



Assemblée générale

Distr. générale
8 octobre 2004
Français
Original: anglais

Cinquante-neuvième session

Point 105 b) de l'ordre du jour

**Questions relatives aux droits de l'homme :
questions relatives aux droits de l'homme,
y compris les divers moyens de mieux assurer
l'exercice effectif des droits de l'homme
et des libertés fondamentales**

Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général*

Conformément à la résolution 2004/27 de la Commission des droits de l'homme, le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport de Paul Hunt, Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.

* Le présent rapport est soumis après les délais, dans le souci d'y faire figurer une information aussi actuelle que possible.



Résumé

Le présent rapport porte sur les activités 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 (« le droit à la santé »), depuis son dernier rapport à la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/2004/49), ainsi que sur certaines questions présentant un intérêt particulier pour lui.

Au chapitre II, le Rapporteur spécial fait valoir que l'une des caractéristiques les plus frappantes des objectifs du Millénaire pour le développement est l'importance qu'ils accordent à la santé. Il montre comment, en promouvant le droit à la santé, on peut contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement si l'on veille par exemple à ce que les interventions sanitaires verticales consolident les systèmes de santé et à renforcer l'objectif 8 (mettre en place un partenariat mondial pour le développement).

Au chapitre III, le Rapporteur spécial appelle brièvement l'attention sur les disparités profondes qui existent dans de nombreux pays du point de vue de l'accès des peuples autochtones aux soins de santé et préconise de prendre d'urgence des mesures concertées aux niveaux local, national et international en vue d'inverser ces tendances.

Dans son rapport préliminaire à la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/2003/58), le Rapporteur spécial a fait observer qu'un État doit disposer d'indicateurs et de points de repère pour mesurer la réalisation progressive du droit à la santé. Dans son premier rapport intérimaire à l'Assemblée générale (A/58/427), il a décrit dans ses grandes lignes la méthode à suivre pour utiliser des indicateurs à cette fin. Au chapitre IV, il applique cette méthode de façon expérimentale à un aspect fondamental du droit à la santé : la survie de l'enfant.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–4	3
II. Les objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé.	5–54	3
III. Le droit à la santé des peuples autochtones.	55–58	13
IV. Droit à la santé, survie de l'enfant et indicateurs	59–84	15
V. Conclusions	85–88	30
Annexe		
Objectifs du Millénaire pour le développement et normes en matière de droits de l'homme . . .		32

I. 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 (« le droit à la santé ») a soumis son rapport préliminaire (E/CN.4/2003/58) à la Commission des droits de l'homme à sa cinquante-neuvième session, en application de la résolution 2002/31 de cette dernière. Dans sa résolution 2003/28, la Commission a pris note avec intérêt du rapport du Rapporteur spécial et l'a prié, notamment, de présenter chaque année un rapport intérimaire à l'Assemblée générale sur les activités menées dans le cadre de son mandat. Le premier rapport intérimaire du Rapporteur spécial a été publié sous la cote A/58/427.

2. À sa cinquante-huitième session, l'Assemblée générale a adopté pour la première fois une résolution sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (A/RES/58/173). Elle a pris note avec intérêt du rapport intérimaire du Rapporteur spécial et, notamment, de l'approche que ce dernier proposait d'adopter « pour englober les responsabilités des États à tous les niveaux dans ses travaux futurs sur la manière d'évaluer la réalisation progressive du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, ainsi que de ses efforts pour appliquer cette approche à certains domaines spécialisés de la santé tels que les médicaments essentiels, la santé sexuelle et la santé en matière de procréation, le VIH/sida, la santé des enfants, l'eau et l'assainissement ».

3. Le Rapporteur spécial a soumis son rapport annuel à la Commission à sa soixantième session (E/CN.4/2004/49 et Add.1 et 2). Celle-ci en a pris note dans sa résolution 2004/27 et a de nouveau prié le Rapporteur spécial de lui rendre compte chaque année et de présenter, chaque année également, un rapport intérimaire à l'Assemblée générale sur les activités qu'il aurait menées dans le cadre de son mandat. Le présent rapport est soumis en application de cette résolution.

4. Depuis la présentation de son rapport à la Commission en février 2004, le Rapporteur spécial a mené des missions au Pérou (du 5 au 15 juin) et en Roumanie (du 23 au 27 août) à l'invitation des gouvernements de ces deux pays¹. Il fera rapport à la Commission à sa soixante et unième session sur ces deux missions ainsi que celle qu'il a effectuée au Mozambique en décembre 2003. Il a aussi lancé plusieurs appels urgents, publié des communications à l'intention de divers gouvernements et fait paraître des communiqués de presse sur des questions telles que les conséquences des accords commerciaux sur l'accès aux médicaments ou l'exercice du droit à la santé dans des situations de conflit. Il rendra compte de ces communications à la Commission dans son prochain rapport annuel.

II. Les objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé

5. Les objectifs du Millénaire pour le développement sont l'une des stratégies les plus importantes des Nations Unies. Ils représentent pour les défenseurs des droits de l'homme une occasion unique de peser sur les politiques et pratiques de lutte contre la pauvreté aux niveaux national et international. Leur réalisation peut faire beaucoup pour promouvoir les droits de l'homme et vice-versa.

6. Si ces objectifs ont fait couler beaucoup d'encre, les droits de l'homme n'ont pas, quant à eux, bénéficié du même degré d'attention². Cet état de choses est particulièrement surprenant, étant donné les liens étroits qui existent entre ces objectifs et un certain nombre de droits de l'homme, notamment les droits à la santé, à l'éducation, à l'alimentation, au logement et à l'égalité entre les sexes. Comme l'a souligné le Secrétaire général dans son plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire, « les droits économiques, sociaux et culturels sont au cœur de tous les objectifs du Millénaire pour le développement » (A/56/326, par. 202).

7. Le Rapporteur spécial montre comment, en promouvant le droit à la santé, on peut contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire dans ce domaine³ concernant la santé. Il insiste surtout sur l'idée que les droits de l'homme et le droit à la santé renforcent ces objectifs de bien des manières. Faute d'espace, la question ne peut être abordée ici que brièvement et à titre indicatif⁴.

Les objectifs du Millénaire pour le développement

8. Les représentants de 189 États Membres, dont 147 chefs d'État ou de gouvernement ont adopté la Déclaration du Millénaire lors du Sommet du Millénaire qui s'est tenu à New York en septembre 2000. La Déclaration énonce les principes et des valeurs qui doivent régir les relations internationales au XXI^e siècle et définit sept domaines dans lesquels les responsables nationaux prennent une série d'engagements spécifiques. Au nombre de ces domaines figurent le développement, l'élimination de la pauvreté et les droits de l'homme.

9. Le plan de campagne établi par le Secrétaire général pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire (A/56/326) définit des objectifs particuliers dans chacun de ces sept domaines. Ceux qui figurent au chapitre III – consacré au développement et à l'élimination de la pauvreté – sont aujourd'hui désignés sous le nom d'« objectifs du Millénaire pour le développement ». Le chapitre V – consacré aux droits de l'homme, à la démocratie et à la bonne gouvernance – renferme six engagements dans le domaine des droits de l'homme. Les huit objectifs du Millénaire pour le développement et les six engagements concernant les droits de l'homme sont complémentaires et se renforcent mutuellement.

10. Depuis son adoption, la Déclaration a été réaffirmée maintes fois, notamment dans le Consensus de Monterrey, adopté à la Conférence internationale sur le financement du développement, tenue en 2002. Aujourd'hui, toute la « famille » des Nations Unies s'emploie d'urgence et de façon prioritaire à atteindre ces objectifs. Autant que le sache le Rapporteur spécial, aucun autre ensemble d'engagements et d'objectifs internationaux n'a bénéficié jusqu'à ce jour d'une attention aussi stratégique, globale et durable depuis la création de l'Organisation des Nations Unies en 1945.

Les objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé

11. L'une des caractéristiques les plus frappantes des objectifs est l'importance qu'ils accordent à la santé. Sur les huit objectifs, quatre la concernent directement :

- Réduire la mortalité infantile (objectif 4);
- Améliorer la santé maternelle (objectif 5);

- Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (objectif 6);
- Assurer un environnement durable [y compris en réduisant de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable (objectif 7)].

Deux autres objectifs lui sont étroitement liés : l'objectif 1 (réduire l'extrême pauvreté et la faim) et l'objectif 8 (mettre en place un partenariat mondial pour le développement)⁵. Les objectifs restants (objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous, et objectif 3 : promouvoir l'autonomisation des femmes), ont tous deux un impact direct sur la santé. Il est amplement établi que les filles et les femmes instruites connaissent mieux l'importance des soins de santé et d'une alimentation saine pour elles-mêmes et leurs enfants.

12. En outre, au moins 8 des 16 « cibles » qui figurent dans les objectifs, et 17 des 48 « indicateurs » ont trait à la santé⁶.

13. La santé occupe une place centrale dans les objectifs du Millénaire pour le développement car elle joue un rôle déterminant dans la réduction de la pauvreté et dans le développement. De bonnes conditions de santé publique ne constituent pas seulement l'aboutissement de l'action menée pour atteindre ces deux objectifs, elles sont aussi un facteur du succès de ces efforts. Plus encore, le droit international – et de nombreuses constitutions nationales – reconnaissent que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est un droit fondamental.

Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

14. Le droit international et nombre de législations nationales précisent et nuancent l'étendue du droit à la santé. Dans ses divers rapports, le Rapporteur spécial a entrepris de présenter et d'examiner les instruments et pratiques existants dans ce domaine. Il n'y reviendra pas dans le cadre de ce rapport mais rappelle, à toutes fins utiles, ce qu'est le droit à la santé.

15. Adoptée en 1946, la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît le droit fondamental de l'homme à la santé. Deux ans plus tard, la Déclaration universelle des droits de l'homme jette les bases du cadre juridique international de ce droit. Depuis, il a été codifié dans de nombreux instruments internationaux et régionaux à caractère exécutoire dans le domaine des droits de l'homme. L'instrument qui lui fait la plus large place est la Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par tous les États, sauf deux. De ces instruments qui ont force obligatoire commence par ailleurs à découler une jurisprudence qui précise l'étendue du droit à la santé, lequel est aussi consacré par de nombreuses constitutions nationales. Plus de 100 dispositions constitutionnelles reconnaissent le droit à la santé, le droit à des soins de santé ou des droits liés à la santé tels que le droit à un environnement sain. En outre, dans certains pays, les dispositions constitutionnelles sur le droit à la santé ont donné naissance à un droit jurisprudentiel important, ainsi, l'affaire *Viceconti c. Le Ministère de la santé et de la protection sociale* en Argentine, en 1998⁷.

16. Le droit à la santé recouvre le droit d'accéder non seulement à des soins de santé, mais aussi à de l'eau potable, à l'assainissement et à l'information concernant la santé, y compris la santé sexuelle et la santé en matière de reproduction. Il recouvre des libertés dont celle d'être à l'abri de la discrimination et de la stérilisation forcée. Il englobe, par exemple, le droit à un système de protection

sanitaire et plusieurs autres éléments, notamment la santé de l'enfant, la santé maternelle et l'accès aux médicaments essentiels. Tout comme d'autres droits de l'homme, il fait une large place aux personnes défavorisées, vulnérables ou vivant dans la pauvreté. Enfin, il requiert l'existence d'un système de santé ouvert à tous et de bonne qualité.

17. Bien que sa réalisation puisse être progressive, le droit à la santé impose certaines obligations à effet immédiat telle la non-discrimination. Il doit exister des indicateurs et des points de repère qui permettent de suivre cette réalisation. Le droit à la santé recouvre par ailleurs la participation active et éclairée des individus et des communautés aux décisions qui les concernent dans le domaine de la santé. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, un certain nombre de responsabilités incombent aux pays développés touchant la réalisation du droit à la santé dans les pays pauvres. Du fait que ce droit crée des droits et des obligations, son suivi nécessite un système de responsabilisation efficace.

18. Il apparaît clairement de ce qui précède qu'il existe une certaine synergie entre la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé et celle du droit à la santé. On trouvera à l'annexe un tableau présentant ces objectifs et certaines des dispositions des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme qui leur correspondent.

19. En conclusion, notre connaissance du droit à la santé s'approfondit. Bien sûr, il subsiste des zones d'ombre – ainsi que des différends et des divergences de bonne foi, comme il y en a dans tous les champs d'investigation. Mais l'important est que le droit à la santé n'est pas un slogan. Il a une valeur normative et le promouvoir, c'est promouvoir aussi la réduction de la pauvreté, le développement et les objectifs du Millénaire pour le développement.

Comment la reconnaissance du droit à la santé peut-elle favoriser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement?

20. On trouvera dans les paragraphes qui suivent quelques illustrations de la manière dont la réalisation du droit à la santé contribue à celle des objectifs du Millénaire concernant la santé. Certaines font ressortir l'apport de la promotion des droits de l'homme en général, par exemple, l'élargissement de la participation, tandis que d'autres éclairent surtout la contribution de la réalisation du droit à la santé, notamment le surcroît d'attention accordé aux systèmes de santé. Pour diverses raisons, et en particulier faute de place, on ne s'attardera pas sur des objectifs spécifiques. Plusieurs paragraphes seront néanmoins consacrés à l'objectif 8 (mettre en place un partenariat mondial pour le développement).

Contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en faveur des personnes défavorisées et vulnérables

21. Les principes jumeaux de la non-discrimination et de l'égalité figurent parmi les éléments les plus essentiels des droits de l'homme, notamment du droit à la santé. Ils sont tous deux cités et développés dans de nombreux instruments internationaux. La communauté internationale a créé, en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme, deux organes exclusivement axés sur la non-discrimination et l'égalité (le premier concernant le traitement des femmes et le second, le racisme).

22. Dans le domaine de la santé, les objectifs du Millénaire pour le développement sont définis en termes de moyennes sociales; ainsi, l'objectif 5 consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle. Mais la situation moyenne de la population totale peut être trompeuse. L'amélioration des indicateurs sanitaires moyens peut masquer un déclin chez certains groupes défavorisés. C'est la raison pour laquelle, en matière de droits de l'homme, il est indispensable de désagréger les données, autant que faire se peut, par groupes susceptibles d'être victimes de discrimination. Il est ainsi possible de suivre la situation des groupes vulnérables – femmes vivant dans la pauvreté, peuples autochtones, minorités, etc. – et de concevoir des politiques visant spécifiquement à l'améliorer⁸.

23. La lutte contre la discrimination est l'un des domaines dans lesquels la réalisation du droit à la santé contribue tout particulièrement à celle des objectifs du Millénaire pour le développement. Compte tenu de l'attention spéciale accordée à ces questions depuis de longues années, à la faveur notamment de l'examen systématique de centaines de rapports présentés par les différents pays sur leur législation et leurs pratiques, le système international des droits de l'homme a acquis, en matière de non-discrimination et d'égalité, une expérience considérable qui peut permettre d'identifier les politiques propres à faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire concernant la santé pour tous les individus et tous les groupes, y compris les plus défavorisés.

Élargir la participation

24. La participation fait partie intégrante du droit à la santé. Si le droit de prendre part à la conduite des affaires publiques est indissociablement lié aux principes fondamentaux de la démocratie, il ne se limite pas au droit de voter dans des élections libres et régulières; il recouvre la participation active et éclairée des individus et des communautés à la prise de décisions les concernant, notamment celles qui tiennent à la santé. En d'autres termes, reconnaître le droit à la santé, c'est attacher la même importance aux processus par lesquels les objectifs concernant la santé sont atteints qu'à ces objectifs eux-mêmes.

25. Les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté doivent certes être conduites par les pays, mais il ne faut pas entendre par « pays » les seules autorités nationales. Les stratégies doivent être pilotées par un grand nombre d'acteurs dont les personnes vivant dans la pauvreté. Bien sûr, ce n'est pas chose aisée et ça prend du temps. Il est donc nécessaire de mettre en place des mécanismes novateurs pour faciliter la participation de ceux qui sont habituellement tenus à l'écart de l'élaboration des politiques. Ces mécanismes doivent en outre respecter les structures démocratiques existant aux niveaux local et national.

26. La Déclaration du Millénaire est un document digne d'éloges, mais elle témoigne par endroits d'une conception du développement dépassée, directive et non participative. Une meilleure reconnaissance du droit à la santé permettra d'atténuer ces tendances technocrates, d'élargir la participation des personnes et des communautés défavorisées et, ainsi, de favoriser la réalisation pour tous des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé.

Veiller à ce que les interventions verticales renforcent les systèmes sanitaires

27. La réalisation du droit à la santé passe, entre autres, par la mise en place de systèmes sanitaires efficaces, ouverts à tous et de qualité. Les objectifs du

Millénaire concernant la santé sont, pour la plupart, liés à des maladies spécifiques ou axés sur des situations sanitaires : paludisme, tuberculose, VIH/sida, santé maternelle et santé infantile, et ils donneront probablement lieu à des interventions sanitaires verticales étroites. Les interventions de ce type ne sont pas les plus aptes à favoriser le développement à long terme des systèmes de santé. De fait, en ponctionnant les ressources et en surchargeant des capacités fragiles, elles pourraient même compromettre les progrès accomplis sur le chemin de la réalisation de l'objectif à long terme consistant à mettre en place un système de santé efficace et ouvert à tous. Bien conçue, la réalisation du droit à la santé, axée sur l'efficacité des systèmes sanitaires, peut contribuer à la planification d'interventions verticales propres à améliorer la qualité de ces systèmes.

28. Dans ce contexte, le Rapporteur spécial prend note avec intérêt de l'idée d'élaborer un nouvel instrument – un « mécanisme d'évaluation de l'impact du système de santé » – qui évaluerait les effets attendus d'un projet d'intervention sur un système de santé donné, comme le recommande dans son rapport intérimaire l'Équipe 4 du Projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile.

Accorder plus d'attention aux professionnels de la santé

29. Les professionnels de la santé – médecins, infirmières, sages-femmes, techniciens, administrateurs, etc. – sont appelés à jouer un rôle essentiel dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé. Or nombre de systèmes sanitaires connaissent une crise des ressources humaines. Si on ne remédie pas à la situation déplorable des professionnels de la santé, il est difficile d'imaginer comment les objectifs du Millénaire concernant la santé seront atteints dans de nombreux pays. Le sort pénible des professionnels de la santé a un rapport étroit avec la réalisation du droit à la santé. Offrir au personnel sanitaire des conditions d'emploi et de travail équitables est une question qui touche le droit à la santé, tout comme la fuite des compétences du secteur de la santé du Sud vers le Nord, ou d'ailleurs, l'exode rural des professionnels de la santé à l'intérieur d'un pays. La fuite des compétences du Sud vers le Nord est un problème qui se rattache à l'objectif 8 car les politiques des pays du Nord tendent à attirer les professionnels de la santé des pays en développement. En promouvant le droit à la santé, on peut contribuer à faire en sorte que ces questions complexes qui touchent directement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé reçoivent l'attention qu'elles méritent.

