche des normes et pratiques internationales relatives aux droits de l'homme peut servir d'inspiration pour définir les interventions spécifiques (c'est-à-dire les politiques et programmes) nécessaires pour atteindre certains objectifs de la Stratégie.

63. On trouvera ci-après, à titre d'exemples, cinq autres questions figurant dans la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger qui devraient être développées plus avant dans le contexte du droit à la santé.

Les groupes vulnérables

64. Dans le contexte des droits de l'homme, et donc du droit à la santé, les personnes défavorisées, marginales et pauvres font l'objet d'une préoccupation particulière. Cette

préoccupation apparaît dans de nombreuses dispositions relatives aux droits de l'homme, comme celles qui concernent la non-discrimination et l'égalité de traitement. L'expérience prouve que les initiatives prises en faveur de la population dans son ensemble, ou même celles qui visent expressément les pauvres, ne profitent pas toujours aux personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées. Bien qu'il ait le mérite de désigner certains groupes vulnérables, comme les femmes et les enfants, dans sa Stratégie de réduction de la pauvreté, le Niger ne semble pas prendre en compte les problèmes d'accès à la santé de tous les groupes marginaux, comme ceux des différents groupes ethniques ou raciaux. Par conséquent, il serait utile d'accorder une plus grande attention au droit à la santé de tous les groupes vulnérables, y compris de groupes ethniques ou raciaux spécifiques, comme les populations nomades du pays. Il faudra certainement prévoir des interventions ciblées (en matière de santé) pour certains de ces groupes.

Des médicaments essentiels à des prix abordables

65. En vertu du droit à la santé, l'État a l'obligation de rendre les médicaments essentiels disponibles et accessibles sur le territoire placé sous sa juridiction. L'accessibilité présente plusieurs dimensions, dont la dimension économique. De toute évidence, assurer la disponibilité d'un médicament essentiel tellement coûteux que seuls les plus riches peuvent se le procurer présente un intérêt limité.

66. La Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger stipule que: «La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et des vaccins dans les centres de santé seront régulièrement assurées, grâce à une nouvelle politique des prix des médicaments basée sur une analyse des coûts et de la capacité des populations les plus démunies à accéder aux prestations. Dans le même temps, un système durable de recouvrement des coûts sera instauré (...). Concernant le recouvrement des coûts, une nouvelle politique de prix sera instaurée après analyse des capacités réelles et de la volonté des utilisateurs des services de santé de payer les soins. Après une étude de faisabilité, un système d'assurance maladie sera mis en place (phase pilote).» (5.2.2.1.2).

67. Ce passage pose certains problèmes fondamentaux en matière de droit à la santé. La volonté de mener «une étude de faisabilité» doit être saluée. Cette étude devrait comporter une évaluation des effets qu'aurait le nouveau système sur la jouissance du droit à la santé par les plus démunis. Il n'est pas indiqué si les soins seront facturés et, dans l'affirmative, si les plus démunis seront exemptés des frais ou s'ils bénéficieront d'une autre forme d'assistance leur permettant de se procurer les médicaments essentiels. Ces questions devront faire l'objet d'une attention particulière lors de la mise en œuvre de la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger.

Éducation et information en matière de santé publique

68. Le droit à la santé comprend l'accès à l'éducation et à l'information dans le domaine de la santé. De ce point de vue, une politique de santé favorable aux plus démunis devrait inclure des campagnes d'éducation et d'information sur les principaux problèmes sanitaires, dans les collectivités locales, y compris les méthodes de prévention et de contrôle. Il faut accorder toute l'attention voulue à cet aspect du droit à la santé lors de l'examen de la Stratégie de réduction de la pauvreté.

Aide et coopération internationales

69. Dans ses rapports précédents, le Rapporteur spécial fait des observations sur le concept d'assistance et de coopération internationales en matière de droits de l'homme, qui trouve son origine dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui a été énoncé ensuite dans les traités relatifs aux droits de l'homme ayant force obligatoire, tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits de l'enfant, et qui trouve également un écho dans les documents finaux des dernières conférences mondiales, y compris dans la Déclaration du Millénaire³⁷.

