|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | CERD/C/GC/R.37 |
|  | **Traduction non officielle** | Distr : restreinte12 mai 2023Original : anglais |

**Comité pour l'élimination de la discrimination raciale**

 Premier projet de recommandation générale n° 37 (2023) sur la discrimination raciale dans l’exercice du droit à la [[1]](#footnote-1)santé\*.

 I. Introduction

1. Cette recommandation générale vise à clarifier les obligations contractées au titre de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR) en ce qui concerne le droit à la santé. Elle identifie les sujets de préoccupation communs et fournit des orientations sur les mesures à prendre pour y répondre, conformément à la Convention. Dans le cadre du processus d'élaboration de cette recommandation générale, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD) a tenu une discussion thématique, organisée lors de la 107e session. Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale a réuni des États parties, d'autres organisations et agences internationales, des INDH, des organisations de la société civile et des associations de professionnels de la santé. Les contributions de toutes les parties prenantes, y compris les organisations de base, démontrent l'urgence des mesures visant à éliminer toutes les formes de discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé et clarifient le potentiel de la Convention. La présente recommandation générale intègre ces connaissances et se concentre sur les normes et principes juridiques établis par la Convention.
2. Ce projet s'appuie sur le lien avéré entre la discrimination raciale et le droit à la santé. En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a inclus l'ethnicité dans les déterminants sociaux structurels de la santé, au même titre que le sexe, l'éducation, la profession, le revenu et le lieu de résidence.[[2]](#footnote-2) Les déterminants sociaux de la santé font référence aux conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et qui déterminent leur exposition à la santé et aux maladies, leurs vulnérabilités et leurs résultats.[[3]](#footnote-3) Depuis plusieurs décennies, de nombreuses études épidémiologiques ont analysé la manière dont le racisme et la discrimination raciale affectent la santé, au-delà de l'effet sur l'accès aux soins de santé. [[4]](#footnote-4)
3. Le Comité a souligné à plusieurs reprises les effets persistants de la discrimination raciale historique et structurelle, tels que les taux élevés de pauvreté et d'exclusion sociale, auxquels sont confrontés les personnes et les groupes relevant du champ d'application de la Convention.[[5]](#footnote-5) Les contextes historiques et culturels de chaque État, ainsi que les systèmes sociaux et économiques, doivent être pris en considération pour reconnaître et combattre les schémas de hiérarchies, de classifications, de représentation inégale et de distribution du pouvoir et des ressources. La discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé suit des trajectoires similaires pour les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les castes, les minorités nationales ou ethniques et les non-citoyens. Au cours de leur vie, les personnes et les groupes relevant de la Convention sont soumis à une discrimination raciale interpersonnelle, institutionnelle et structurelle qui se superpose à toutes les composantes du droit à la santé. L'exposition cumulée à la discrimination raciale au cours de leur cycle de vie implique un ensemble prédéterminé intergénérationnel d'opportunités et de résultats inégaux en matière de santé.
4. Le racisme, ainsi que d'autres déterminants sociaux clés, tels que l'inégalité économique et l'inégalité entre les sexes, compromettent la jouissance du droit à la santé au niveau mondial, en raison de l'absence de volonté de s'attaquer à leurs causes profondes.[[6]](#footnote-6) Le rapporteur spécial sur le droit qu’a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a rappelé que "ancré dans le colonialisme, l'esclavage et d'autres déséquilibres de pouvoir historiques, le racisme continue de se manifester par des résultats sanitaires médiocres et évitables dans le monde entier, tels que des disparités flagrantes en matière de mortalité et de morbidité maternelles, et des niveaux de risque plus élevés pour les maladies transmissibles et non transmissibles".[[7]](#footnote-7) Le Conseil des droits de l'homme reconnaît de plus en plus que "les séquelles du colonialisme, telles que l'exploitation économique, l'inégalité au sein des États et entre eux, le racisme systémique, les violations des droits des peuples autochtones, les formes contemporaines d'esclavage et les atteintes au patrimoine culturel",[[8]](#footnote-8) , ont un impact négatif sur la jouissance effective de tous les droits de l'homme.
5. La pandémie de COVID-19 a tragiquement mis en évidence et aggravé les inégalités structurelles qui affectent les groupes vulnérables protégés par la Convention, en s'appuyant sur des structures et des pratiques de discrimination et d'exclusion bien ancrées.[[9]](#footnote-9) Les réponses apportées à la pandémie ont exacerbé la vulnérabilité spécifique des femmes et des filles, des enfants et des personnes handicapées, entraînant des formes multiples ou croisées de discrimination.[[10]](#footnote-10) Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale a souligné que l'impact disproportionné de la pandémie sur les groupes protégés par la Convention, en termes de taux de morbidité et de mortalité plus élevés, était en grande partie attribué aux conséquences des injustices raciales historiques de l'esclavage et du colonialisme, qui restent largement ignorées aujourd'hui, et aux effets contemporains de discrimination raciale des structures d'inégalité et de subordination résultant de l'incapacité à remédier aux effets du racisme enraciné dans l'esclavage, colonialisme et l'apartheid, et a reconnu que "l'incapacité à réparer ces injustices a entravé la capacité des communautés à jouir pleinement du droit à la vie, à la santé et aux soins de santé, ainsi que la capacité des États à s'attaquer aux inégalités structurelles profondément ancrées qui ont été exposées et aggravées par les pratiques pandémiques et persistantes de discrimination et d'exclusion"." [[11]](#footnote-11)

 II. La Convention et le droit à la santé

 A. Le sens et le contenu du droit à la santé au titre de l'article 5, point e) iv)

1. Dans la pratique du Comité, la santé est comprise comme "le meilleur état de santé physique et mentale qu'il est possible d'atteindre", faisant écho à la fois à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), tel qu'interprété par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), ainsi qu'à la définition de la Constitution et à la pratique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), selon laquelle "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".[[12]](#footnote-12) Pour les peuples autochtones, cette définition est de plus en plus interprétée par le Comité comme englobant leur conception holistique de la santé, qui prend en compte les dimensions physiques, mentales, spirituelles, sociales et écologiques. [[13]](#footnote-13)Le Comité a reconnu explicitement le lien entre la profanation des sites sacrés et l'impact négatif sur l'environnement, la santé et les modes de vie traditionnels des communautés autochtones, dû à l'installation de sites d'élimination des déchets sur leurs territoires, ainsi que l'impact négatif sur la santé des industries extractives et manufacturières.[[14]](#footnote-14)
2. Dans le cadre de la procédure de rapport, le comité a interprété l'article 5, point e) iv), comme englobant, dans sa dimension négative, le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale et, dans sa dimension positive, le droit à l'égalité devant la loi, y compris par l'adoption de mesures spéciales, dans un large éventail de questions de droits de l'homme liées au droit à la santé. L'article 5, point e) iv), prévoit le droit individuel d'accéder librement et dans des conditions d'égalité à toute une série d'installations, de biens, de services et d'informations sanitaires adaptés à la culture et au sexe, ainsi que la protection du droit du patient au respect de sa vie privée et à la confidentialité. Les personnes relevant de la convention ont le droit de contrôler leur santé et leur corps, y compris la liberté sexuelle et reproductive, et le droit de ne pas faire l'objet d'ingérences arbitraires, telles que des traitements médicaux et des expérimentations non consensuels.
3. L'article 5, point e) iv), interdit la discrimination raciale et garantit l'égalité dans un ensemble de domaines ("santé publique, soins médicaux, sécurité sociale et services sociaux") liés au droit à la santé, sans préciser comment ils interagissent et dans quelle mesure ils doivent être pris en considération séparément ou en tant que groupe. Le libellé de l'article 5 (e)(iv), lu conjointement avec le chapeau de l'article 5 ("notamment"), permet une interprétation non restrictive de son champ d'application, conformément à l'interprétation du droit à la santé en tant que droit inclusif. L'objet et le but de la Convention, à savoir l'élimination de toutes les formes et manifestations de discrimination raciale, plaident en faveur d'une interprétation systémique, propre à démasquer et à combattre la discrimination raciale dans des domaines interconnectés dans le contexte de la santé. Premièrement, la "santé publique" se concentre sur la santé de la population, en vue, d'une part, d'identifier et de prévenir les maladies parmi les groupes relevant de la Convention et, d'autre part, de promouvoir et de protéger leur santé en améliorant les déterminants sous-jacents. Deuxièmement, la discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé ne peut être éliminée que si des mesures concrètes sont prises en ce qui concerne les installations, les biens et les services de soins de santé. En dehors de ce cadre, la Convention ne permet d'évaluer ni le niveau de santé, ni la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des systèmes de santé sur une base non discriminatoire. Troisièmement, la sécurité sociale et les services sociaux sont inextricablement liés aux efforts de la société pour améliorer les déterminants de la santé.[[15]](#footnote-15) Reconnaissant que les individus et les groupes relevant de la Convention sont confrontés à des inégalités structurelles profondément enracinées dans l'accès à des soins de santé acceptables et abordables en raison de la discrimination raciale dans l'emploi et d'autres droits étroitement liés au droit à la santé, le Comité a toujours identifié les services sociaux et la sécurité sociale comme des domaines stratégiques dans l'élimination de la discrimination raciale dans le domaine de la santé.[[16]](#footnote-16) Cette approche favorise la cohérence avec l'Agenda 2030 : Ne laisser personne de côté (LNOB), qui place l'égalité et la non-discrimination au cœur du développement durable.[[17]](#footnote-17) En outre, le Comité prend en considération le soutien exprimé dans les résolutions et les déclarations politiques de l'Assemblée générale des Nations unies et de l'Assemblée mondiale de la santé sur la couverture sanitaire universelle.[[18]](#footnote-18)