La santé en matière de sexualité et de reproduction

30. Comme chacun sait, l'expression « santé en matière de sexualité et de reproduction » a été bannie des objectifs du Millénaire pour le développement. Cependant, une stratégie de développement qui ne prendrait pas ces questions en considération ne serait guère crédible. En réalité, les objectifs du Millénaire pour le développement tiennent compte de questions liées à la santé en matière de sexualité et de reproduction comme la santé maternelle, la santé infantile et le VIH/sida. La résolution 2003/28 de la Commission des droits de l'homme en apporte la confirmation : « La santé en matière de sexualité et de reproduction fait partie intégrante du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. » Dans le rapport qu'il a présenté à la Commission, à sa soixantième session, le Rapporteur spécial a examiné l'étendue du droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction dans le contexte des conférences mondiales

du Caire et de Beijing. Il ne reviendra pas ici sur cette analyse, mais il confirme que l'exercice du droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction signifie qu'hommes et femmes sont libres de choisir s'ils souhaitent procréer et à quel moment. Ils ont également le droit de choisir librement et en connaissance de cause une méthode de planification familiale sûre, efficace, abordable, acceptable et leur assurant une protection complète ainsi que celui de vivre la grossesse et l'accouchement dans de bonnes conditions de sécurité.

31. Dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement, cet aspect du droit à la santé est particulièrement important car i) il fait ressortir le rôle crucial que joue la santé en matière de sexualité et de reproduction dans la lutte contre la pauvreté; et ii) met en évidence ses multiples corrélations avec la promotion des droits de l'homme.

Renforcer l'objectif 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement

32. Un certain nombre de responsabilités incombent aux États développés en ce qui concerne la réalisation du droit à la santé des pays en développement. Ces responsabilités découlent notamment des dispositions régissant l'assistance et la coopération internationales en matière de droit international relatif aux droits de l'homme. Il ne faudrait surtout pas comprendre cette assistance et cette coopération comme un simple appui financier et technique; il s'agit bel et bien, pour le monde industrialisé, d'œuvrer activement pour l'instauration d'un ordre international propre à faciliter l'élimination de la pauvreté et la réalisation du droit à la santé dans les pays en développement.

33. Comme c'est le cas pour d'autres droits de l'homme, les droits et les responsabilités en matière de droit à la santé ne sont pas encore clairement définis. Toutefois, le principe de l'assistance et de la coopération internationales veut que tous ceux qui sont en mesure d'aider commencent par s'abstenir d'agir de façon à rendre encore plus problématique pour les pauvres la réalisation du droit à la santé et ensuite s'emploient à leur faciliter la chose.

34. La notion d'assistance et de coopération internationales en matière de droits de l'homme trouve un vibrant écho dans l'objectif 8, dans les principes d'équité mondiale et de responsabilité partagée sur lesquels repose la Déclaration du Millénaire de l'ONU ainsi que dans le Consensus de Monterrey. En outre, parce qu'elle est consacrée dans les instruments juridiques internationaux relatifs aux droits de l'homme à caractère exécutoire, elle confère à cet objectif, à ces principes et à ces textes une assise juridique plus solide.

35. Aux paragraphes 42 à 46 ci-après, le Rapporteur spécial revient sur la question primordiale de l'obligation redditionnelle des États développés en ce qui concerne l'objectif 8.

Renforcer l'obligation de rendre des comptes

36. Le droit international relatif aux droits de l'homme responsabilise des individus et collectivités en leur conférant des droits et en leur imposant des obligations. Il est d'une importance capitale de contrôler le respect de ces droits et obligations sous peine d'en faire de vains mots. Aussi toute démarche fondée sur les droits de l'homme – ou le droit à la santé – doit-elle mettre l'accent sur les

obligations et exiger de tous ceux qui sont assujettis à ces obligations qu'ils répondent de leur conduite.

37. L'idée de « rendre compte » est bien trop souvent associée à celles de blâme et de sanction⁹. Or, cette acception du terme est trop restrictive. En matière de droit à la santé, la responsabilisation permet de déterminer les politiques et institutions sanitaires qui donnent des résultats et celles qui sont inefficaces et de comprendre pourquoi, l'idée étant d'améliorer la réalisation de ce droit pour tous. Le système doit être efficace, transparent et accessible. Il semble que ce soit ce dont parle l'Équipe 4 sur la santé maternelle et infantile lorsqu'elle préconise le « contrôle constructif ».

38. Le suivi du respect des obligations revêt diverses formes. Au niveau international, les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme constituent un système de contrôle embryonnaire, tandis qu'au niveau national, un inspecteur de la santé ou un médiateur peut exercer un certain contrôle. Un conseil sanitaire local démocratiquement élu peut également jouer ce rôle et des mécanismes administratifs, telle la mise à disposition du public d'études d'impact sur la santé, vont dans le sens d'une plus grande responsabilisation. Un droit fondamental aussi complexe que le droit à la santé nécessite un système de contrôle dont la forme et les composantes varieront d'un État à l'autre.

39. Les mécanismes de suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement sont insuffisants. Les rapports établis sur la question au niveau des pays pourraient être utilisés aux fins de la responsabilisation. Il en existe déjà plus d'une soixantaine dont la plupart concernent des pays à revenu faible ou moyen. Selon l'évaluation qu'en a faite le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), ces rapports « apparaissent comme l'un des instruments les plus importants pour la surveillance et le suivi des progrès réalisés au niveau national¹⁰ ». Mais ils relèvent de la « sensibilisation » avant tout et ne sont pas conçus pour appuyer la formulation de politiques ou contrôler la façon dont les États s'acquittent de leurs obligations¹¹.

40. Les mécanismes de suivi du respect des droits de l'homme, y compris du droit à la santé, peuvent pallier de deux façons au moins l'insuffisance du système de responsabilisation mis en place pour tous les objectifs du Millénaire pour le développement. Premièrement, s'ils disposent des informations et des ressources voulues, ils peuvent déterminer si les États font le nécessaire pour atteindre les objectifs fixés. En examinant le rapport périodique d'un État, un organe créé en vertu d'un instrument international relatif aux droits de l'homme pourrait, par exemple, évaluer la réalisation des objectifs qui le concernent. Les rapporteurs spéciaux pourraient en faire autant lors de missions dans les pays. Au niveau national, une organisation de défense des droits de l'homme pourrait se doter d'une équipe de suivi et de contrôle de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

41. Deuxièmement, le suivi du respect des droits de l'homme rappelle constamment le rôle crucial de l'obligation redditionnelle dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il n'existe pas, dans le domaine des droits de l'homme, de mécanisme de contrôle type susceptible d'être appliqué aux objectifs. La communauté internationale – et d'autres acteurs – devront mettre au point un système adéquat, effectif, transparent et accessible et en faire un élément intégral de l'initiative de développement du Millénaire. Faute de quoi, les objectifs

seront privés d'une composante droits de l'homme indispensable et, surtout, leur réalisation serait bien incertaine.

Renforcer l'obligation redditionnelle en ce qui concerne l'objectif 8

42. Le système de responsabilisation est insuffisant pour tous les objectifs du Millénaire pour le développement, mais il laisse particulièrement à désirer en ce qui concerne l'objectif 8. Le rapport d'évaluation du PNUD indique que « rares sont les pays qui font rapport sur l'objectif 8 » et souligne qu'il est « d'importance vitale de suivre les progrès relatifs à [cet] objectif¹² ». Les Pays-Bas, le Danemark et la Suède sont parmi les rares États développés à avoir publié des rapports sur l'état d'avancement de la réalisation de l'objectif 8, donnant là un exemple dont il y a grand lieu de se féliciter et que tous les pays industrialisés devraient suivre sans tarder. Sans être une forme de contrôle adéquate, cette auto-évaluation n'en constitue pas moins un pas dans la bonne direction.

43. Les pays en développement pensent depuis longtemps que les mécanismes de responsabilisation sont déséquilibrés et s'appliquent essentiellement à eux, les pays développés échappant à l'obligation de rendre des comptes lorsqu'ils ne tiennent pas les engagements et les promesses qu'ils ont pris au niveau international et qui revêtent une importance particulière pour les pays en développement¹³. L'application de l'initiative du Millénaire pour le développement confirme malheureusement cette impression. C'est surtout sur les pays à faible revenu ou à revenu moyen que pèse l'obligation de rendre compte de la réalisation des objectifs. Rares sont les pays développés qui procèdent même à l'auto-évaluation prévue en ce qui concerne la réalisation de l'objectif 8. Ce déséquilibre va à l'encontre des principes de réciprocité, de responsabilité partagée et d'obligation redditionnelle mutuelle sur lesquels reposent la Déclaration du Millénaire de l'ONU et ses objectifs.

44. Ce déséquilibre est particulièrement regrettable compte tenu de l'importance cruciale de l'objectif 8 pour les pays en développement qui sont nombreux à souffrir d'une pauvreté aiguë à l'échelle nationale. Pour eux, la question ne se pose pas en termes d'efficacité accrue ou de répartition plus équitable entre leurs habitants bien que ces considérations aient souvent leur importance, mais dans une optique de pénurie de ressources alarmante et de budgets tout à fait insuffisants. Autrement dit, pour eux, l'objectif 8 est primordial.