70. La pertinence du concept d'assistance et de coopération internationales en matière de droits de l'homme apparaît clairement quand on considère l'ampleur des problèmes de santé auxquels est confronté le Niger. Comme le reconnaît le texte de la Stratégie de réduction de la pauvreté, le Niger présente «une situation sanitaire alarmante avec une population majoritairement analphabète, un environnement en dégradation constante et une économie appauvrie» (4.2.3.3.3). Il signale que le Niger a «donné au secteur privé toutes les opportunités de jouer un rôle de premier plan, notamment dans les secteurs de la production et du commerce. Malheureusement, celui-ci n'est pas encore assez dynamique pour prendre la relève.» (4.1.3.4). Le rapport note, ce qui est significatif, que deux des objectifs de développement du Millénaire, à savoir la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle et de deux tiers de la mortalité infantile, «semblent irréalistes pour le Niger» (3.3.3.2). En d'autres termes, ce que la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger montre clairement, c'est que, sans une aide et une coopération internationales conséquentes et durables, ce pays ne sera pas en mesure d'assurer le minimum essentiel requis pour que le droit à la santé se concrétise dans un avenir prévisible. En 2002, à l'issue d'une évaluation conjointe, le FMI et la Banque mondiale ont approuvé la Stratégie de réduction de la pauvreté du Niger et conclu: «Les carences actuelles en matière de capacité d'exécution requièrent que des partenaires extérieurs accroissent leur assistance technique en conformité avec les priorités de la Stratégie de réduction de la pauvreté.» (par. 34).

71. Il est bien entendu que la fourniture d'une assistance ne dégage pas le Gouvernement du Niger de sa responsabilité de faire tout son possible pour garantir le droit à la santé à tous ceux qui se trouvent sous sa juridiction. Sans aucun doute, le Gouvernement pourrait faire plus pour favoriser le droit à la santé. Par exemple, de 1994 à 2000, l'État n'a alloué que 6 % de son budget à la santé, ce qui est très inférieur au taux de 10 % recommandé par l'OMS (1.2.2.3.5). Il n'en reste pas moins que, comme il est stipulé dans la législation internationale des droits de l'homme et dans la Déclaration du Millénaire, le Gouvernement et ses partenaires bilatéraux et multilatéraux ont une responsabilité partagée en matière de droit à la santé au Niger.

72. Comme le note la Stratégie de réduction de la pauvreté: «Les partenaires du développement détiennent une part égale de responsabilité avec les autorités nigériennes pour l'atteinte des objectifs ambitieux fixés par le Sommet du Millénaire.» (4.1.3.5). Dans ce contexte, ladite Stratégie ne devrait pas se référer uniquement à la Déclaration du Millénaire, mais évoquer également l'assistance et la coopération internationales sous l'angle des droits de l'homme. C'est en s'appuyant sur cet ensemble de normes que l'on peut élaborer un système de santé réaliste, équilibré et équitable qui couvre l'ensemble du secteur.

Contrôle et responsabilité

73. Le droit à la santé introduit des normes ou critères reconnus sur le plan mondial, qui entraînent des obligations et des responsabilités. La mise en œuvre de ces obligations doit être contrôlée et les responsables doivent rendre compte de leurs actes. S'il n'y a ni contrôle ni comptes à rendre, les normes et obligations risquent de rester lettre morte. Les mécanismes de contrôle donnent aux titulaires de droits (les individus) la possibilité de savoir de quelle manière les responsables se sont acquittés de leurs obligations. Ils donnent également aux responsables (ministres et hauts fonctionnaires) l'occasion de justifier leurs actes. Ces mécanismes aident ainsi à déterminer à quel moment des changements d'orientation doivent être effectués et sous quelle forme. L'obligation de rendre des comptes favorise l'utilisation la plus efficace de ressources limitées, et tend à développer entre toutes les parties le sentiment d'une responsabilité partagée. Des mécanismes de contrôle transparents, efficaces et accessibles sont des éléments essentiels d'une politique de réduction de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme et sur le droit à la santé.

74. Dans sa Stratégie de réduction de la pauvreté, le Niger reconnaît ouvertement que les mécanismes de contrôle et d'évaluation ont besoin d'être renforcés (p. 11 et par. 6.1). Qui plus est, ces mécanismes de contrôle et de responsabilisation s'imposent, à la fois pour les acteurs nationaux (le gouvernement) et internationaux (les partenaires bilatéraux et multilatéraux). De plus, ils devraient être mis au point avec la participation active des intéressés, y compris des pauvres, afin d'aider à faire en sorte de garantir leur accessibilité, leur transparence et leur efficacité.