 B. Discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé en vertu de l'article 5, point e) iv)

 1. Principes généraux, y compris l'intersectionnalité

1. La discrimination raciale, telle que définie à l'article 1er, paragraphe 1, affecte la jouissance du droit à la santé en tant que risque sanitaire distinct et en tant que déterminant social structurel de la santé. En tant que risque distinct pour la santé, la discrimination raciale annule ou entrave la jouissance du droit à la santé. Les distinctions, exclusions et restrictions fondées sur la race, la couleur, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique, qui se recoupent souvent avec d'autres motifs de discrimination, tels que le sexe, l'âge, le handicap, le statut migratoire, la classe, le statut social ou le revenu, se retrouvent dans le droit aux soins de santé, à l'information, aux services et aux biens en matière de santé, y compris les médicaments et les bienfaits du progrès scientifique. La différenciation de traitement dans le droit à la santé "constitue une discrimination si les critères de cette différenciation, appréciés à la lumière des objectifs et des buts de la Convention, ne sont pas appliqués en fonction d'un but légitime et ne sont pas proportionnels à la réalisation de ce but".[[19]](#footnote-19) En tant que déterminant social structurel, la discrimination raciale affecte les déterminants sous-jacents, tels que l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates, l'offre suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, ainsi que les conditions professionnelles et environnementales. La discrimination raciale produit et exacerbe les inégalités en matière de santé, entraînant ou augmentant les maladies et les décès évitables. Une connaissance factuelle de cette corrélation permet de mieux identifier, prévenir, atténuer et protéger cet effet. La discrimination raciale, en tant que déterminant social structurel, introduit une norme d'examen distincte dans la conception et la fourniture de services de santé publique et mondiale. La discrimination intersectionnelle, fondée sur la race, la couleur, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique et interagissant en même temps avec tout autre motif, tel que le sexe, l'âge, le handicap, le statut migratoire, la classe, le statut social ou le revenu, de telle sorte qu'ils sont indissociables, est une forme de discrimination raciale qui doit être éliminée. Les lois et politiques en matière de santé ne mesurent pas et ne prennent pas en compte l'intersectionnalité et ne reflètent pas la manière dont le sexe, l'âge, le handicap, le statut migratoire, la classe, le statut social ou le revenu, ainsi que d'autres motifs de discrimination, sont indissociables de la race, de la couleur, de l'ascendance ou de l'origine nationale ou ethnique, ce qui a pour effet de réduire l'accès à la santé pour les groupes relevant de la Convention, voire de les exclure, et de renforcer les barrières raciales. À titre d'exemple, les violations du droit à la santé, notamment les obstacles à l'accès à la santé génésique, la réduction de l'espérance de vie et les taux plus élevés de mortalité maternelle et infantile ont un effet cumulatif sur les femmes autochtones, les femmes d'origine africaine ou les femmes appartenant à des minorités ethniques ou à des castes, en particulier les adolescentes et les personnes défavorisées sur le plan socio-économique ou celles qui vivent dans des zones rurales.[[20]](#footnote-20) Le fait de traiter ces cas uniquement comme des cas de discrimination fondée sur le sexe ou le handicap essentialise les victimes et ne satisfait que partiellement aux obligations en matière de droits de l'homme, tout en ne permettant pas de démasquer la discrimination raciale et de s'y attaquer en conséquence.
2. L'exclusion de la jouissance du droit à la santé, en tant qu'acte ou omission de discrimination raciale, se produit dans plusieurs domaines de son champ d'application matériel. L'exclusion *a priori* de l'accès aux documents ou aux pièces d'identité nécessaires à l'exercice du droit à la santé sur un pied d'égalité, conformément à la Convention, constitue une discrimination directe.[[21]](#footnote-21) Les conflits, les catastrophes et les déplacements internes dus au développement entraînent souvent des déplacements forcés, la perte de documents et de statut juridique, privant les individus et les groupes du régime de protection contre la discrimination raciale, y compris des mesures spéciales (article 2, paragraphe 2).

 2. Discrimination raciale dans le droit à la santé publique, y compris les installations, les services et les biens de santé

1. *Effet du racisme et de la discrimination raciale sur la santé physique et mentale aux niveaux micro et macro* : la discrimination raciale, seule ou associée à d'autres motifs de discrimination, à des micro-agressions, à des crimes de haine raciste et à des discours de haine raciste, a été associée à une série d'effets négatifs sur la santé, notamment une augmentation du stress, de la dépression, de l'anxiété et des problèmes de santé physique, tels que l'hypertension et les maladies cardio-vasculaires. Les effets persistants de l'esclavage et du colonialisme, vécus aujourd'hui comme un traumatisme intergénérationnel, n'ont pas été suffisamment mesurés et pris en compte dans le domaine de la santé publique en tant que facteur distinct, ou en conjonction avec d'autres facteurs individuels, tels que les comportements en matière de santé, l'intégration sociale et communautaire et le soutien. Partant du principe que les personnes exposées à la discrimination raciale sont plus vulnérables pour des raisons innées ou en raison de leurs conditions de vie, les taux élevés de morbidité dans les domaines de la santé mentale, des maladies non transmissibles et de la santé génésique, y compris la santé maternelle et périnatale, ainsi que les taux de mortalité n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante dans le domaine de la santé publique en tant que questions liées uniquement à la discrimination raciale.[[22]](#footnote-22)
2. En raison de la répartition inégale des ressources matérielles, de l'absence de représentation ou d'une représentation inégale dans la recherche et le développement médicaux, dans les processus décisionnels et politiques, les individus et les groupes relevant de la Convention sont victimes de discrimination raciale dans tous les éléments essentiels du droit à la santé publique, y compris les installations, les services et les biens de santé préventifs, curatifs et de réadaptation :

 (a) Discrimination raciale dans l'accès à la santé publique, y compris aux médicaments essentiels :

L'incapacité à assurer la santé publique sur un pied d'égalité inclut :

1. La non-reconnaissance des causes de mortalité et de morbidité affectant de manière disproportionnée les groupes relevant de la Convention en tant que risques, maladies et décès évitables par la santé publique.[[23]](#footnote-23) Les problèmes de santé mentale des groupes relevant de la Convention sont négligés de manière disproportionnée dans le domaine de la santé publique, ce qui a pour effet d'annuler ou d'entraver de manière exponentielle leur traitement sur un pied d'égalité. Malgré les disparités raciales en matière de tabac et d'alcool fondées sur des preuves, la santé publique ne les aborde pas en tant que telles, ce qui entraîne un cercle vicieux de morbidité et de mortalité qui renforce les préjugés et la stigmatisation parmi les professionnels de la santé ; [[24]](#footnote-24)
2. L'absence d'élimination de la discrimination raciale dans d'autres déterminants de la santé, tels que l'eau potable et salubre et des installations sanitaires adéquates,
3. Absence de disponibilité raisonnable, proportionnée et progressive de soins de santé primaires, d'hôpitaux, de cliniques et d'autres services liés à la santé, de personnel médical et professionnel qualifié et de médicaments essentiels. La distribution d'installations, de biens et de services de santé publique et de soins de santé, ainsi que de programmes, fait souvent défaut de manière disproportionnée dans les zones où les individus et les groupes protégés par la Convention sont concentrés dans l'espace.[[25]](#footnote-25) Les systèmes, politiques et programmes de santé publics et privés ne tiennent pas compte des taux élevés de mortalité maternelle chez les femmes appartenant à des groupes relevant de la Convention, ni des taux élevés de violence et de leurs effets sur la santé physique et mentale des individus, des familles et des communautés.

 (b) Discrimination raciale en matière d'accessibilité physique, abordable et à l'information :

La discrimination raciale structurelle annule ou restreint de manière disproportionnée l'accès des groupes relevant de la Convention à la santé publique, aux installations, aux services et aux biens de santé. Dans le cadre de la procédure de rapport, le Comité a constaté qu'un grand nombre de personnes appartenant à des groupes relevant de la Convention n'ont pas accès à des soins de santé stables et abordables. Un certain nombre de causes, d'actes et d'omissions, conduisent à ce résultat :

1. Absence ou portée limitée de la législation et des politiques reconnaissant l'accessibilité comme une question d'égalité de traitement et interdisant la discrimination raciale, seule ou/et croisée avec d'autres motifs de discrimination, tels que le sexe, le handicap, l'âge, le statut migratoire, la classe, le statut social ou le revenu, et d'autres statuts ;
2. Couverture inégale et disproportionnée en raison des disparités dans la répartition des ressources au sein de l'État ; [[26]](#footnote-26)
3. Les défaillances systémiques et les divergences dans l'inclusion des personnes appartenant à des groupes exposés à la discrimination raciale, tels que les migrants et les réfugiés, les personnes privées de liberté, ou dans l'application sans discrimination raciale de la législation relative à la santé et à la sécurité sur le lieu de travail ;
4. Préjugés interpersonnels et institutionnels dans l'application des exigences légales en matière d'accès aux soins de santé ;
5. Privatisation et commercialisation sans tenir compte de l'accessibilité dans la pratique des personnes victimes de discrimination raciale, y compris les femmes enceintes sans papiers, augmentant ainsi le risque d'urgences obstétricales et de complications lors de l'accouchement ; [[27]](#footnote-27)
6. Conditions restrictives dans lesquelles la loi autorise l'accès à l'information, aux services et à la médecine en matière de sexualité et de procréation, y compris la planification familiale, vii) harcèlement, violence et criminalisation des services liés à la santé sexuelle et génésique,[[28]](#footnote-28) en particulier les avortements, [[29]](#footnote-29)
7. Manque d'information et fracture numérique. [[30]](#footnote-30)

 (c) La discrimination raciale en termes d'acceptabilité et de sensibilité :

Le Comité a reçu de nombreux rapports étayant le constat d'une disponibilité limitée de soins de santé respectueux des cultures.[[31]](#footnote-31) La santé publique et les soins de santé ne sont pas conçus et/ou fournis dans le but précis d'inclure les groupes relevant de la Convention et d'améliorer leur état de santé en fonction de leur sexe et des exigences du cycle de vie. L'histoire de la médecine et son rôle dans le soutien des théories de la supériorité raciale et dans la justification de l'esclavage et du colonialisme,[[32]](#footnote-32) , a façonné et maintenu des hiérarchies dans la création des systèmes de santé, stéréotypant et perpétuant les préjugés à l'encontre de la médecine traditionnelle et du rôle du personnel et des pratiques sensibles à la culture, y compris les soins prodigués par les sages-femmes. La non-reconnaissance ou l'interdiction arbitraire des guérisseurs traditionnels, des médecines traditionnelles et des pharmacopées propres à certains groupes ethniques rendent les membres de ces groupes vulnérables aux maladies dont la réponse se trouve dans leurs cultures tribales. Cette approche a réduit de manière disproportionnée l'accès et l'acceptabilité des soins de santé des personnes protégées par la Convention, en particulier celles qui ont de faibles revenus et celles qui vivent dans les zones rurales.