45. Du point de vue des droits de l'homme, notamment du droit à la santé, il importe au plus haut point de renforcer l'obligation de rendre des comptes en ce qui concerne la réalisation de l'objectif 8. Au cas où la communauté internationale n'arriverait pas à s'entendre sur un système de responsabilisation effectif, transparent et accessible, les pays en développement souhaiteront peut-être mettre en place leur propre mécanisme de contrôle afin de contrôler de façon indépendante la manière dont les pays développés s'acquittent des engagements pris au titre de l'objectif 8.

46. Le Rapporteur spécial confirme qu'il attache une importance particulière au suivi de l'objectif 8 car pour nombre de pays en développement, la réalisation des objectifs concernant la santé dépend dans une large mesure du respect des engagements pris au titre de l'objectif 8 par les États développés.

Conclusions

47. Les politiques fondées sur le droit à la santé tendent à être plus efficaces, équitables, dynamiques et participatives et à mieux servir les intérêts de ceux qui vivent dans la pauvreté.

48. La réalisation du droit à la santé crée un cadre normatif bien défini qui renforce celle des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé. Ce cadre est fourni par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Inspirés de valeurs morales universellement reconnues et sous-tendus par des obligations juridiques, ceux-ci constituent un cadre normatif incontournable pour les politiques nationales et internationales conçues aux fins de la réalisation des objectifs.

49. Dans sa résolution 2004/27, la Commission des droits de l'homme a confirmé qu'il importait de tenir compte du droit à la santé dans tous les processus de prise de décisions. Rappelant ceux des objectifs qui ont trait à la santé, elle a recommandé aux États « d'établir des mécanismes efficaces pour veiller à ce que la réalisation du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible soit dûment prise en compte dans la formulation de leurs politiques nationales et internationales pertinentes ». Sans se limiter aux responsabilités des États, elle a également prié instamment « toutes les organisations internationales » dont le mandat est en rapport avec le droit à la santé « de tenir compte des obligations de leurs membres, tant au niveau national qu'international, qui sont liées [à ce droit] ».

50. Le droit à la santé – et d'autres droits fondamentaux – doivent former partie intégrante des quatre éléments de la stratégie de base des Nations Unies pour la réalisation des objectifs. Pour efficaces qu'ils soient, les quelques membres des Équipes Projet du Millénaire qui connaissent bien les droits de l'homme ne pourront pas à eux seuls faire en sorte que ces droits reçoivent toute l'attention qu'ils méritent. Les observations formulées par les spécialistes des droits de l'homme au sujet des projets de rapport n'y suffiront pas non plus. Pour que la réalisation des droits de l'homme et du droit à la santé puissent concourir pleinement à celle des objectifs, il faudra trouver les ressources nécessaires pour que ces questions soient prises en compte de manière efficace, cohérente et systématique dans l'ensemble de la stratégie de base visant la réalisation des objectifs, non seulement à l'échelon international, mais également au sein des équipes de pays des Nations Unies.

51. Il est particulièrement important que le « Plan mondial pour atteindre les objectifs de développement du Millénaire » cite expressément le cadre fourni par les instruments relatifs aux droits de l'homme et l'utilise conformément à la fois à la Déclaration du Millénaire de l'ONU et au plan de campagne. Le Plan mondial devrait comporter un chapitre qui définisse ce cadre et fasse valoir par des exemples comment la réalisation des droits de l'homme sous-tend et renforce celle des objectifs du Millénaire pour le développement. Les droits de l'homme et le droit à la santé devraient ensuite être harmonieusement et systématiquement intégrés à l'ensemble du Plan mondial, recommandations comprises.

52. Le rapport final de chaque Équipe Projet du Millénaire devrait comporter un chapitre qui précise le cadre fourni par les instruments relatifs aux droits de l'homme et examine les enseignements concrets à tirer dans le domaine relevant de la responsabilité particulière de l'Équipe¹⁴.

53. Cela dit, la prise en compte des droits de l'homme, y compris celle du droit à la santé, dans les objectifs constitue un défi majeur pour ceux qui sont acquis aux droits de l'homme et à la réduction de la pauvreté. Les techniques et compétences traditionnelles qui ont si bien servi les défenseurs des droits de l'homme pendant de nombreuses années, à savoir la méthode de la dénonciation publique, les campagnes de lettres et la pratique consistant à porter des affaires-test devant les tribunaux, etc., n'assureront pas l'intégration effective du droit à la santé dans la stratégie de développement du Millénaire. Pour cela, il faudra que les organisations de défense des droits de l'homme mettent au point de nouvelles techniques et compétences. Une réalité incontournable est par exemple que la définition de grandes orientations requiert la hiérarchisation des priorités et l'acceptation de compromis. Ainsi, pour promouvoir la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les défenseurs des droits de l'homme devront savoir comment définir des priorités respectueuses des droits de l'homme. Ils devront pouvoir déterminer les compromis susceptibles ou non d'être envisagés du point de vue du droit et de la pratique en matière de droits de l'homme. Il leur faudra par ailleurs mettre au point et utiliser de nouveaux outils tels qu'études d'impact, indicateurs et autres critères. Bien entendu, les techniques éprouvées en matière de droits de l'homme demeurent extrêmement importantes : une politique qui favorise la réalisation d'un objectif mais viole les droits de l'homme doit être contestée par des moyens traditionnels. Reste que si les techniques traditionnelles demeurent essentielles, elles ne suffisent pas et il faut en trouver d'autres.

54. En ce qui les concerne, les défenseurs des droits de l'homme s'attèlent déjà à la mise au point de ces nouvelles techniques. Par ailleurs, certains de ceux qui sont habituellement actifs dans le domaine de la santé et de la réduction de la pauvreté sont de plus en plus conscients du fait que la réalisation des droits de l'homme peut être d'un appui précieux. En collaborant, les deux groupes peuvent aider à faire en sorte que la réalisation des droits de l'homme, notamment du droit à la santé, concoure pleinement à celle des objectifs dans le domaine de la santé pour le bénéfice de tous.

III. Le droit à la santé des peuples autochtones

55. Le Rapporteur spécial est gravement préoccupé par les profondes disparités qui existent entre la santé des peuples autochtones et celle des non-autochtones dans de nombreux pays et communautés du monde entier¹⁵. Les autochtones ont tendance à mourir plus jeunes et sont généralement en moins bonne santé que d'autres groupes démographiques. Dans certains districts, ils ont plus tendance à souffrir de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension ou l'arthrite, et sont beaucoup plus sujets aux abus de substances psychotropes, à la dépression et à d'autres troubles mentaux que les non-autochtones. Les taux de suicide chez les femmes autochtones de certains pays en développement sont jusqu'à huit fois plus élevés que la moyenne nationale. Le VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles se propagent rapidement auprès des communautés autochtones, tendances qui exacerbent des facteurs comme l'exploitation sociale et économique des femmes autochtones, ainsi que le manque d'accès à des informations sanitaires. Les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle dans de nombreuses communautés autochtones sont nettement plus élevés que dans les groupes non autochtones tandis que les enfants autochtones ont des taux de vaccination et

d'inscription scolaire plus bas et des taux d'abandon scolaire plus élevés et sont plus exposés que les enfants non autochtones à l'exploitation sexuelle et économique, tous facteurs de risque pour la santé.

56. Ce court chapitre a simplement pour objet de souligner l'importance de ces questions complexes que le Rapporteur spécial compte développer plus avant dans son prochain rapport. Il dispose déjà d'informations fiables sur les disparités qui existent dans le domaine de la santé des peuples autochtones, notamment sur des cas de discrimination de la part de professionnels de la santé, lesquels ignorent les besoins particuliers des populations autochtones et n'ont pas reçu la formation voulue pour y répondre; le manque de prestations sanitaires dans les langues autochtones; l'absence d'eau potable et de services d'assainissement adéquats et les effets de la contamination de l'environnement sur la santé et la vie des communautés autochtones; la violence, notamment sexuelle, contre les femmes autochtones. Le Rapporteur spécial note les nombreuses graves similitudes relevées par le Rapporteur spécial sur la situation des droits de l'homme et des libertés fondamentales des populations autochtones à l'issue des missions qu'il a récemment effectuées dans les pays, notamment les cas de discrimination systématique pour ce qui est de l'accès aux services médicaux et de la qualité de ses services; la marginalisation de la médecine autochtone traditionnelle; les taux élevés de maladies comme le diabète; des taux de suicide très inquiétants, en particulier chez les jeunes¹⁶.

57. Dans le rapport de sa troisième session (E/2004/43-E/C.19/2004/23), l'Instance permanente sur les questions autochtones a mis en garde contre le fait que les conditions sanitaires des communautés autochtones se détérioraient de manière très inquiétante en raison de l'accès inadéquat et limité aux services de santé, de l'absence de stratégies culturellement acceptables en matière de soins de santé, du manque de dispensaires dans les zones isolées et de la dégradation de la qualité de l'air, de l'eau et des terres due aux activités industrielles non maîtrisées. Elle a souligné qu'il fallait examiner des facteurs ayant des effets néfastes sur le droit à la santé des femmes autochtones, y compris leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Certains pays s'efforcent d'améliorer la situation. Toutefois, l'absence de données sanitaires spécifiquement liées à l'appartenance ethnique, le refus constant d'associer les peuples autochtones à l'élaboration et à l'application des politiques sanitaires et l'absence de travaux de recherche approfondis sur les risques auxquels sont exposés les autochtones dans le domaine de la santé et les disparités existantes n'ont guère permis à ces initiatives de progresser.