Conclusions

75. Le Rapporteur spécial considère que la pertinence de ces observations n'est pas limitée au Niger. Comme on le voit à travers la présente analyse, une stratégie de réduction de la pauvreté fondée sur le droit à la santé n'est pas quelque chose de radicalement nouveau; c'est plutôt un moyen de renforcer et de développer des éléments déjà présents dans de nombreuses stratégies de lutte contre la pauvreté. Le Rapporteur spécial estime que la prise en compte du droit à la santé dans de telles stratégies est une des questions les plus importantes qu'il lui incombe d'examiner dans le cadre de son mandat. Le rôle des droits de l'homme d'une manière générale dans la réduction de la pauvreté (égalité, non-discrimination, participation, responsabilité, etc.) est assez clair³⁸. La tâche urgente, désormais, consiste à clarifier, en se fondant sur des éléments fiables, la contribution spécifique du droit à la santé à la réduction de la pauvreté. Le Rapporteur spécial est tout à fait disposé à participer à ce travail ambitieux dans la mesure où ses ressources et ses possibilités le permettent.

III. LES MALADIES NÉGLIGÉES

76. Une publication récente de l'OMS décrit les maladies négligées comme «[touchant] presque exclusivement les populations pauvres et sans défense vivant dans les zones rurales de pays à faible revenu³⁹». Parmi elles figurent la maladie de Chagas, la maladie du sommeil et l'onchocercose. Dans son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial affirme que «les maladies négligées, les maladies très négligées et le déséquilibre 10/90 sont des problèmes de droits de l'homme⁴⁰», à la suite de quoi la Commission lui a demandé de poursuivre l'analyse de cette question. Dans son rapport à l'Assemblée générale, le Rapporteur spécial a expliqué comment il

avait abordé cette analyse (A/58/427, par. 76 à 80). La résolution que l'Assemblée générale a ensuite adoptée sur le droit à la santé comporte un paragraphe sur «les maladies qui imposent un lourd fardeau aux pays en développement⁴¹». Le Rapporteur spécial n'entend pas répéter ici ce qu'il a exposé dans ses rapports précédents. En revanche, il souhaite informer la Commission de deux faits nouveaux concernant ses travaux sur les maladies négligées et faire une observation.

77. Tout d'abord, en décembre 2003, le Rapporteur spécial a été invité à participer à l'Atelier international sur le renforcement de la lutte contre les maladies négligées, qui s'est réuni sur l'initiative de l'OMS, du Ministère allemand de la santé et de la sécurité sociale (avec l'Institut Robert Koch de Berlin), de l'Agence allemande de coopération technique et du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Les participants étaient issus d'horizons divers: pays développés et en développement, organisations internationales, sociétés pharmaceutiques, universités et ONG. Le Rapporteur spécial a présenté un document contenant de brèves observations préliminaires sur la dimension droit à la santé et droits de l'homme des maladies négligées⁴². Il a estimé que la réunion avait été très fructueuse et a été encouragé par les réactions suscitées par ses observations. Il remercie les organisateurs de l'avoir invité à participer à cette manifestation.

78. Deuxièmement, dans son rapport à l'Assemblée générale, le Rapporteur spécial a signalé qu'il avait rencontré les membres du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Il a le plaisir de confirmer que le Programme spécial a récemment accepté de lui fournir un appui financier modeste afin d'obtenir, pendant quelques semaines, une assistance dans ses recherches sur les aspects des maladies négligées qui ont trait aux droits de l'homme, ce qui lui permettra d'approfondir son analyse de la question et de faire rapport à la prochaine session de la Commission et/ou de l'Assemblée.

79. En bref, l'un des aspects relatifs aux droits de l'homme des maladies négligées que le Rapporteur spécial souhaite approfondir concerne l'assistance et à la coopération internationales. La coopération internationale est nécessaire pour favoriser la mise au point de nouveaux médicaments, vaccins et outils de diagnostic pour les maladies qui imposent un lourd fardeau aux pays en développement. Toutefois, il est également nécessaire que les médicaments existants deviennent davantage accessibles aux populations pauvres qui en ont besoin. Le problème n'est pas seulement celui des maladies négligées mais aussi celui des populations négligées.