 (d) Discrimination raciale en matière de qualité et d'adaptabilité, y compris les "corrections raciales" :

La discrimination raciale affecte également la qualité scientifique et médicale. L'exclusion ou les restrictions disproportionnées de groupes relevant de la Convention dans l'accès au personnel médical qualifié, aux médicaments scientifiquement approuvés et non périmés et à l'équipement hospitalier sont souvent le résultat d'une répartition inégale des ressources et d'une sous-estimation de la discrimination raciale en tant que question de santé publique. En outre, les rapports montrent que les préjugés institutionnels continuent d'entraver et de restreindre l'accès à des biens et services de santé adéquats. Adoptant une approche autocritique, les associations de prestataires de soins de santé et les écoles de médecine reconnaissent l'effet général de l'utilisation de "corrections fondées sur la race", à savoir l'utilisation de la "race", et non du racisme ou de la discrimination raciale, pour expliquer les différences dans la prévalence et les résultats des maladies.[[33]](#footnote-33) En ce sens, la santé reflète la manière dont la "race", en tant que construction sociale, fonctionne dans la société ; au lieu de disséquer les effets de la discrimination raciale et du racisme sur les risques et les résultats en matière de santé, la "race" a été normalisée et internalisée dans les pratiques, les protocoles et les politiques de santé, dans "tout le spectre des soins, depuis le choix des médicaments et des dosages jusqu'à l'accès des patients aux spécialistes, aux greffes d'organes, aux essais cliniques et à la couverture d'assurance".[[34]](#footnote-34) Les stéréotypes et les préjugés liés aux maladies dans les approches et les supports de formation médicale sont perpétués par l'amalgame entre la race et l'ascendance et par l'utilisation de termes à connotation raciale, ou par l'enseignement des différences entre les maladies des "populations blanches et noires" sans contexte historique ou social. Les femmes et les hommes, du fait de l'héritage historique de l'esclavage, sont considérés comme physiquement plus forts et plus résistants. Les femmes d'origine africaine, les femmes autochtones et les femmes roms attendent souvent plus longtemps pendant l'accouchement avant d'avoir accès aux médicaments.[[35]](#footnote-35) Il n'est pas rare que des groupes relevant de la Convention soient exclus de la recherche médicale et des études sur les traitements et les médicaments. Bien que les sociétés pharmaceutiques et autres entreprises concernées ne communiquent pas ces données, les médecins signalent qu'en raison de préjugés, de barrières structurelles et d'un manque de souplesse et de réactivité pour intégrer la participation des groupes ethniques et raciaux, les médicaments et autres biens et services ne sont pas testés en tenant compte de leur situation. Le manque de connaissances des médecins et autres professionnels de la santé sur la manière dont les symptômes se manifestent sur les corps noirs a également été signalé au groupe de travail d'experts sur les personnes d'ascendance africaine. [[36]](#footnote-36)

1. *Intelligence artificielle et discrimination raciale dans le contexte de la santé* : la discrimination raciale peut s'infiltrer dans l'intelligence artificielle par le biais des dossiers médicaux électroniques et des algorithmes d'apprentissage automatique, alors que leur utilisation dans le domaine de la santé est en augmentation. Comme dans d'autres domaines, les détails de leur développement restent largement inconnus et le manque de transparence ne permet pas aux prestataires de soins de santé de s'adapter dans la pratique.[[37]](#footnote-37) Cependant, des études démontrent comment les algorithmes cliniques reproduisent les résultats des inégalités structurelles dans les hôpitaux en les traduisant en indicateurs de santé. Pour ne citer qu'un exemple, les études montrent que l'algorithme qui utilise les coûts de santé comme indicateur des besoins de santé, reproduit un biais basé sur la façon dont l'argent est dépensé pour les patients d'origine africaine qui ont le même niveau de besoin, et l'algorithme conclut donc faussement qu'ils sont en meilleure santé que d'autres patients tout aussi malades. En raison de données manquantes, un algorithme d'IA qui dépend des résultats de tests génétiques est plus susceptible de mal caractériser le risque de cancer du sein pour les patientes protégées par la Convention. Les préjugés sont également instillés par des études qui ne remettent pas en question les idéologies raciales ancrées et n'évaluent pas les synergies entre les facteurs psychosociaux, génétiques et environnementaux pour expliquer les différences dans les résultats de santé, tels que l'hypertension.[[38]](#footnote-38)
2. La concentration spatiale des groupes relevant de la Convention dans des zones fortement exposées aux risques sanitaires environnementaux n'est pas prise en compte dans les politiques et programmes de santé publique, car il s'agit de questions de droits de l'homme étroitement liées à la discrimination raciale.[[39]](#footnote-39) Cette situation a des effets multiples et cumulatifs sur la jouissance du droit à la santé : premièrement, l'exposition aux risques sanitaires est sous-estimée et n'est pas atténuée par des mesures environnementales, de précaution et d'atténuation appropriées ; deuxièmement, dans la plupart des cas, les politiques et les lois en matière de santé ne répondent pas à ces risques par des études épidémiologiques appropriées, un suivi continu des résultats sanitaires et des services de santé adéquats ; troisièmement, les communautés n'ont pas accès aux informations appropriées et ne sont pas en mesure d'adopter des mesures de protection individuelles.
3. Le changement climatique entraîne plusieurs effets négatifs sur la santé liés à la chaleur, ainsi qu'une augmentation de la pollution atmosphérique, des phénomènes météorologiques extrêmes et des catastrophes naturelles. Le changement climatique multiplie également les vecteurs de maladies, en détruisant les infrastructures et en réduisant l'accès aux déterminants sous-jacents de la santé, tels que l'eau et la nutrition. Il affecte profondément la santé mentale, à la fois directement et indirectement en raison de son impact sur les réseaux sociaux et les traditions culturelles. Les minorités raciales et ethniques sont touchées de manière disproportionnée, en raison de leur situation géographique et socio-économique, de leurs normes culturelles et de facteurs psychologiques intrinsèques.[[40]](#footnote-40)
4. Les non-citoyens, les migrants, les réfugiés, les demandeurs d'asile et les apatrides sont confrontés à des risques sanitaires liés à de mauvaises conditions de vie, à des situations de travail difficiles et à une multitude de facteurs déterminants pour la santé. Le statut juridique déplace souvent l'attention de manière disproportionnée de la santé publique vers d'autres préoccupations, sans offrir d'autre voie de protection ou d'atténuation des risques et des conséquences pour la santé. Le manque d'intégration des non-citoyens dans les systèmes de santé locaux contribue à la détérioration de leur bien-être physique et mental. Dans de nombreux contextes, les non-citoyens ne jouissent pas du droit à la santé et à la sécurité au travail, car ils sont souvent impliqués dans des marchés du travail informels. L'obligation de résidence pour les employés de maison étrangers, ainsi que les situations signalées au Comité de maltraitance physique et mentale et de confiscation de leur passeport par leur employeur, exposent les migrants à une discrimination raciale systémique en ce qui concerne le droit à la santé.[[41]](#footnote-41) Il est prouvé que l'accès aux soins préventifs et primaires, au-delà des soins d'urgence, permet de réduire les coûts de santé. En ce sens, une étude de l'UE montre que l'extension de l'accès aux soins de santé primaires aux migrants en situation irrégulière pourrait générer une économie potentielle de 49 % ou plus en termes de dépenses médicales et non médicales directes. [[42]](#footnote-42)