58. Le Rapporteur spécial demande que des efforts pressants et concertés soient consentis aux niveaux local, national et international pour renverser ces tendances. En application des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, les peuples autochtones ont le droit de bénéficier de mesures particulières visant à leur ouvrir un accès plus large à des services et à des soins de santé et à améliorer les paramètres sous-jacents. Ces services doivent être culturellement adaptés et tenir compte des soins préventifs, pratiques curatives et médicaments traditionnels. En particulier, il prie instamment les gouvernements et d'autres acteurs de ne ménager aucun effort pour faire en sorte :

a) Que les données sanitaires soient ventilées par groupe ethnique, sexe, statut socioéconomique, appartenance culturelle ou tribale et langue;

b) Que les peuples autochtones participent activement et en connaissance de cause à l'élaboration, à l'application et au suivi des politiques et programmes en matière de santé;

c) Que, dans la mesure du possible, les autochtones aient accès à des services, programmes et projets ainsi qu'à des informations sanitaires dans leurs propres langues;

d) Que les programmes sanitaires soient renforcés dans les communautés autochtones, notamment grâce à la formation d'agents sanitaires autochtones pour assurer des services de proximité de soins à domicile;

e) Que l'on sensibilise les professionnels de la santé aux questions d'appartenance ethnique et de culture autochtone;

f) Que soient élaborées et mises en œuvre des stratégies visant à encourager les autochtones à choisir un métier de la santé, notamment en accroissant la diversité ethnique du corps étudiant qui participe aux programmes de formation actuels et en faisant reconnaître le personnel sanitaire autochtone, notamment les accoucheuses traditionnelles, par les systèmes de santé publique. Par ailleurs, de nouveaux stages de formation devraient être conçus par et pour les groupes autochtones et autres groupes ethniques non dominants, notamment dans le domaine des traditions et pratiques médicales autochtones;

g) Que soient mis en place des mécanismes de suivi et de responsabilisation en ce qui concerne les abus et négligences dont sont victimes les autochtones dans le cadre du système de santé.

IV. Droit à la santé, survie de l'enfant et indicateurs

59. Dans son rapport préliminaire à la Commission des droits de l'homme, le Rapporteur spécial a fait remarquer que :

« Le droit international à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive. Inévitablement, cela signifie que ce qui est attendu d'un État variera au cours du temps. Pour pouvoir suivre ses progrès, un État a besoin d'un instrument permettant de mesurer cette dimension évolutive du droit à la santé. [Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels] suggère que l'instrument le plus approprié est l'application combinée d'indicateurs et de critères nationaux du droit à la santé. Dans cette optique, un État choisit des critères appropriés du droit à la santé qui l'aideront à suivre les différentes composantes de ce droit. Chaque indicateur nécessitera une désagrégation en fonction des motifs de discrimination prohibés. L'État définit ensuite au niveau national des cibles – ou des critères – appropriés pour chaque indicateur désagrégé. Il peut utiliser ces indicateurs et critères nationaux pour suivre ses progrès dans le temps, ce qui lui permet de savoir quand il faut procéder à des ajustements de la politique suivie. Bien entendu, aussi fins que puissent être les indicateurs et les critères du respect du droit à la santé, ils ne donneront jamais une image complète de l'exercice de ce droit dans une juridiction donnée. Au mieux, ils peuvent fournir d'utiles renseignements sur le droit à la santé dans un contexte national donné. » (E/CN.4/2003/58, par. 36)

60. Dans les mois qui ont suivi la présentation de son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a tenu de vastes consultations en vue d'identifier une méthodologie simple qui permette de déterminer les indicateurs et critères à appliquer à la réalisation du droit à la santé. Dans son premier rapport intérimaire à l'Assemblée générale (A/58/427), le Rapporteur spécial a brièvement présenté cette méthodologie qui :

- a) Distingue entre un indicateur de santé et un indicateur du droit à la santé;
- b) Propose trois catégories d'indicateurs de santé : indicateur structurel, indicateur de méthode et indicateur de résultat;
- c) Suggère que les indicateurs du droit à la santé sont indispensables pour suivre l'exercice par l'État de ses responsabilités en matière de droits de l'homme a) dans le cadre de sa propre juridiction (« au niveau national ») et b) au-delà de ses frontières (« au niveau international »).

61. L'Assemblée générale a pris note avec intérêt de la méthodologie esquissée par le Rapporteur spécial. Depuis la présentation de son rapport, celui-ci l'a soumise à divers spécialistes des droits de l'homme et autres experts, dont les participants à un séminaire organisé par l'OMS en avril 2004. À quelques détails près, la méthodologie a été largement approuvée. Il ne reste plus au Rapporteur spécial qu'à l'appliquer à un domaine de santé particulier – la survie de l'enfant – pour voir si, dans la pratique, elle donne les résultats attendus.

Droit de l'enfant à la santé : la survie de l'enfant

62. Dans sa résolution 2002/31, la Commission des droits de l'homme a prié le Rapporteur spécial d'accorder une attention spéciale aux besoins des enfants. En réponse à cette demande, il souhaite appliquer la méthode décrite dans son rapport intérimaire à l'un des aspects du droit de l'enfant à la santé.

63. Pour plusieurs raisons, parmi lesquelles l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la mortalité infantile figure en bonne place, les États, les organisations intergouvernementales et la société civile accordent une attention croissante à la survie de l'enfant. Un groupe consultatif interorganisations entreprend de mettre au point une série provisoire d'indicateurs essentiels de la survie de l'enfant, que tous les États et d'autres acteurs pourraient trouver utiles. Le Rapporteur spécial suggère de formuler des indicateurs adaptés au suivi de la réalisation progressive par les États du droit à la santé du point de vue de la survie de l'enfant.

64. Le Rapporteur spécial se propose donc d'utiliser tel quel le projet de série d'indicateurs de base sur la survie de l'enfant élaborée par le groupe consultatif susmentionné pour mettre à l'essai la méthode décrite dans son rapport intérimaire. Il convient tout d'abord de souligner quelques points.

65. Premièrement, la survie de l'enfant n'est qu'un aspect de la santé de l'enfant, si bien que les indicateurs de la survie de l'enfant ne couvrent que partiellement la santé de l'enfant et son droit à la santé.

66. Deuxièmement, le Rapporteur spécial se pose plusieurs questions concernant les indicateurs de base retenus par le groupe consultatif. Ainsi, pourquoi n'a-t-on pas inclus d'indicateurs sur la diarrhée ou sur le VIH/sida? Néanmoins, dans le cadre du présent rapport, il ne modifiera et n'ajoutera rien aux indicateurs de base

relatifs à la santé tels qu'ils ont été définis pour le moment par le groupe consultatif. Si cela présente une utilité, il est disposé à prendre contact avec le groupe consultatif et à déterminer avec lui quels indicateurs relatifs à la santé devraient être inclus et lesquels ne devraient pas l'être. Pour les besoins du présent rapport, il utilise les indicateurs de base retenus par le groupe car on peut très bien s'en servir pour étudier comment un État emploie des indicateurs pour suivre la réalisation progressive d'un volet du droit à la santé, à savoir la survie de l'enfant.

67. Troisièmement, bien que le Rapporteur spécial ne souhaite pas modifier ni ajouter quoi que ce soit aux indicateurs de base relatifs à la santé soumis par le groupe consultatif, il appelle l'attention sur un certain nombre d'autres indicateurs qui sont essentiels du point de vue du droit à la santé, tels que les indicateurs relatifs à la participation et à la responsabilité.

68. De l'avis du Rapporteur spécial, les indicateurs de base de la survie de l'enfant élaborés par le groupe consultatif peuvent également servir au suivi de certains aspects de la réalisation progressive du droit à la santé si les conditions suivantes sont remplies :

- a) Ces indicateurs répondent de façon assez précise à une norme en matière de droit à la santé;
- b) Ils sont désagrégés suivant au moins les paramètres suivants : sexe, race, groupe ethnique et zone (urbaine ou rurale)¹⁷;
- c) Ils sont complétés par d'autres indicateurs qui s'appliquent au suivi de quatre composantes essentielles de la réalisation du droit à la santé :
 - i) Une stratégie et un plan d'action nationaux qui prennent en compte le droit à la santé;
 - ii) La participation d'individus et de groupes, en particulier les groupes vulnérables et défavorisés, aux politiques et aux programmes de santé;
 - iii) Assistance et coopération des donateurs internationaux pour la réalisation du droit à la santé dans les pays en développement;
 - iv) Mécanismes accessibles et bien conçus de suivi et de reddition des comptes.

69. Dans le tableau ci-après, les indicateurs de la survie de l'enfant définis par le groupe consultatif sont suivis d'un astérisque. Les normes en matière de santé qui y correspondent sont également indiquées. On y trouvera en outre d'autres indicateurs relatifs à des domaines qui sont essentiels du point de vue du droit à la santé : stratégie et plan d'action nationaux (indicateurs 8 à 10); participation (indicateurs 14 et 15); suivi et reddition des comptes (indicateurs 1 à 12) et aide et coopération internationales (indicateurs 16 à 18 et 36 à 38).