80. À cet égard, le Rapporteur spécial saisit cette occasion pour saluer une initiative canadienne récente pouvant améliorer l'accès aux médicaments dans les pays à faible revenu. Suite à la décision de l'OMC du 30 août 2003, aux termes de laquelle les pays produisant des copies génériques de médicaments brevetés bénéficiant d'une licence obligatoire peuvent désormais exporter ces médicaments vers des pays disposant de peu, voire d'aucune, capacité de fabrication, le Gouvernement canadien a présenté au Parlement un projet de loi visant à modifier la loi sur les brevets ainsi que la loi sur les aliments et drogues. Si elle est adoptée, cette loi devrait permettre aux sociétés canadiennes de produire, et aux pays en développement d'importer plus facilement des médicaments génériques à des coûts plus faibles. Cet exemple illustre la manière dont un pays développé peut contribuer à améliorer l'accès aux médicaments dans les pays pauvres, s'acquittant par là de ses responsabilités d'assistance et de coopération internationales en matière de droits de l'homme. Le Rapporteur spécial espère que toutes les modifications qui seront apportées à la législation canadienne seront pleinement conformes à l'esprit et à la lettre de la Déclaration de Doha relative à l'accord sur les aspects des droits de

propriété intellectuelle qui touchent au commerce et à la santé publique, ainsi qu'aux responsabilités du Canada en matière de droits de l'homme. Le Rapporteur spécial encourage tous les États membres de l'OMC à mettre à profit toutes les possibilités du droit commercial international afin de promouvoir le droit à la santé dans les pays en développement.

IV. LE DROIT À LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE

81. Les paragraphes suivants constituent une réponse succincte à la résolution 2003/28, aux termes de laquelle la Commission invite tous les rapporteurs spéciaux à faire rapport sur la question de la prévention de la violence. Le Rapporteur spécial aborde déjà les problèmes liés à la violence et au droit à la santé en réagissant aux informations pressantes qu'il reçoit des ONG⁴³. On trouvera aussi dans le chapitre du présent rapport consacré aux droits à la santé en matière de sexualité et de procréation certaines observations concernant la violence. Le présent chapitre contient quelques observations préliminaires sur le lien qui existe entre le droit à la santé et la prévention de la violence⁴⁴.

82. Les liens existant entre les droits de l'homme et la prévention de la violence sont bien connus. Le non-respect de ces droits est souvent la cause profonde de la violence, tandis que certains actes de violence constituent eux-mêmes une violation de ces mêmes droits. Parler de droits de l'homme s'agissant de la prévention de la violence, c'est rappeler aux États leurs obligations internationales face aux facteurs de risque de violence que constituent la pauvreté, la discrimination contre les femmes, le manque d'accès à l'éducation et d'autres inégalités sociales et économiques. Par ailleurs, la violence est de plus en plus reconnue comme un problème de santé publique mondial. Le «Rapport mondial sur la violence et la santé» de l'OMS, par exemple, souligne la nécessité d'évaluer la violence en tenant compte de ses effets sur la santé dans le monde, de reconnaître les causes sous-jacentes et les facteurs de risque de la violence et d'y faire face et de limiter ses conséquences. Ce n'est toutefois que récemment que la santé publique et les droits de l'homme ont été perçus comme des éléments complémentaires qui, en se renforçant mutuellement, contribuent à la prévention de la violence⁴⁵.

83. Pour être efficace et durable, la prévention de la violence requiert une bonne compréhension des synergies qui existent entre ces deux éléments. La première étape consiste à définir la violence du point de vue à la fois de ses effets sur la santé et de ses implications en termes de droits de l'homme. Le rapport de l'OMS définit la violence comme étant «l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence⁴⁶». Cette définition, qui donne de la violence une acception large, qui la lie à la santé des individus, et va au-delà des actes causant une blessure physique ou le décès, prend en compte l'ensemble des conséquences de la violence sur le droit à la santé des individus, des familles et collectivités.