 C. Discrimination raciale dans le droit de disposer de sa santé et de son corps

1. L'article 5, point e) iv), exige des États qu'ils respectent, protègent et mettent en œuvre le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale, le droit de disposer de sa santé et de son corps, y compris la liberté sexuelle et reproductive, et le droit de ne pas faire l'objet d'ingérences, comme le droit de ne pas être soumis à la torture, aux traitements médicaux non consensuels et à l'expérimentation.[[43]](#footnote-43) Le dépistage obligatoire du VIH/sida limité aux non-citoyens, ou fondé sur la race, la couleur, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique, à des fins d'emploi, ainsi qu'à des fins d'entrée, de séjour et de résidence, sans justification objective et raisonnable pour des raisons de santé publique, est inefficace à des fins de santé publique, discriminatoire et préjudiciable à la jouissance des droits fondamentaux. [[44]](#footnote-44)
2. Les préjugés raciaux, la stigmatisation et les inégalités structurelles exposent les individus et les groupes relevant de la convention à diverses formes de coercition, que ce soit en imposant des traitements ou en refusant des services de santé. L'accès à l'information est un corollaire de ces droits, compte tenu des obstacles que rencontrent les groupes relevant de la Convention pour accéder à l'information. S'appuyant sur le manque de confiance dans les institutions publiques, souvent aggravé par des politiques de santé impliquant la police et d'autres organismes chargés de l'application de la loi, la désinformation cible et affecte de manière disproportionnée la qualité de la santé préventive, curative et réhabilitative des groupes relevant de la Convention. L'infodémie sert d'excuse pour justifier l'exclusion et renforcer la stigmatisation et les préjugés à l'encontre des groupes relevant de la Convention. Ils sont traités comme des "ignorants", des "menaces" potentielles pour la santé publique, et au lieu d'être considérés comme prioritaires en raison de leur exposition accrue à la discrimination raciale et à la vulnérabilité, ils sont laissés pour compte. Le manque d'accès à l'information renforce les inégalités et facilite les pratiques coercitives ayant des conséquences graves, voire irréversibles, sur la santé. Le manque d'accès à l'information annule et entrave l'accès au droit au consentement éclairé.
3. La privation de liberté, due à l'excès de police, au profilage racial et à la surreprésentation dans le système pénitentiaire, entraîne des restrictions disproportionnées du droit de contrôler sa santé et son corps et d'être à l'abri d'un traitement médical non consensuel, y compris en tant que mesure préventive pour remédier à l'impact de l'emprisonnement sur la santé mentale. La criminalisation de la médecine et des pratiques traditionnelles, sans consultation ni prise en compte de l'intégration, expose les personnes protégées par la Convention à des dilemmes déraisonnables entre leur droit à la vie et à l'autonomie corporelle et leur droit à la sécurité de la personne et à la protection de l'État contre les violences ou les atteintes à l'intégrité physique, qu'elles soient le fait d'agents de l'État ou de tout groupe ou institution (article 5, point b)). Dans les deux cas, leur droit à la santé est compromis.
4. La discrimination raciale dans le droit à la santé sexuelle et reproductive : une pratique de longue date dans le système des organes de traités sur "le droit de prendre des décisions et de faire des choix libres et responsables, sans violence, coercition ni discrimination, concernant les questions relatives à son corps et à sa santé sexuelle et génésique"[[45]](#footnote-45) montre comment la discrimination raciale structurelle, croisée avec d'autres formes de discrimination, telles que le genre, l'identité de genre, le handicap, le statut migratoire, la classe, le statut social ou le revenu, reflétant des hiérarchies et des schémas de distribution inégale des ressources et du pouvoir, est l'une des principales sources de violations du droit à la santé sexuelle et génésique en vertu de la Convention.

 (i) Stérilisations forcées :

1. Le Comité a reconnu que certaines formes de discrimination raciale, telles que la stérilisation forcée ou contrainte, peuvent viser spécifiquement les femmes en raison de leur sexe.[[46]](#footnote-46) Les femmes autochtones, les femmes d'origine africaine, les Roms et les femmes appartenant à d'autres groupes ethniques et castes, y compris les femmes souffrant de maladies mentales au sein de ces groupes, ont été ciblées de manière disproportionnée dans les politiques liées au contrôle de la population ou à la lutte contre les maladies infectieuses, telles que le VIH/sida, y compris les stérilisations forcées.[[47]](#footnote-47) Au sein de ces groupes, les femmes handicapées se sont vu refuser leur capacité juridique et, par conséquent, leur droit à donner leur consentement. Les stérilisations forcées violent les droits des femmes relevant de la Convention à l'autonomie en matière de procréation, à l'accès à l'information, à l'intégrité personnelle, à la vie privée, ainsi que le droit de ne pas subir de violence et de discrimination fondées sur la race et le sexe. [[48]](#footnote-48)

 (ii) Avortements dangereux et discrimination raciale :

1. Les personnes relevant de la Convention sont plus exposées aux grossesses non désirées et n'ont pas les moyens de surmonter les obstacles socio-économiques et autres qui les empêchent d'avoir accès à un avortement sûr. Les lois, les décisions et les pratiques annulant en droit et en pratique l'accès des femmes et des personnes ayant des droits génésiques protégés par la Convention à un avortement sûr et légal ont un impact disproportionné sur la santé et les droits sexuels et génésiques des groupes et des minorités relevant de la Convention, en particulier ceux qui ont de faibles revenus.[[49]](#footnote-49) Un accès sûr, légal et efficace à l'avortement fait partie du droit de contrôler sa santé et son corps et du droit à la vie des personnes protégées par la Convention.[[50]](#footnote-50) Les femmes protégées par la Convention sont souvent prises au piège entre la non-reconnaissance et l'élimination des effets de la discrimination raciale sur la santé sexuelle et génésique et les mesures qui les exposent à une stigmatisation, une marginalisation et un désavantage accrus. Le fait de ne pas reconnaître l'impact de la violence sexuelle à motivation raciale, d'entraver l'accès des groupes relevant de la Convention à l'information et aux programmes sur les grossesses involontaires, de stigmatiser et de criminaliser le rôle des sages-femmes appartenant à ces groupes et, enfin, de criminaliser et de punir l'accès à l'avortement décrit une chaîne de causalité dans laquelle la discrimination raciale opère à la fois comme un risque sanitaire distinct et comme un déterminant structurel de la société.

 III. Obligations au titre de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale

1. La discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé est interdite par la Convention et les États parties sont tenus de l'éliminer sous toutes ses formes et de garantir l'égalité devant la loi. Les obligations doivent être lues à la lumière des objectifs fixés dans le préambule et de la convention dans son ensemble. L'élimination de la discrimination raciale sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations exige une action rapide et a un objectif clair : promouvoir la compréhension entre les peuples et construire une communauté internationale exempte de toute forme de ségrégation raciale et de discrimination raciale.

 A. Obligations générales et transversales

1. L'article 5, point e) iv), exige des États qu'ils éliminent la discrimination raciale et garantissent l'égalité dans les mesures qu'ils prennent pour respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé. La convention établit un cadre permettant d'identifier, de prévenir et d'éliminer les risques et les conséquences de la discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé, d'éliminer les barrières raciales structurelles et d'offrir aux individus et aux groupes relevant de la convention des possibilités d'améliorer, sur un pied d'égalité, leur bien-être et de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'ils soient capables d'atteindre. L'article 5(e)(iv) doit être lu conjointement avec les articles 2, 4, 6 et 7 de la Convention.
2. L'article 5 renvoie à l'article 2 en tant que disposition établissant les obligations fondamentales en matière de droits en vertu de la Convention. L'article 2 est une disposition globale qui aborde tous les aspects de l'obligation des États parties de mener une politique d'élimination de la discrimination,[[51]](#footnote-51) indiquant qu'un large éventail de mesures est nécessaire pour éliminer la discrimination raciale "sous toutes ses formes" et "sans délai". L'article 2, en liaison avec l'article 5 (e)(iv), implique des obligations négatives et positives de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé pour toutes les personnes et tous les groupes relevant de la Convention. La causalité entre les vulnérabilités et les résultats en matière de santé et la discrimination raciale en tant que déterminant social structurel et en tant que risque distinct pour la santé déterminent la norme d'évaluation des mesures adoptées pour se conformer à la Convention. Le statut de l'interdiction de la discrimination raciale dans le droit international, en tant que l'une des formes les plus flagrantes de discrimination, et le lien entre le droit à la santé et le droit à la vie laissent aux États une marge d'appréciation très étroite en ce qui concerne les différences de traitement dans le cadre de leur obligation de respecter le droit à la santé. Les États doivent s'abstenir d'interférer avec le droit des personnes et des groupes protégés par la Convention de contrôler leur santé et leur corps, ainsi qu'avec leur droit de ne pas être torturés, et ils doivent les protéger contre les actes à motivation raciale en rapport avec leur droit à la santé, y compris la divulgation d'informations sur la santé des patients sans leur consentement. L'article 5(e)(iv) doit être lu conjointement avec l'article 4. Les États doivent s'abstenir de stigmatiser, d'inciter à la haine raciale et de commettre des actes de discrimination à l'encontre de personnes et de groupes relevant de la Convention en raison de leur état de santé, et les protéger contre de tels actes. En outre, le fait de ne pas agir sur la base de cette connaissance de la corrélation en adoptant et en mettant en œuvre des mesures de prévention, de protection, d'atténuation et de réparation liées à la discrimination raciale en vue d'améliorer les déterminants sous-jacents et les résultats en matière de santé constitue un manquement à l'obligation de prévenir et de protéger le droit à la santé. Enfin, les États doivent adopter des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et autres appropriées en vue de la pleine réalisation de l'interdiction de la discrimination raciale et de la garantie de l'égalité dans la jouissance du droit à la santé.
3. Les États parties doivent veiller à ce que "le principe d'autonomie des collectivités locales et régionales n'entrave pas leurs obligations en matière de droits de l'homme de promouvoir les droits économiques, sociaux et culturels des groupes défavorisés ou victimes de discrimination, conformément à la Convention".[[52]](#footnote-52) Les gouvernements centraux ou fédéraux doivent veiller, par la coordination ou l'exercice de tout autre pouvoir prévu par leur constitution, à ce que l'article 5 (e) (iv) soit mis en œuvre à tous les niveaux de l'administration. Les autorités locales et régionales doivent être impliquées dans l'identification des risques et des besoins, dans l'allocation des ressources et dans la fourniture de services et de biens de santé, en particulier dans les zones rurales, en tenant compte des effets néfastes de l'environnement sur la santé et des droits fonciers.
4. *Représentation dans la recherche et le développement médical, la prise de décision, les installations, les services et les* biens de *santé :* La représentation des groupes visés par la convention dans le domaine de la santé est essentielle pour identifier les risques sanitaires et les conséquences de la discrimination raciale, améliorer la qualité de la santé, instaurer la confiance avec les communautés victimes de discrimination raciale et cultiver une culture de l'égalité et de la non-discrimination. Les États doivent encourager activement la représentation des groupes exposés à la discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé, en tenant compte de la composition de leur population, notamment de l'intersectionnalité et des exigences du cycle de vie.
5. Les États doivent adopter des mesures concrètes pour encourager la représentation multidimensionnelle des groupes protégés par la convention dans leurs propres attributions, à la fois en tant qu'acteurs de la santé (tels que les infirmières, les médecins, le personnel technique de laboratoire, les experts en santé publique, les régulateurs, les organes de surveillance) et en tant qu'acteurs au service de la santé (patients, membres de la famille, associations) au sein d'organismes publics ou semi-publics. Les indicateurs spécifiques de représentativité doivent être conformes aux autres obligations internationales en matière de droits de l'homme, d'égalité et de non-discrimination, tout en tenant compte du contexte et de la portée de la situation. Les États devraient également promouvoir, dans les politiques de la chaîne d'approvisionnement et les transactions avec les entités privées, telles que les sociétés pharmaceutiques et autres, les compagnies d'assurance et les organisations de soins de santé, que la représentation des groupes relevant de la Convention est un indicateur mesurable de la qualité de la santé, y compris des installations, des services et des biens de soins de santé préventifs, curatifs et de réadaptation.
6. *Participation, consultation, autonomisation* : L'article 2(1)(e) prévoit l'obligation pour les États parties "d'encourager, s'il y a lieu, les organisations et mouvements intégrationnistes multiraciaux et les autres moyens d'éliminer les barrières entre les races, et de décourager tout ce qui tend à renforcer la division raciale". Cette obligation fait écho à la déclaration du préambule selon laquelle "... l'existence de barrières raciales est contraire aux idéaux de toute société humaine". Les organisations et mouvements intégrationnistes multiraciaux doivent être compris comme ceux qui soutiennent les principes de la Convention, les organisations de base et communautaires et les organisations de la société civile, y compris les organisations liées à la santé. La législation anti-discrimination et la santé publique fonctionnent souvent en vase clos. La participation et la consultation des groupes relevant de la Convention dans la prise de décision en matière de santé permet d'intégrer leurs connaissances et d'améliorer la qualité des décisions. La légitimité et la transparence des décisions sont accrues, et la confiance s'installe entre les institutions de santé et les communautés. Si les communautés relevant de la Convention sont impliquées dans la prise de décision, au niveau communautaire, local, régional ou national, elles exercent leur droit d'être entendues et leur droit à l'information.
7. Les États doivent garantir l'accès à l'information et le droit à la participation aux personnes protégées par la convention en tant qu'individus, en tenant compte des barrières linguistiques et culturelles.
8. Mesures spéciales : Les États doivent reconnaître que les groupes relevant de la Convention ont des besoins différents en matière de santé et de services sociaux et faire rapport au Comité à ce sujet.[[53]](#footnote-53) Ils doivent adopter des mesures spéciales, conformément à l'article 2, paragraphe 2, afin d'assurer le progrès et l'égalité dans la jouissance du droit à la santé.