70. Selon la méthode présentée dans le rapport intérimaire, les indicateurs sont regroupés en « indicateurs structurels », « indicateurs de méthode » et « indicateurs de résultat ». On distingue également les indicateurs qui doivent être désagrégés (en général, les indicateurs structurels ne se prêtent pas à la désagrégation). Enfin, on trouvera dans le tableau le nom de l'organe gouvernemental qui devrait normalement être chargé de recueillir les données utiles, bien qu'il y ait des différences d'un État à l'autre.

71. Les États voudront peut-être utiliser les indicateurs qu'ils trouveront dans le tableau, mais ils pourront aussi définir d'autres indicateurs de la survie de l'enfant mieux adaptés à leurs conditions particulières. Les indicateurs présentés ci-après ont un caractère général et peuvent s'appliquer à de nombreux États, à l'exception de six indicateurs qui concernent spécialement les donateurs.

72. Le Vice-Président du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Eibe Riedel, a accepté d'utiliser la méthode présentée par le Rapporteur spécial, comme celui-ci l'a noté dans son rapport intérimaire à l'Assemblée générale. Le Rapporteur spécial note avec satisfaction que le Vice-Président approuve également l'application de cette méthode à la survie de l'enfant telle qu'elle est décrite dans le présent chapitre, ce qui devrait aider le Rapporteur spécial et le Comité à harmoniser leurs vues et simplifier la tâche des États, des organisations intergouvernementales, des groupes de la société civile et d'autres entités.

Indicateurs du droit à la santé et de la survie de l'enfant

<i>Indicateurs structurels</i>			
<i>Indicateur</i>	<i>Désagrégation</i>	<i>Organe gouvernemental responsable</i>	<i>Dispositions relatives aux droits de l'homme</i>
Contexte juridique de base			
1. L'État a-t-il inscrit le droit à la santé, notamment le droit de l'enfant à la santé, dans sa constitution? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la justice	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24
2. L'État a-t-il adopté d'autres lois qui reconnaissent explicitement le droit à la santé, notamment le droit de l'enfant à la santé? (<i>oui/non</i>)			
3. Au cours des deux dernières années, a-t-on signalé des décisions de justice qui abordent explicitement le droit de l'enfant à la santé? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la justice	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24
4. L'État a-t-il adopté des lois en faveur de l'enregistrement obligatoire des naissances? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la justice	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Pacte international relatif aux droits civils et politiques : article 24 2); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2), 7 et 24
5. L'État a-t-il adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la justice	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2), 24 2) a), c) et e); Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : article 12 2)

Indicateurs structurels

Indicateur	Désagrégation	Organe gouvernemental responsable	Dispositions relatives aux droits de l'homme
Institution nationale chargée des droits de l'homme			
6. Existe-t-il une institution nationale chargée des droits de l'homme (par exemple un commissaire aux droits de l'homme, un commissaire aux droits de l'enfant ou un commissaire à la santé), dont le mandat :	Non	Ministère de la justice	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24
i) Couvre explicitement le droit de l'enfant à la santé? (<i>oui/non</i>)			
ii) Couvre implicitement le droit de l'enfant à la santé? (<i>oui/non</i>)			
7. Si oui, cette institution a-t-elle, au cours des cinq dernières années, mis en œuvre un programme en faveur du droit de l'enfant à la santé, doté d'un personnel désigné à cet effet et d'un budget? (<i>oui/non</i>)			
Stratégie et plan d'action nationaux			
8. Au cours des cinq dernières années, le Gouvernement a-t-il adopté – ou actualisé – une stratégie et un plan d'action nationaux en faveur de la santé de l'enfant, notamment la mortalité infantile? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24
9. Si oui, la stratégie ou le plan d'action :	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 2, 3 1), 4, 6 2) et 24
a) Reconnaisent-ils explicitement la Convention relative aux droits de l'enfant (<i>oui/non</i>)			
b) Prennent-ils en compte et intègrent-ils systématiquement les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant? (<i>oui/non</i>)			
c) Établissent-ils clairement :			
i) Des objectifs? (<i>oui/non</i>)			
ii) Des calendriers? (<i>oui/non</i>)			

<i>Indicateurs structurels</i>			
<i>Indicateur</i>	<i>Désagrégation</i>	<i>Organe gouvernemental responsable</i>	<i>Dispositions relatives aux droits de l'homme</i>
iii) Les responsabilités des différents secteurs? (<i>oui/non</i>)			
iv) Des procédures d'établissement de rapports relatifs à ces objectifs, ces calendriers et ces responsabilités? (<i>oui/non</i>)			
v) Qu'ils ont pour principe fondamental de servir au mieux les intérêts de l'enfant? (<i>oui/non</i>)			
d) Prévoient-ils des mesures spécialement conçues à l'intention et dans l'intérêt des groupes vulnérables? (<i>oui/non</i>)			
10. S'il y a une stratégie ou un plan d'action, recueille-t-on des données appropriées et suffisantes pour pouvoir évaluer les résultats, en particulier en ce qui concerne les groupes vulnérables? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 2, 4, 6 2) et 24
Études d'impact			
11. Avant d'introduire une nouvelle initiative susceptible d'avoir une incidence sur la santé de l'enfant, l'État a-t-il pour principe de procéder à une étude, qui sera accessible au public, de l'impact probable de ladite initiative sur la santé de l'enfant, notamment celle des groupes vulnérables? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 2, 4, 6 2) et 24
Surveillance et reddition des comptes			
12. Outre les mécanismes mentionnés aux rubriques 1 à 11 ci-dessus, existe-t-il des mécanismes efficaces et accessibles de surveillance et de reddition des comptes qui permettent aux communautés locales de demander des comptes aux fonctionnaires locaux et nationaux en ce qui concerne l'exécution des politiques et des	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24; Pacte international relatif aux droits civils et politiques : article 25;

Indicateurs structurels

Indicateur	Désagrégation	Organe gouvernemental responsable	Dispositions relatives aux droits de l'homme
programmes de santé infantile qui ont des conséquences pour elles : a) Élections locales libres et régulières, par exemple, des membres de la direction locale de la santé? (<i>oui/non</i>) b) Un organe créé en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, par exemple le Comité des droits de l'enfant? (<i>oui/non</i>) c) D'autres mécanismes?			Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : articles 7 et 14 2); Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 a), c et e) iv)
Coordination			
13. Existe-t-il un mécanisme interministériel dirigé par le Gouvernement et chargé d'examiner périodiquement les problèmes de santé infantile (au moins deux fois par an)? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24
Participation			
14. Au cours de la définition, de l'exécution et du suivi de ces politiques de santé infantile, le Gouvernement consulte-t-il régulièrement les entités suivantes : a) Organisations non gouvernementales nombreuses et diverses? (<i>oui/non</i>) b) Représentants de plusieurs organisations professionnelles de la santé? (<i>oui/non</i>) c) Administrations locales? (<i>oui/non</i>) d) Représentants de divers groupes vulnérables, notamment les pauvres? (<i>oui/non</i>)	Non	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 12 et 24; Pacte international relatif aux droits civils et politiques : article 25; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : articles 7 et 14 2) a); Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 c) et e) iv)

<i>Indicateurs structurels</i>			
<i>Indicateur</i>	<i>Désagrégation</i>	<i>Organe gouvernemental responsable</i>	<i>Dispositions relatives aux droits de l'homme</i>
<p>15. Le Gouvernement diffuse-t-il périodiquement des informations sur ses politiques en matière de santé infantile :</p> <p>a) Au près de diverses organisations non gouvernementales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Au près de diverses organisations professionnelles de la santé? (<i>oui/non</i>)</p> <p>c) Au près des administrations locales? (<i>oui/non</i>)</p> <p>d) Au près de médias accessibles dans les zones rurales? (<i>oui/non</i>)</p>	Non	Ministère de la santé	<p>Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1) et 12;</p> <p>Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2), 13, 17 et 24;</p> <p>Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : articles 10 h) et 14 2) b);</p> <p>Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 e) iv)</p>
<p>Assistance et coopération internationales (les indicateurs suivants concernent les donateurs)</p>			
<p>16. Les rapports de l'État au Comité des droits de l'enfant et au Comité des droits économiques, sociaux et culturels rendent-ils compte de façon exhaustive et détaillée de l'assistance et de la coopération internationales qu'il fournit? (<i>oui/non/sans objet, car l'État n'a pas ratifié de traité en la matière</i>)</p>	Non	Ministère des affaires étrangères	<p>Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1), 11 1), 12, 15 4), 22 et 23;</p> <p>Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24 4)</p>
<p>17. Si un État apporte une assistance et une coopération internationales à un autre pays, établit-il un rapport écrit annuel sur cette assistance et cette coopération et :</p> <p>a) Présente-t-il ce rapport au gouvernement du pays bénéficiaire? (<i>oui/non</i>)</p> <p>b) Fait-il connaître la teneur du rapport à la population du pays bénéficiaire? (<i>oui/non</i>)</p>	Non	Ministère des affaires étrangères	<p>Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1), 11 1), 12, 15 4), 22 et 23;</p> <p>Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24 4)</p>
<p>18. La politique du Gouvernement en matière d'aide publique au développement est-elle fondée sur la notion de droits? (<i>oui/non</i>)</p>			