84. D'après cette définition, la violence a de toute évidence, pour ceux qui en sont victimes, une incidence directe sur la jouissance de ce droit fondamental qu'est le droit à la santé. Elle provoque souvent des dommages physiques, psychologiques et émotionnels importants et génère des problèmes sociaux pour les personnes, les familles et les collectivités. Les coûts indirects de la violence (frais médicaux liés aux blessures, coût des services juridiques, des services de police et de l'incarcération, perte de gains et diminution de la productivité) peuvent

entraver encore davantage la pleine réalisation du droit à la santé, ainsi que d'autres droits connexes. Ces coûts grèvent encore davantage des ressources déjà limitées et peuvent entraver le développement des systèmes de santé.

85. L'obligation internationale qu'ont les pays de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé peut avoir des conséquences importantes en termes de prévention de la violence. Par exemple, l'obligation de protection exige que les pays prennent des dispositions pour protéger les groupes vulnérables ou marginalisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées, en tenant compte du caractère sexospécifique des manifestations de la violence. Cette obligation requiert la prise en compte de ces sexospécificités dans les politiques, plans, programmes et recherches visant à améliorer la santé des hommes et des femmes. Le devoir de mise en œuvre comprend l'obligation d'organiser des campagnes d'information sur la violence conjugale, et de fournir des services accessibles et de bonne qualité à ceux qui nécessitent un traitement. Les États ont l'obligation de faire en sorte que l'ensemble du personnel de santé concerné reçoive une formation adéquate pour aborder avec tact les problèmes liés à la violence.

86. Ces quelques observations tendent à confirmer que le droit à la santé a un rôle important à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de prévention de la violence. Dans ses missions de pays, le Rapporteur spécial accordera une attention particulière à la violence conjugale sous l'angle du droit à la santé.

V. CONCLUSION

87. Dans tous ses travaux, le Rapporteur spécial souligne l'importance qu'il y a à adopter une «stratégie» du droit à la santé qui ait une influence sur les processus locaux, nationaux et internationaux d'élaboration des politiques. Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial a commencé à étudier ce que signifie une telle stratégie, s'agissant notamment de la santé en matière de sexualité et de procréation et de la réduction de la pauvreté.

88. Le droit à la santé, comme tous les droits de l'homme, implique un ensemble de normes mondialement acceptées, qui entraînent des obligations pour les gouvernements, lesquelles obligations imposent à leur tour l'instauration de mécanismes efficaces et transparents de contrôle et de responsabilisation. Cette combinaison de normes, obligations, contrôles et responsabilités juridiquement acceptés à l'échelon mondial donne aux personnes désavantagées et marginalisées ainsi qu'aux collectivités une capacité d'intervention. Les politiques fondées sur les droits de l'homme, y compris sur le droit à la santé, ont plus de chances d'être efficaces, solides, durables, complètes, équitables et positives pour tous les membres de la société.

89. Le Rapporteur spécial encourage tous les gouvernements à intégrer le droit à la santé dans toutes leurs activités, de manière formelle et systématique, de façon à renforcer leurs politiques, stratégies et programmes en cours.

Notes

- ¹ The new approach was reaffirmed at the respective five-year follow-up review conferences.
- ² Other Millennium Development Goals concern the underlying determinants of health, e.g. those on extreme poverty and gender equality.
- ³ Commission on Human Rights resolution 2003/28, preamble and para. 6.
- ⁴ For various reasons, sexual and reproductive ill health is severely underestimated and so statistics fail to capture the full burden of such ill health. Nonetheless, data give some indications of the magnitude of the problem.
- ⁵ An unsafe abortion is a procedure for terminating an unwanted pregnancy performed either by persons lacking the necessary skills, or in an environment lacking the minimal medical standards, or both.
- ⁶ Examples of the underlying determinants of health are indicated in E/CN.4/2003/58, para. 23. In summary, they are social, economic and other conditions that bear upon health status, such as access to adequate sanitation, workplace conditions and education.
- ⁷ See *Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*, UNFPA, 2003.
- ⁸ For one way in which the framework could be strengthened, see paragraph 54 of this report.
- ⁹ Paragraph 7.3 continues with some important sentences which have not been reproduced here because of the shortage of space.
- ¹⁰ Paragraphs 7.2 and 7.3 of the ICPD Programme of Action are replicated in paragraphs 94 and 95 of the Beijing Platform for Action.
- ¹¹ In particular, the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation 24, the Committee on the Rights of the Child, general comments No. 3 and No. 4, and the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14.
- ¹² Commission on Human Rights resolution 2003/28.
- ¹³ Also, one of the Rapporteur's twin themes is discrimination and stigma: see E/CN.4/2003/58, para. 41.
- ¹⁴ Committee on the Rights of the Child, general comment No. 4 on adolescent health and development, paras. 9 and 19.
- ¹⁵ E/CN.4/2003/58, para. 23. On underlying determinants of health, see endnote 6.
- ¹⁶ In relation to free services and pregnancy, see in particular the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, art. 12.2.
- ¹⁷ Unsafe abortion also gives rise to high rates of morbidity.