 B. Suivi des inégalités raciales en matière de santé

1. Aucune politique ne peut être conçue, mise en œuvre et évaluée efficacement sans un suivi continu de la discrimination raciale dans la jouissance des droits visés à l'article 5. Les États parties doivent être en mesure de mesurer la discrimination raciale, d'identifier les tendances quantitatives et qualitatives et d'adopter des mesures spécifiques et concrètes dans le cadre d'une politique plus large. Le suivi de la discrimination raciale au niveau national va de pair avec les articles 2, paragraphe 2, 8 et 9. L'examen des politiques sur la base d'indicateurs, l'évaluation de l'impact des politiques sur les droits de l'homme et l'observation des progrès accomplis dans l'élimination de la discrimination raciale sont des outils essentiels pour rendre compte des obligations découlant de la Convention. Les statistiques relatives à l'exercice du droit à la santé conformément à la Convention devraient être disponibles et se fonder sur des périodes comparables, un champ d'application géographique pertinent et des groupes de population. En l'absence de statistiques complètes, il est impossible d'évaluer efficacement si les lois, les politiques et les programmes de santé, apparemment neutres, entraînent une discrimination raciale. L'une des obligations fondamentales de la Convention est de donner aux personnes relevant de son champ d'application le droit de s'identifier comme telles et d'être incluses dans les statistiques et les enquêtes sociales relatives au droit à la santé.[[54]](#footnote-54)
2. La déclaration et le programme d'action de Durban invitent les États à "collecter, compiler, analyser, diffuser et publier des données statistiques fiables aux niveaux national et local et à prendre toutes les autres mesures nécessaires pour évaluer régulièrement la situation des individus et des groupes d'individus victimes du racisme, de la discrimination raciale, de la xénophobie et de l'intolérance qui y est associée ; (...).) Les informations devraient tenir compte des indicateurs économiques et sociaux, y compris, le cas échéant, la santé et l'état de santé, la mortalité infantile et maternelle, l'espérance de vie, l'alphabétisation, l'éducation, l'emploi, le logement, la propriété foncière, les soins de santé mentale et physique, l'eau, l'assainissement, l'énergie et les services de communication, la pauvreté et le revenu disponible moyen, afin d'élaborer des politiques de développement social et économique visant à combler les écarts existants en matière de conditions sociales et économiques."[[55]](#footnote-55)
3. En ce qui concerne le droit à la santé, les États sont instamment priés et les organisations non gouvernementales et le secteur privé sont encouragés "à mettre en place des mécanismes efficaces pour surveiller et éliminer le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée dans le système de soins de santé, tels que l'élaboration et l'application de lois antidiscriminatoires efficaces" et "à établir, sur la base d'informations statistiques, des programmes nationaux, y compris des mesures positives, pour promouvoir l'accès des individus et des groupes d'individus qui sont ou peuvent être victimes de discrimination raciale aux soins de santé de base, et pour promouvoir des efforts vigoureux en vue d'éliminer les disparités, notamment en ce qui concerne les taux de mortalité infantile et maternelle, les vaccinations des enfants, le VIH/SIDA, les maladies cardiaques, le cancer et les maladies contagieuses."[[56]](#footnote-56)
4. Les États parties s'inquiètent souvent de leur obligation contradictoire de respecter et de protéger le droit à la vie privée des individus et des groupes relevant de la Convention, tout en évitant l'impact négatif de marqueurs tels que la "race", qui renforcent les divisions, les hiérarchies et les fausses théories de la supériorité raciale. Le Comité rappelle que la compréhension et l'identification des effets de la discrimination raciale mettent souvent les autorités en position d'examiner comment les victimes potentielles de la discrimination raciale sont vues, perçues et classées par des lois, des politiques ou des systèmes potentiellement discriminatoires. Les préjugés, la stigmatisation et la discrimination raciale consistent à attribuer à des personnes des caractéristiques et des identités qui doivent être conceptualisées en termes larges pour englober tous les motifs et toutes les formes de discrimination raciale au sens de l'article 1. Les États sont conseillés et encouragés à développer des méthodologies appropriées pour la collecte d'informations pertinentes, en coopération avec les agences spécialisées des Nations unies et les agences régionales. [[57]](#footnote-57)
5. L'absence de statistiques et de données complètes sur la situation des groupes relevant du champ d'application de la convention ne devrait pas constituer une charge extraordinaire pour les victimes de discrimination raciale lorsqu'il s'agit de prouver la discrimination raciale. Dans de nombreux domaines liés à la santé, les données et les faits relèvent entièrement, ou en grande partie, de la connaissance exclusive des autorités nationales ou des acteurs privés impliqués dans les installations, les services et les biens. Les personnes et les groupes relevant du champ d'application de la convention doivent disposer des informations nécessaires pour documenter et demander des mesures spéciales, comme le prévoit l'article 2, paragraphe 2.

 IV. Les recommandations

1. En vertu de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, les États sont tenus de respecter, de protéger et de mettre en œuvre l'absence de discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé et de remédier à toute violation de ce droit. L'égalité dans le droit à la santé est réalisée par des mesures combinant les ressources, les institutions et les systèmes dans tous les secteurs liés au droit à la santé. Les bonnes pratiques et les stratégies élaborées au sein du système des Nations unies et aux niveaux national et régional par les États parties, les autorités indépendantes et la société civile, ainsi que les enseignements tirés de la pandémie COVID-19, constituent une bonne base pour formuler des recommandations aux États parties et aux autres parties prenantes.