Indicateurs de méthodes

Indicateur	Désagrégation	Organe gouvernemental responsable	Dispositions relatives aux droits de l'homme
Allaitement maternel*			
19. Pourcentage de nourrissons de moins de 12 mois allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c);
20. Pourcentage de nourrissons de moins de 4 mois et de moins de 6 mois uniquement nourris au sein			Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), c), d) et e);
21. Pourcentage d'enfants de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois nourris au sein			Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : articles 11 2) et 12
22. Pourcentage de nourrissons de 6 à 9 mois nourris au sein et recevant une alimentation complémentaire			
Vitamine A*			
23. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une dose importante de complément en vitamine A au cours des six derniers mois	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) c) et e)
Paludisme*			
24. Pourcentage de ménages ayant disposé d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), c) et e)
25. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire traitée d'insecticide la nuit précédente	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), c) et e)

<i>Indicateurs de méthodes</i>			
<i>Indicateur</i>	<i>Désagrégation</i>	<i>Organe gouvernemental responsable</i>	<i>Dispositions relatives aux droits de l'homme</i>
26. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludéen approprié dans les 24 heures ayant suivi le début de la fièvre	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), b) et c)
Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène*			
27. Pourcentage de la population approvisionnée en eau potable par les moyens suivants : a) Eau courante jusqu'à la maison; b) Fontaine publique ou robinet publique; c) Puits de forage ou pompe; d) Puits couvert; e) Source couverte; f) Eaux pluviales	Oui	Ministère responsable des ressources en eau et de l'assainissement	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a) et c)
28. Pourcentage de la population utilisant un des types d'installation d'assainissement suivants : a) Toilettes reliées à un réseau d'égouts; b) Toilettes reliées à une fosse septique; c) Latrines à chasse d'eau; d) Latrines améliorées; e) Latrines traditionnelles	Oui	Ministère responsable des ressources en eau et de l'assainissement	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), et c)
Vaccination*			
29. Pourcentage des enfants de 1 an protégés contre le tétanos néonatal par l'immunisation de la mère	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), b), c) et f)
30. Pourcentage des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole			
31. Taux de couverture par la troisième dose du vaccin DT-Coq			

Indicateurs de méthodes

Indicateur	Désagrégation	Organe gouvernemental responsable	Dispositions relatives aux droits de l'homme
Infection aiguë des voies respiratoires*			
32. Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie qui ont reçu les antibiotiques appropriés	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a), c) et d); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), b) et c)
33. Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présumés avoir eu une pneumonie au cours des deux dernières semaines, qui ont été vus par des agents sanitaires compétents			
34. Pourcentage de la population utilisant des combustibles solides	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a), b) et c); Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2) et 24 2) a), et c)
Santé maternelle*			
35. Pourcentage des naissances assistées par des agents sanitaires qualifiés (médecins, infirmières ou sages-femmes)	Oui	Ministère de la santé	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a) et d); Convention relative aux droits de l'enfant : article 24 2) a), b) et d); Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : article 12 2)
Assistance et coopération internationales (les indicateurs suivants concernent les donateurs) :			
36. Pourcentage de l'aide publique au développement (APD) consacrée à la santé infantile	Non	Ministère des affaires étrangères	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1), 11 1), 12, 15 4), 22 et 23; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 4, 6 2) et 24 4)
37. Pourcentage de l'aide publique au développement consacrée aux dépenses relatives à la lutte contre des maladies pouvant être évitées par la vaccination dans des pays en développement (par exemple, fourniture ou financement de vaccins)			

Indicateurs de méthodes

<i>Indicateur</i>	<i>Désagrégation</i>	<i>Organe gouvernemental responsable</i>	<i>Dispositions relatives aux droits de l'homme</i>
-------------------	----------------------	--	---

38. Pourcentage de l'aide publique au développement consacrée à la recherche-développement visant à combattre les maladies qui touchent en particulier les enfants de pays en développement

Indicateurs de résultat

<i>Indicateur</i>	<i>Désagrégation</i>	<i>Organe gouvernemental responsable</i>	<i>Dispositions relatives aux droits de l'homme</i>
-------------------	----------------------	--	---

Sous-nutrition*

39. Pourcentage de bébés nés vivants avec un faible poids à la naissance (en dessous de 2 500 g)

Oui

Ministère de la santé

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 11 et 12 2) a);

40. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids est inférieur au poids présentant un écart type de -2 et de -3 par rapport au poids moyen de la population de référence défini par le Centre national de statistiques sanitaires et l'OMS

Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 2), 24 2) c) et e) et 27 3)

Mortalité*

41. Taux de mortalité des moins de 5 ans (probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes)

Oui

Ministère de la santé

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a);

42. Taux de mortalité infantile (probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 1 an pour 1 000 naissances vivantes)

Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 et 24 2) a)

* Les indicateurs suivis d'un astérisque ont été choisis par un groupe consultatif interorganisations qui travaille actuellement à l'établissement d'un ensemble d'indicateurs essentiels de la survie de l'enfant. Bien qu'il remette ces indicateurs en cause, le Rapporteur spécial n'y a apporté aucune modification. Au contraire, pour les besoins du présent rapport, il les utilise pour étudier comment des indicateurs peuvent être employés par un État pour suivre la réalisation progressive du droit à la santé du point de vue de la survie de l'enfant.

Exemple : comment les indicateurs et les points de référence en matière de survie de l'enfant peuvent-ils aider un État à surveiller la réalisation progressive du droit à la santé?

73. Les indicateurs définis dans le tableau sont à considérer comme des outils mis à la disposition des États et d'autres entités pour les aider à surveiller la réalisation progressive du droit à la santé du point de vue de la survie de l'enfant.

74. Ainsi que le Rapporteur spécial l'explique dans son rapport intérimaire, les indicateurs de méthode et les indicateurs de résultat sont particulièrement intéressants lorsqu'ils sont utilisés avec des points de référence. Par exemple : un État adopte un indicateur de méthode tel que le pourcentage de naissances assistées par un personnel sanitaire qualifié (indicateur 35). Les données nationales montrent que ce pourcentage est de 60 %. Lorsqu'on désagrège ce pourcentage entre zones urbaines et zones rurales, on s'aperçoit que le pourcentage s'établit à 70 % dans les centres urbains mais seulement à 50 % dans les zones rurales. La désagrégation de ces pourcentages par groupe ethnique révèle que la couverture par les services d'accouchement assisté par un personnel sanitaire qualifié ne se répartit pas de façon uniforme dans les zones rurales : le groupe ethnique dominant est couvert à 70 %, le groupe ethnique minoritaire qu'à 40 %. Cet exemple montre que la désagrégation des données revêt une importance cruciale. En l'occurrence, la désagrégation de l'indicateur permet d'établir que les femmes rurales du groupe ethnique minoritaire sont très défavorisées et qu'il y a lieu de prendre des mesures particulières pour qu'elles puissent exercer leur droit à la santé maternelle.

75. Soucieux de réaliser le droit à la santé, l'État peut se donner pour objectif une couverture nationale uniforme de 70 % (dans les zones urbaines et rurales et pour tous les groupes ethniques) en cinq ans. L'indicateur de méthode serait donc le pourcentage des naissances assistées par un personnel sanitaire qualifié, tandis que le pourcentage de 70 % représente le point de référence, ou objectif. L'État élaborera et appliquera des politiques et des programmes qui devraient permettre d'atteindre en cinq ans l'objectif d'une couverture de 70 %. La réalisation du droit à la santé exige que ces politiques et programmes soient fondés sur la participation et il ressort des données qu'ils devront être spécialement conçus pour le groupe ethnique minoritaire vivant dans les zones rurales.

76. Chaque année, il faudra procéder à une évaluation de la progression vers le point de référence, ou objectif, et adapter les politiques en conséquence. À la fin d'une période de cinq ans, il faudra mettre en œuvre un mécanisme de surveillance et de reddition des comptes pour vérifier si le point de référence de 70 % a été atteint. Si c'est le cas, l'État se fixera un objectif plus ambitieux pour les cinq années suivantes, conformément à son obligation de réaliser progressivement le droit à la santé. Si l'objectif n'a pas été atteint, il faudra cerner les raisons, déterminer les responsabilités et prendre des mesures correctives.

77. Il est important de noter que le fait d'être en deçà du point de référence ne signifie pas nécessairement que l'État a failli à ses obligations internationales en matière de droit à la santé. L'échec peut être dû à des circonstances indépendantes de sa volonté. Toutefois, si le mécanisme de surveillance et de reddition des comptes révèle que l'objectif de 70 % n'a pas été atteint du fait – par exemple – de la corruption qui règne dans le secteur de la santé, on peut probablement en conclure que l'État a manqué à ses obligations internationales en matière de droit à la santé.

78. L'aide et la coopération internationales constituent un élément important du droit à la santé. Les donateurs se doivent d'apporter un soutien, financier ou autre, aux politiques et programmes adoptés par les pays en développement dans le domaine de la survie de l'enfant. Ils doivent également rendre des comptes en ce qui concerne le respect de leurs engagements. Donc, s'agissant de l'exemple cité dans les paragraphes précédents, il devrait y avoir un mécanisme de surveillance et de reddition des comptes qui permette de répondre à la question suivante : la communauté des donateurs a-t-elle fait tout ce qu'elle pouvait raisonnablement faire pour aider l'État à appliquer des politiques et des programmes de survie de l'enfant rationnels et à atteindre son point de référence de 70 % ?