¹⁸ *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, World Health Organization, 2003.

¹⁹ Women's Health in South Asia, WHO Country Profile, Sri Lanka, available at <http://w3.whosea.org/nhd/pdf/61-64.pdf>.

²⁰ Convention on the Rights of the Child, art. 17.

²¹ *Ibid.*, art. 16 and the Committee on the Rights of the Child, general comment No. 4, para. 11.

²² *Ibid.*, arts. 19, 32-36 and art. 38.

²³ Convention on the Rights of the Child, arts. 2, 3, 5, 6, 12. Also Committee on the Rights of the Child, general comment No. 4, para. 12.

²⁴ Other special rapporteurs have documented violence and discrimination based on sexual orientation. See, for example, report of the Special Rapporteur on extrajudicial, arbitrary or summary executions, Ms. Asma Jahangir (E/CN.4/2001/9), paras. 48-50 and report of the Special Rapporteur on the question of torture (A/56/156), paras. 17-25.

²⁵ Human Rights Committee, *Toonen v. Australia*, 4 April 1994, (CCPR/C/50/D/488/1992), para. 8.5.

²⁶ See E/CN.4/2003/58, para. 28 and A/58/427, paras. 30-34.

²⁷ Of course, these observations relate to very few of the many issues in ICPD.

²⁸ Cairo Programme of Action, ICPD 7.3.

²⁹ *Ibid.*, chapter VII.

³⁰ *Ibid.*, para. 7.3.

³¹ *Ibid.*, para. 7.2.

³² Although note paragraph 96 of the Beijing Platform for Action.

³³ Cairo Programme of Action, para. 7.2, the Beijing Platform for Action, para. 94.

³⁴ There is growing academic literature on this subject. An excellent place to start is Rebecca Cook, Bernard Dickens and Mahmoud Fathalla, *Reproductive Rights and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*, Clarendon Press, 2003. On sexual rights, see Alice Miller, "Sexual but not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights", *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 4, No. 2, pp. 69-109.

³⁵ Government of the Niger: Full Poverty Reduction Strategy, Niamey, January 2002, available online at http://poverty.worldbank.org/files/9355_NigerPRSP.pdf.

³⁶ The Government of the Niger has agreed that the Special Rapporteur, in this report, may draw upon his remarks to the Forum of June 2003. The Special Rapporteur is very grateful to the Government for its approval and wishes to emphasize that he has sole responsibility for these observations, which reflect his views as an independent expert.

³⁷ E/CN.4/2003/58, para. 28, and A/58/427, paras. 32-36.

³⁸ See, for example, the *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies* prepared by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights in September 2002, following a request from the Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

³⁹ WHO, *Global Defence against the Infectious Disease Threat*, 2002, p. 96.

⁴⁰ E/CN.4/2003/58, para. 81. The 10/90 disequilibrium, or gap, refers to the fact that only about 10 per cent of health research and development is directed to the health problems of 90 per cent of the world's population.

⁴¹ General Assembly, resolution 58/173, para. 13.

⁴² This paper, entitled *Neglected Diseases, Social Justice and Human Rights: Some Preliminary Observations*, is available online at <http://www.who.int/hhr/news/en/>.

⁴³ See paragraphs 5 and 6 of this report.

⁴⁴ The *World Report on Violence and Health* (WHO, 2002) classifies violence into three main categories: "collective violence", "self-directed violence" and "interpersonal violence". The Special Rapporteur intends to address issues related to the right to health and armed conflict in future reports; for the purposes of this brief section, he confines his comments to self-directed and interpersonal violence.

⁴⁵ For a useful volume on the links between violence, health and human rights, see *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 6, No. 2, 2003.

⁴⁶ *World Report on Violence and Health* (WHO, 2002), p. 5.