 A. Mesures législatives et politiques

1. *Adoption d'une législation complète contre la discrimination raciale en matière de droit à la santé dans le droit civil, administratif et pénal*. Cette législation doit faire explicitement référence à tous les motifs de discrimination raciale visés à l'article 1, paragraphe 1, et étendre l'interdiction de la discrimination raciale à toutes les autorités de l'État, aux institutions publiques et aux personnes privées, physiques et morales, conformément à l'article 2. Le champ d'application de l'interdiction de la discrimination raciale devrait inclure à la fois le droit à un système de protection de la santé et le droit de contrôler sa propre santé et son propre corps, ainsi que le droit de ne pas être soumis à la torture, à un traitement médical non consensuel et à l'expérimentation, tandis que toute référence à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, tel qu'interprété par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, renforcerait l'harmonisation dans l'ensemble du système de traités des Nations unies. Une référence explicite à l'intersectionnalité, reconnaissant l'interdiction de la discrimination raciale, telle que définie à l'article 1, paragraphe 1, de la convention, qui recoupe d'autres motifs de discrimination, tels que le sexe, l'âge, le handicap et le statut migratoire, la classe, le statut social ou le revenu, est vivement encouragée, car elle favorise la cohérence avec les obligations internationales et régionales en matière de droits de l'homme et renforce l'efficacité des mesures de mise en œuvre au titre de la convention. La législation nationale devrait fournir le cadre permettant de remplir l'obligation prévue à l'article 2, paragraphe 2, d'adopter des mesures spéciales et concrètes pour assurer le développement et la protection adéquats des groupes défavorisés relevant de la Convention, en vue de faciliter la pleine et égale jouissance du droit à la santé.
2. *Opérationnalisation de la législation contre la discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé par :*
3. Adopter et mettre en œuvre des mesures administratives, y compris dans le cadre des marchés publics, et des politiques internes prévoyant des mesures concrètes et spécifiques pour respecter et garantir la disponibilité, l'accessibilité physique, abordable et en termes d'information, l'acceptabilité et la qualité de la santé, ainsi que des mesures pour prévenir, respecter et protéger contre les mesures coercitives en violation de l'interdiction de la discrimination raciale dans le droit de disposer de son corps et de sa santé et en violation du droit de ne pas être soumis à la torture, aux traitements médicaux non consensuels et à l'expérimentation. Les États devraient veiller à ce que les agences de santé et autres agences connexes élaborent des lignes directrices détaillées pour intégrer et appliquer dans la pratique des mesures garantissant l'égalité devant la loi et l'interdiction de la discrimination raciale, avec des normes précises, en consultation avec les groupes concernés ;
4. Identifier les inégalités raciales et réviser, modifier ou abroger les lois, politiques et pratiques qui maintiennent et perpétuent la discrimination raciale en matière de droit à la santé. Les États devraient mener des études pour identifier ces lois et pratiques, en consultation avec les communautés concernées, et les modifier ou les abroger en conséquence ;
5. Fournir des orientations claires à toutes les agences et institutions liées à la santé, ainsi qu'à toutes les autres autorités et institutions concernées, telles que les forces de l'ordre, afin de garantir que les politiques internes, y compris les procédures opérationnelles standard et les codes de conduite, sont conformes aux normes et principes des droits de l'homme relatifs à l'égalité et à l'interdiction de la discrimination raciale ;
6. Les stratégies et plans d'action nationaux, en consultation avec les groupes, institutions et autorités concernés, peuvent constituer un outil efficace pour identifier les lacunes et prévoir des objectifs clairs et des mesures spéciales, conformément à l'article 2, paragraphe 2, ainsi qu'une coordination de toutes les autorités concernées et une budgétisation efficace. [[58]](#footnote-58)
7. Des approches centrées sur la communauté, des pratiques fondées sur le genre et sensibles à la culture devraient être adoptées pour garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptabilité et la qualité des soins de santé, en fonction des besoins, des traditions et des spécificités culturelles des minorités raciales et ethniques. Les États devraient assurer et renforcer une collaboration efficace entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle et soutenir la mise en œuvre d'une politique nationale concernant les sages-femmes.[[59]](#footnote-59) Les États sont vivement encouragés à coordonner efficacement les services de soutien en promouvant des modèles de coopération entre les autorités, les communautés et les organisations de la société civile, y compris celles représentant les groupes victimes de formes croisées de discrimination, les organismes de promotion de l'égalité et les institutions nationales de défense des droits de l'homme, ainsi que les prestataires de soins de santé privés. Les États devraient étudier, en tant que mesure spéciale d'atténuation, la possibilité, en consultation avec les communautés, de fournir un soutien sanitaire par le biais de cliniques mobiles, de[[60]](#footnote-60) ou de programmes spécifiques de prévention sanitaire, de soins d'urgence complets et de tout soin lié à l'accouchement, gratuitement pour tous, et veiller à ce que les médecins et le personnel des établissements médicaux ne signalent pas les personnes sans autorisation de séjour.[[61]](#footnote-61)
8. Réglementer l'utilisation de l'intelligence artificielle dans tous les secteurs liés à la santé : Les États devraient veiller à ce que l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé soit conforme à l'interdiction de la discrimination raciale. Ces systèmes ne devraient être déployés que si leur utilisation a pour objectif clair de faire progresser la jouissance du droit à la santé pour tous, sans discrimination raciale ou autre. L'objectif légitime de leur utilisation et leur interférence avec les droits de l'homme devraient être évalués en tenant compte de la mesure dans laquelle ils contribuent à éliminer la discrimination raciale. Les données démographiques et socio-économiques devraient refléter la population dans son ensemble afin d'éviter toute exclusion a priori des personnes protégées par la Convention.
9. Avant d'acquérir ou de déployer de tels systèmes, les États devraient adopter des mesures législatives, administratives et autres appropriées pour déterminer l'objectif de leur utilisation et pour réglementer aussi précisément que possible les paramètres et fournir des garanties qui préviennent et protègent contre la discrimination raciale dans le droit à la santé. Les États devraient adopter une approche de l'intelligence artificielle fondée sur les droits de l'homme, dans laquelle l'élimination de la discrimination raciale est intégrée à tous les stades et imprègne toutes les normes minimales, telles que : i) l'agence et la supervision humaines ; ii) la robustesse et la sécurité techniques ; iii) la protection de la vie privée et la gouvernance des données ; iv) la transparence ; v) la diversité, la non-discrimination et l'équité ; vi) le bien-être sociétal et environnemental ; vii) l'obligation de rendre des comptes. [[62]](#footnote-62)
10. Les États devraient évaluer l'impact sur les droits de l'homme avant de déployer l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé et ils devraient envisager une période pilote sous la supervision d'un organe de contrôle multidisciplinaire indépendant comprenant des personnes qui reflètent la composition diversifiée de la population.

 B. Données et statistiques

1. En coopération avec l'OMS et d'autres organisations et agences régionales et des Nations unies, les États devraient surveiller les inégalités raciales et la discrimination raciale dans le domaine de la santé, seules et en conjonction avec d'autres déterminants sociaux et sous-jacents.[[63]](#footnote-63) Ils devraient collecter et suivre des données quantitatives et qualitatives désagrégées et anonymisées, basées sur des indicateurs démographiques et sanitaires. Les données devraient être ventilées en fonction de toute information concernant la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique et l'indigénéité, en liaison avec le sexe, l'âge, le handicap, le statut migratoire et tout autre statut.
2. Le suivi de la discrimination raciale dans le domaine de la santé devrait inclure des indicateurs sur l'exposition différentielle aux risques sanitaires et la vulnérabilité différentielle, en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité de la santé. Le suivi devrait également porter sur les domaines où des mesures coercitives peuvent s'appliquer de manière disproportionnée et affecter des groupes relevant de la Convention, tels que les prestataires de soins de santé génésique, les établissements de santé mentale, les prisons, les installations de réfugiés et de migrants, y compris aux frontières, afin d'identifier l'exposition systémique aux risques et aux vulnérabilités en matière de santé. Les États devraient évaluer et mesurer les inégalités raciales et en rendre compte. Ils devraient également surveiller, évaluer et mettre à disposition des statistiques démographiques ventilées en fonction des déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates, l'offre suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, ainsi que des conditions de travail et d'environnement saines. Les personnes appartenant à des groupes relevant de la convention devraient avoir accès à ces informations pour contrôler leur exposition aux risques sanitaires et exercer d'autres droits connexes de consultation et de participation aux procédures liées à la santé ou à l'environnement.
3. Les statistiques sanitaires désagrégées devraient au moins inclure les données collectées par les hôpitaux, les centres de soins communautaires et autres, les médecins et les assureurs maladie, en conjonction avec les données d'enquête, et établir des liens avec les systèmes de données administratives afin de mesurer et d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité de la santé. L'acceptabilité et la qualité devraient également être mesurées et évaluées sur la base de données d'enquête auprès des communautés. Les statistiques anonymes générées par ces pratiques devraient être mises à la disposition du public et des communautés relevant de la Convention. Ces données devraient être collectées de manière volontaire, anonyme et sur la base de l'auto-identification et conformément aux normes et principes des droits de l'homme, tels que les réglementations en matière de protection des données et les garanties de respect de la vie privée, y compris les garanties relatives au consentement éclairé. Les personnes protégées par la convention doivent avoir accès aux informations concernant la collecte de leurs données, leur utilisation et les résultats.
4. En coopération avec les autorités régionales et nationales, les États devraient adopter et mettre en œuvre des stratégies spécifiques de respect et de protection contre la discrimination raciale dans l'accès et le partage des données de santé électroniques. Toute réglementation du partage des données électroniques devrait toujours inclure explicitement des règles de prévention, de protection et de réparation de la discrimination raciale. [[64]](#footnote-64)

 C. Éducation, formation et accès à l'information

1. Conformément à l'article 7 de la Convention, les États devraient développer et proposer une éducation et une formation aux droits de l'homme axées sur la discrimination raciale à un large éventail d'acteurs impliqués dans le domaine de la santé. Les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les autres fonctionnaires et tiers impliqués dans la santé, y compris dans les établissements humanitaires, aux niveaux local, régional et national, devraient bénéficier d'une formation obligatoire. Les groupes relevant de la Convention, y compris les personnes victimes de formes croisées de discrimination, devraient participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette formation, dans la mesure du possible. Les hôpitaux, les centres de soins de santé primaires et les services sociaux devraient veiller à ce que la formation soit complétée par des interventions institutionnelles visant à limiter le pouvoir discrétionnaire et à accroître la surveillance dans les domaines vulnérables aux stéréotypes et aux préjugés.
2. L'éducation aux droits de l'homme devrait être incluse en tant que cours obligatoire dans les programmes des écoles de médecine et des autres écoles et départements liés à la santé. Les écoles de médecine sont encouragées à revoir leurs programmes et à identifier les préjugés et les stéréotypes dans les approches et le matériel de formation médicale. Les prestataires de soins de santé devraient être conscients de la discrimination raciale et empêcher les simplifications fondées sur la race.
3. Les associations de professionnels de la santé sont vivement encouragées à envisager d'intégrer dans leurs politiques d'adhésion des formations sur les droits de l'homme et la lutte contre la discrimination.
4. Les États devraient mener des campagnes de sensibilisation ciblées en fournissant des informations sur les services de santé disponibles et les conditions de la couverture par l'assurance maladie obligatoire.[[65]](#footnote-65) Ils devraient empêcher la diffusion d'informations fausses ou trompeuses dans les environnements numériques et physiques.