79. En résumé, lorsque des indicateurs de méthodes désagrégés, tels que le pourcentage des naissances assistées par un personnel sanitaire qualifié, sont utilisés avec des points de référence désagrégés, ils permettent à un État de vérifier s'il progresse ou non vers la réalisation du droit à la santé. Ainsi qu'il est expliqué dans le rapport intérimaire du Rapporteur spécial et montré dans le tableau figurant dans le présent rapport, les indicateurs structurels et les indicateurs de résultat – tout comme les indicateurs de méthode – ont un rôle crucial à jouer. Pris dans leur ensemble, les indicateurs structurels, les indicateurs de méthode et les indicateurs de résultat peuvent aider un État à définir les mesures à prendre dans le domaine du droit à la santé, les politiques efficaces et les programmes qui ont besoin d'être adaptés.

Conclusions

80. Le présent chapitre vise à faire avancer le débat sur le droit à la santé, sa réalisation progressive et ses indicateurs. Il a pour objet l'application de la méthode que le Rapporteur spécial a présentée dans son rapport intérimaire au domaine de la survie de l'enfant, en utilisant l'ensemble d'indicateurs essentiels de la survie de l'enfant élaborés par un groupe consultatif interorganisations. Il a donc un caractère expérimental et les observations seraient appréciées.

81. Le Rapporteur spécial souligne l'une des importantes leçons à tirer de ce chapitre. Plutôt que d'élaborer des indicateurs portant uniquement sur le droit à la santé, il est probablement plus utile d'aborder les indicateurs sous l'angle du droit à la santé ou des droits de l'homme. Comme on le voit au paragraphe 68 ci-dessus, cette approche suppose plusieurs conditions : les indicateurs doivent être désagrégés ; ils doivent porter sur une stratégie et un plan d'action nationaux, la participation, la surveillance et la reddition des comptes, ainsi que l'aide et la coopération internationales. En outre, les indicateurs du droit à la santé proprement dits doivent correspondre assez précisément à une norme en matière de droit à la santé.

82. Un seul indicateur ne peut pas posséder toutes ces caractéristiques. Néanmoins, ainsi qu'on essaie de le montrer dans le présent chapitre, on peut adopter l'approche préconisée pour l'appliquer à un domaine spécialisé de la santé, tel que la survie de l'enfant, et établir une série d'indicateurs structurels, d'indicateurs de méthode et d'indicateurs de résultats dont l'ensemble présente toutes les caractéristiques recherchées. Pris dans leur ensemble, ces différents indicateurs peuvent donc faciliter la surveillance de la réalisation progressive de la survie de l'enfant en tant que composante du droit à la santé.

83. Le travail sur les indicateurs figurant dans le tableau ci-dessus n'est pas achevé. Par exemple, les indicateurs relatifs à la participation, à la reddition des comptes et à l'aide et à la coopération internationales demandent à être plus élaborés, et le Rapporteur spécial apprécierait vivement des suggestions concernant les améliorations qui pourraient y être apportées. Par ailleurs, les indicateurs de santé suivis d'un astérisque et définis par le groupe consultatif interorganisations correspondent-ils avec suffisamment de précision à des normes en matière de droit à la santé? C'est une des questions à approfondir.

84. Néanmoins, l'application de la méthode à la survie de l'enfant, grâce au tableau ci-dessus, facilite la compréhension du droit à la santé, de sa réalisation progressive et de ses indicateurs. À l'aide d'exemples précis, elle permet de se faire une idée des principales caractéristiques des indicateurs à élaborer pour aborder la question sous l'angle du droit à la santé ou des droits de l'homme. Le Rapporteur spécial apprécierait de recevoir, concernant le présent chapitre, des observations qui lui permettraient de donner aux travaux relatifs à la santé et aux indicateurs une suite concrète, fondée sur des principes et propre à mobiliser un soutien aussi large que possible.

V. Conclusions

85. Le présent rapport porte sur un certain nombre de questions que le Rapporteur spécial a mis en relief dans son rapport préliminaire à la Commission des droits de l'homme.

86. Dans son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a mis en évidence les deux thèmes interdépendants qui justifient en grande partie ses travaux : la pauvreté et le droit à la santé, et la discrimination, l'opprobre et le droit à la santé. Ces deux thèmes reviennent tout au long du présent rapport : par exemple, dans la section II sur les objectifs du Millénaire liés à la santé et dans la section III sur les peuples autochtones.

87. Dans son rapport préliminaire, le Rapporteur spécial a également fait observer que les États avaient besoin d'indicateurs et de points de référence pour surveiller la réalisation progressive du droit à la santé. Dans son rapport intérimaire à l'Assemblée générale, il a décrit une méthode fondée sur l'utilisation d'indicateurs relatifs au droit à la santé. Dans la section IV du présent rapport, il procède à l'application expérimentale de cette méthode à une composante vitale du droit à la santé : la survie de l'enfant.

88. Pour résumer, le Rapporteur spécial approfondit les thèmes et questions qu'il a mis en évidence dans son rapport préliminaire. Il espère poursuivre cette étude dans le cadre de ses prochains travaux.

Notes

¹ En outre, le Rapporteur spécial a participé à plusieurs réunions dont des consultations organisées par l'Organisation mondiale de la santé; la réunion annuelle des rapporteurs spéciaux organisée par le Haut Commissariat aux droits de l'homme; le Forum social de la Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme; une conférence sur la surveillance du droit à la santé dans laquelle l'accent a été mis sur le VIH/sida et qui a été organisée par la Fédération internationale des organisations de défense du droit à la santé et des droits de l'homme.

- ² Il existe cependant quelques exceptions notables. Voir par exemple le rapport intérimaire de l'Équipe 4 du Projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, daté du 19 avril 2004; les observations de l'Ethical Globalization Initiative au sujet du rapport intérimaire sur la lutte contre le VIH/sida de l'Équipe 5; le rapport de la Conference on Human Rights Perspectives on the Millennium Development Goals, organisée par le New York University Center for Human Rights and Global Justice, le 11 novembre 2003, et le rapport intitulé « 80 million lives: Meeting the Millennium Development Goals in child and maternal survival » de la Grow Up Free from Poverty Coalition (2003).
- ³ Il insiste davantage sur la façon dont la promotion du droit à la santé peut assurer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement que sur la manière dont ceux-ci peuvent contribuer à promouvoir le droit à la santé.
- ⁴ Dans la limite de ses moyens, le Rapporteur spécial a abordé la question des objectifs en matière de santé dans d'autres documents, notamment dans son premier rapport à la Commission des droits de l'homme. Au cours de ses diverses missions, il a saisi toutes les occasions qui s'offraient à lui de parler de ces objectifs et de les promouvoir, en s'aidant des rapports nationaux sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- ⁵ Par exemple, une des cibles figurant dans l'objectif 8 est de rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.
- ⁶ Si le nombre exact d'objectifs, de cibles et d'indicateurs concernant la santé ne fait pas l'unanimité, l'importance de la santé, elle, ne fait aucun doute.
- ⁷ Poder Judicial de la Nación, Causa n° 31777/96, 2 juin 1998.
- ⁸ Les analyses de situation à l'échelle nationale peuvent identifier des groupes vulnérables qui ne sont pas expressément désignés comme pouvant faire l'objet d'une discrimination interdite par le droit humanitaire international, mais qui exigent néanmoins une attention particulière.
- ⁹ Voir L. P. Freedman, « Human Rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82 (2003), p. 111 à 114.
- ¹⁰ DP/2003/34, par. 3.
- ¹¹ Ibid., par. 16.
- ¹² Ibid., par. 9 et 31.
- ¹³ PNUD, Bureau des politiques de développement, « Is MDG 8 on track as a global deal for human development? », document établi par J. Vandenmoortele, K. Malhotra et J.A. Lim (New York, 2003).
- ¹⁴ Voir les observations formulées à propos du rapport intérimaire de l'Équipe 5 Projet du Millénaire sur le VIH/sida par l'Ethical Globalization Initiative.
- ¹⁵ Voir le rapport sur la Décennie internationale des populations autochtones à la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé (document de l'OMS A54/33).
- ¹⁶ On trouvera sur le Web à l'adresse <<http://www.ohchr.org/english/issues/indigenous/rapporteur/visits.htm>> les rapports du Rapporteur spécial sur les populations autochtones sur ses missions dans les pays.
- ¹⁷ Le but devrait être de désagréger les indicateurs autant qu'il est possible de le faire en fonction des motifs de discrimination stigmatisés à l'échelle internationale (voir A/58/427, par. 12 et 13 et note 6).

Annexe

Objectifs du Millénaire pour le développement et normes en matière de droits de l'homme

<i>Objectif du Millénaire</i>	<i>Normes correspondantes en matière de droits de l'homme</i>
Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25 1); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 11
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25 1); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 13 et 14; Convention relative aux droits de l'enfant : article 28 1) a); Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : article 10; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 e) v)
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 2; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 3; Convention relative aux droits de l'enfant : article 2
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25; Convention relative aux droits de l'enfant : articles 6 et 24 2) a); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12 2) a);
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : articles 10 h), 11 f), 12 et 14 b); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12; Convention relative aux droits de l'enfant : article 24 2) d); Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 e) iv)
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : article 12; Convention relative aux droits de l'enfant : article 24; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : article 12; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 e) iv)
Objectif 7 : Assurer l'environnement durable	Déclaration universelle des droits de l'homme : article 25 1); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 11 1) et 12; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : article 14 2) h); Convention relative aux droits de l'enfant : article 24; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : article 5 e) iii)
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	Charte : Articles 1 3), 55 et 56; Déclaration universelle des droits de l'homme : articles 22 et 28; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : articles 2 1), 11 1), 15 4) 22 et 23; Convention relative aux droits de l'enfant : article 4, 24 4) et 28 3)