 D. Les acteurs privés

1. Les États ont la responsabilité première d'identifier, de mesurer et de protéger la discrimination raciale dans le cadre du droit à la santé dans tous les domaines de la vie. La discrimination raciale devrait être explicitement reconnue comme un risque pour la santé et un déterminant structurel de la santé à prévenir et à atténuer lors de la passation de marchés et de toute autre autorisation d'activités commerciales. Les États devraient adopter une législation et des politiques interdisant, surveillant, enquêtant et punissant en conséquence tout comportement à motivation raciale ayant pour but ou pour effet de porter atteinte à l'intégrité physique et mentale des personnes protégées par la Convention, et toute interférence avec le droit à l'égalité et l'absence de discrimination raciale dans le droit à la santé. Le préjudice est considéré comme le résultat de la discrimination raciale sur le droit à la santé, conformément à l'article 1, paragraphe 1.
2. Les États devraient adopter une réglementation garantissant que les entreprises privées, les établissements de santé privés, les compagnies d'assurance et les sociétés pharmaceutiques, les fabricants de biens et d'équipements liés à la santé et les autres organisations concernées respectent le principe d'égalité et de non-discrimination dans le droit à la santé, conformément aux principes directeurs de 2011 relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme (principes directeurs 1, 2, 3, 11 et 24). L'élaboration de régimes obligatoires de diligence raisonnable en matière de droits de l'homme peut fournir un cadre global dans lequel la gestion des risques de discrimination raciale devrait être intégrée dans toutes les opérations commerciales. Les acteurs privés devraient : i) identifier et évaluer les impacts négatifs réels ou potentiels sur le droit à la santé fondés sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique avec lesquels ils peuvent être impliqués, soit par leurs propres activités, soit du fait de leurs relations commerciales ; ii) intégrer les résultats de ces évaluations dans les fonctions et processus internes pertinents, et prendre les mesures appropriées ; iii) contrôler l'efficacité de leur réponse ; et iv) rendre compte de la manière dont ils traitent leurs impacts sur les droits de l'homme. [[66]](#footnote-66)
3. Dans le processus d'identification, d'évaluation, de prévention et d'atténuation des effets négatifs sur les droits de l'homme, les entreprises devraient accorder une attention particulière aux facteurs liés aux données qui peuvent avoir un but ou un effet discriminatoire. La sélection des données d'entraînement et la conception de leurs modèles doivent être effectuées de manière à prévenir les résultats discriminatoires en matière de droit à la santé. Les entreprises devraient également être ouvertes à des audits de leurs systèmes d'intelligence artificielle par des tiers indépendants.[[67]](#footnote-67) Lorsque le risque de discrimination ou d'autres violations des droits de l'homme a été jugé trop élevé ou impossible à atténuer, notamment en raison de la nature de l'utilisation prévue ou prévisible par un État, les acteurs privés devraient s'abstenir de déployer de tels systèmes avant de s'être assurés que le résultat discriminatoire est effectivement atténué. L'exposition et la vulnérabilité aux risques sanitaires dus à la discrimination raciale devraient être intégrées dans cette évaluation ex ante et ex post, avec la coopération d'une équipe pluridisciplinaire comprenant comment le racisme et la discrimination raciale peuvent être vécus.
4. Les États doivent veiller à ce que les acteurs privés, sous réserve de leur implication, réagissent et rendent compte du préjudice causé au droit à la santé. Si les acteurs privés ont causé le préjudice, ils doivent cesser leur action causant le préjudice et y remédier. Si les acteurs privés ont contribué au préjudice causé par une autre partie, ils doivent cesser leur action contribuant au préjudice, chercher à utiliser ou à créer un effet de levier avec l'autre partie pour prévenir ou atténuer le risque de préjudice futur, et contribuer à la réparation du préjudice, y compris par le biais d'une indemnisation. Enfin, si les acteurs privés sont uniquement liés à un préjudice qu'ils n'ont pas causé ou auquel ils n'ont pas contribué, ils doivent essayer d'utiliser ou de renforcer leur influence afin de prévenir ou d'atténuer le risque d'un préjudice futur causé par l'autre partie, mais ils ne sont pas censés contribuer à la réparation du préjudice.
5. Les États devraient documenter et inclure dans leurs rapports au comité des informations sur les cas de discrimination raciale associés à des acteurs privés, ainsi que sur les mesures de prévention, les sanctions et les voies de recours.

 E. Responsabilité

1. Conformément à l'article 6, les États doivent assurer à toute personne relevant de leur juridiction une protection et des voies de recours effectives contre tous actes de discrimination raciale qui violeraient son droit à la santé en violation de la Convention, ainsi que le droit de demander une réparation ou une satisfaction juste et adéquate pour tout dommage subi du fait d'une telle discrimination.
2. Les États devraient mettre en place des mécanismes de contrôle et de responsabilité efficaces et indépendants, tant au niveau interne des installations de soins de santé qu'au niveau externe, et envisager des mesures disciplinaires en cas de faute. Ils devraient également procéder à des audits périodiques, avec l'aide d'experts indépendants, afin d'identifier les lacunes dans les politiques et pratiques internes. La transparence des résultats de ces procédures est fortement recommandée, car elle peut renforcer la responsabilité et la confiance des individus et des communautés.
3. Les États doivent sensibiliser les autorités judiciaires à leurs obligations en matière de discrimination raciale. Ils doivent mettre en place des mécanismes non judiciaires indépendants de responsabilisation et de réclamation, ayant la compétence d'établir les faits, d'identifier les responsables de l'acte ou de l'omission de discrimination raciale et de fournir une réparation pour tout préjudice causé au droit à la santé. Les recours non judiciaires peuvent être plus appropriés dans les cas de discrimination structurelle et si le préjudice ne peut être établi individuellement, ou dans les cas où l'acte de discrimination raciale n'est pas un délit. Tout mécanisme de ce type doit respecter les garanties d'égalité et de non-discrimination prévues à l'article 5 (a) et assurer un accès effectif à la justice.
4. Les États devraient intégrer dans les mécanismes de responsabilité et de réparation les organisations et mouvements multiraciaux intégrationnistes et d'autres moyens d'éliminer les obstacles. Ils sont vivement encouragés à adopter une approche centrée sur la victime et pilotée par la communauté en donnant aux personnes et aux communautés concernées les moyens de participer activement et de soutenir les victimes et les survivants réels et potentiels de la discrimination raciale dans le cadre du droit à la santé. Le cas échéant, la nature structurelle et intergénérationnelle du préjudice devrait être reconnue et réparée, en donnant la priorité aux mesures générales ou en complétant la réparation individuelle.
5. Les États ont la responsabilité première de veiller à ce que toute violation de la convention ayant entraîné un préjudice entraîne l'obligation de réparer intégralement le dommage causé.[[68]](#footnote-68) Les États doivent réparer intégralement la violation des obligations qui leur incombent en vertu de la convention et des droits des personnes lésées. La réparation au titre de la Convention devrait inclure des mesures générales visant à garantir que les lois, les politiques et les pratiques soient réexaminées et modifiées afin d'éviter que la Convention ne se reproduise. Les mesures générales devraient inclure des mesures positives, telles que l'éducation et la formation, des garanties sur la participation et l'autonomisation de la communauté affectée, afin de se conformer à l'obligation violée.

 F. Coopération internationale

1. La coopération internationale dans le domaine de la santé est un élément clé du respect du droit à la non-discrimination raciale, de la prévention des violations, de la protection contre celles-ci et de leur réparation. De nombreux États s'appuient sur la coopération internationale pour s'acquitter de leurs obligations en matière de respect, de protection et de mise en œuvre du droit à la santé. Les États doivent veiller à respecter les obligations qui leur incombent en vertu de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale lorsqu'ils demandent ou fournissent une assistance et une coopération internationales à l'OMS ou à toute autre organisation, y compris les institutions financières et de développement internationales et régionales.
2. Guidés par le principe de la solidarité internationale par le biais de l'assistance et de la coopération internationales, les États devraient prendre toutes les mesures nationales et multilatérales nécessaires, y compris des dérogations temporaires aux protections de la propriété intellectuelle sur les technologies de la santé, afin d'atténuer l'impact disparate des défis mondiaux, tels que les pandémies, le changement climatique et les catastrophes, et leurs conséquences socio-économiques sur les groupes et minorités protégés par la Convention.
3. Les États devraient garantir un accès effectif et non discriminatoire aux installations, biens et services de santé préventifs, curatifs et de réadaptation, en tenant compte de la situation et des besoins des groupes marginalisés et victimes de discrimination. À cette fin, l'assistance internationale devrait prévenir et protéger contre les restrictions affectant de manière disproportionnée les groupes relevant de la Convention. Les États donateurs ne devraient pas promouvoir, tolérer ou perpétuer des politiques et des pratiques qui établissent, renforcent et ne visent pas à éliminer les obstacles auxquels se heurtent les groupes exposés à la discrimination raciale dans l'exercice du droit à la santé.
4. Lors des négociations et de la rédaction de la convention, de l'accord ou de tout autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et l'intervention en cas de pandémie ("CA+ de l'OMS"), les États[[69]](#footnote-69) sont vivement encouragés à aligner l'article 4, paragraphe 12 "Principes directeurs et droits" (« Tous les individus devraient avoir un accès juste, équitable et rapide aux produits liés à la pandémie, services et soutien liés à la santé, sans crainte de discrimination ou de distinction fondée sur la race, la religion, les opinions politiques ou la condition économique ou sociale »), le droit à l'égalité et à la non-discrimination avec l'article 1 (1) de la Convention en interdisant la discrimination raciale fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique. Les États sont également encouragés à inclure dans l'article 12 "Renforcer et maintenir des personnels de santé et de soins qualifiés et compétents" l'obligation d'éliminer la discrimination raciale, en tenant compte du fait qu'une grande majorité de la main-d'œuvre est constituée de femmes protégées par la Convention.

1. \* Adopté par le Comité lors de sa 109e session (11-28 avril 2023). [↑](#footnote-ref-1)
2. Commission des déterminants sociaux de la santé, "Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health" 2008, p. 12 ; OMS, A62/9 (2009) ; WHA Res 62.14 "Reducing Health Inequities through Action on the Social Determinants of Health" (21 mai 2009) ; WHA Res 65.8 "The Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health" (26 mai 2012) ; WHA Res 72.2. [↑](#footnote-ref-2)
3. OMS, Putting Our Own House Order : Examples of Health System Action on Socially Determined Health Inequalities. (2010), 11 ; O. Solar et A. Irwin, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", Discussion Paper 2 (Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010, 34-35 ; EB152/2, paras. 6-9 et WHA Res. 74.16 (2021). [↑](#footnote-ref-3)
4. Vernellia R. Randall, Race, Health Care and the Law : Regulating Racial Discrimination in Health Care / United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Conference on Racism and Public Policy (2001) ; Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaher M, Gee G. Racism as a Determinant of Health : A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015 Sep 23;10(9) : e0138511. doi : 10.1371/journal.pone.0138511. PMID : 26398658 ; PMCID : PMC4580597 ; voir également The Lancet Series on racism, xenophobia, discrimination, and health publié en ligne en décembre 2022. [↑](#footnote-ref-4)
5. CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 14 ; CERD/C/HUN/CO/18-25, par. 20. [↑](#footnote-ref-5)
6. OMS, EB152/2, paragraphes. 6-9. WHA Res. 74.16 (2021). [↑](#footnote-ref-6)
7. A/77/197, paragraphe 7. [↑](#footnote-ref-7)
8. A/HRC/RES/48/7. [↑](#footnote-ref-8)
9. Déclaration sur la pandémie de coronavirus (COVID-19) et ses implications dans le cadre de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (3/2020). [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibid. [↑](#footnote-ref-10)
11. Déclaration du CERD sur l'absence d'accès équitable et non discriminatoire aux vaccins COVID-19 (2/2022). [↑](#footnote-ref-11)
12. Constitution de l'OMS. [↑](#footnote-ref-12)
13. L'Instance permanente sur les questions autochtones note que le droit à la santé "se matérialise par le bien-être d'un individu ainsi que par le bien-être social, émotionnel, spirituel et culturel de l'ensemble de la communauté" (voir E/2013/43-E/C.19/2013/25, par. 4). Voir également A/HRC/33/57 (2018). [↑](#footnote-ref-13)
14. CERD/C/CHL/CO/22-23, paragraphe 28 ; CERD/C/USA/CO/7-9, paragraphe 10. [↑](#footnote-ref-14)
15. CESCR, Observation générale n° 19, Le droit à la sécurité sociale, E/C.12/GC/19 (2008), paragraphe 2. [↑](#footnote-ref-15)
16. Recommandation générale n° 27 sur la discrimination à l'égard des Roms (paragraphe 33) ; Recommandation générale n° 34 sur la discrimination raciale à l'égard des personnes d'ascendance africaine (paragraphe 55). [↑](#footnote-ref-16)
17. Ne laisser personne de côté : L'égalité et la non-discrimination au cœur du développement durable. Cadre d'action commun du système des Nations unies. Voir également la résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations unies "Transformer notre monde : Le Programme de développement durable à l'horizon 2030" (25 septembre 2015) Objectif 3.8. [↑](#footnote-ref-17)
18. AGNU. Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. UNGA Res 74/2, 18 octobre 2019. [↑](#footnote-ref-18)
19. CERD, Recommandation générale n° 30, paragraphe. 4. [↑](#footnote-ref-19)
20. CERD/C/ISR/CO/17-19, par. 32 et 38. [↑](#footnote-ref-20)
21. CERD/C/ZMB/CO/17-19, par. 25-26 ; CERD/C/CHL/CO/22-23, par. 32 ; CERD/C/USA/CO/7-9, par. 15. [↑](#footnote-ref-21)
22. CERD/C/CZE/CO/12-13, par. 15 (c) ; CERD/C/USA/CO/7-9, para. 15. [↑](#footnote-ref-22)
23. CERD/C/CZE/CO/12-13, para. 15(c) ; [↑](#footnote-ref-23)
24. Communication de l'OMS à la discussion thématique : Discrimination raciale et droit à la santé, p. 3. [↑](#footnote-ref-24)
25. CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 34-35 ; CERD/C/HUN/CO/18-25, par. 20 ; [↑](#footnote-ref-25)
26. CERD/C/BRA/CO/18-20 [↑](#footnote-ref-26)
27. CERD/C/CZE/CO/12-13, paragraphe 23. [↑](#footnote-ref-27)
28. CERD/C/HUN/CO/18-25, paragraphe 20. [↑](#footnote-ref-28)
29. CERD/C/SLV/CO/18-19, paragraphes. 26-27. [↑](#footnote-ref-29)
30. CERD/C/SLV/CO/18-19, paragraphes. 34-35 [↑](#footnote-ref-30)
31. (CERD/C/GTM/CO/16-17, par. 13 c) ; CERD/C/MNG/CO/23-24, par. 23 e)) [↑](#footnote-ref-31)
32. A/77/197, paragraphes. 47-60. [↑](#footnote-ref-32)
33. [Field Correction | Harvard Medicine magazine](https://hms.harvard.edu/magazine/racism-medicine/field-correction) 2021. [↑](#footnote-ref-33)
34. Ibid. [↑](#footnote-ref-34)
35. CERD/C/CHL/CO/22-23, para. 12-13. [↑](#footnote-ref-35)
36. Groupe de travail d'experts sur les personnes d'ascendance africaine, Communication dans le cadre de la discussion thématique : La discrimination raciale et le droit à la santé, para. 11 [↑](#footnote-ref-36)
37. *Préparer l'avenir. Intelligence artificielle et droits fondamentaux*, Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2020. [↑](#footnote-ref-37)
38. Schmidt, Insa M. ; Waikar, Sushrut S., Separate and Unequal : Race-Based Algorithms and Implications for Nephrology, *JASN* [32(3):p 529-533, March 2021.](https://journals.lww.com/jasn/toc/2021/03000) *| DOI :* 10.1681/ASN.2020081175 [↑](#footnote-ref-38)
39. CERD/C/USA/CO/10-12, paragraphes 45-46. [↑](#footnote-ref-39)
40. A/HRC/32/23 (2016). [↑](#footnote-ref-40)
41. CERD/C/CHN/CO/14-17, paragraphes. 30-31. [↑](#footnote-ref-41)
42. http://europe.ohchr.org/Documents/Publications/RightToHealthForMigrants\_EN.pdf [↑](#footnote-ref-42)
43. Observation générale 14 du CDESC, paragraphe 8 ; A/HRC/35/21, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 28.3.2017, paragraphes 30-34. 30-34. [↑](#footnote-ref-43)
44. *L.G. c. République de Corée*, CERD/C/86/D/51/2012. L'État partie a supprimé le dépistage obligatoire du VIH/sida et l'auteur a reçu une indemnisation. [↑](#footnote-ref-44)
45. CESCR, Observation générale n° 22, para. 5. [↑](#footnote-ref-45)
46. Recommandation générale n° 25 sur les aspects de la discrimination raciale liés au sexe, paragraphes. 2-3 (2000). [↑](#footnote-ref-46)
47. Éliminer la stérilisation forcée, coercitive et autrement involontaire Déclaration interinstitutions HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS, 2014 ; CDESC, Observation générale n° 22, par. 5, 10, 30 [↑](#footnote-ref-47)
48. Cour interaméricaine des droits de l'homme, [*I.V. c. Bolivie*](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf). Objections préliminaires, fond, réparations et frais. Arrêt du 30 novembre 2016. Série C n° 329 ; [*A.P., Garçon et Nicot c. France*](http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-172556), nos 79885/12 52471/13 52596/13, arrêt du 6 avril 2017 ; Commission africaine des droits de l'homme, [*Observation générale n° 4 sur la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples : Le droit à réparation des victimes de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 5)*](http://www.achpr.org/instruments/general-comment-right-to-redress/) (2017), para. 58 ; CDESC, [Observation générale no 22](http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sGFQktiae1vlbbOAekmaOwDOWsUe7N8TLm%2bP3HJPzxjHySkUoHMavD%2fpyfcp3Ylzg) (2016), par. 3 ; CDPH, [Observation générale no 3 sur les femmes et les filles handicapées](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en) (2016), par. 32 ; A/HRC/ 31/57, par. 45. [↑](#footnote-ref-48)
49. CERD/C/USA/CO/10-12, par. 35 ; CERD/C/BRA/CO/18-20, par. 16 (b). [↑](#footnote-ref-49)
50. Directive sur les soins liés à l'avortement, annexe A. Principales normes internationales en matière de droits de l'homme relatives à l'avortement, Organisation mondiale de la santé 2022. [↑](#footnote-ref-50)
51. Vues du CERD sur l'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale et son efficacité, présentées sous la rubrique des "normes complémentaires", E/CN.4/2004/WG.21/10/Add.1, 17 septembre 2004, p. 13. [↑](#footnote-ref-51)
52. CERD/C/SVK/CO/9-10, paragraphe. 16. [↑](#footnote-ref-52)
53. CERD/C/2007/1, Directives pour l'établissement du document spécifique au Comité pour l'élimination de la discrimination raciale que les États parties doivent présenter en application du paragraphe 1 de l'article 9 de la Convention. [↑](#footnote-ref-53)
54. CERD/C/ZMB/CO/17-19, par. 25-26 [↑](#footnote-ref-54)
55. Déclaration et programme d'action de Durban, paragraphe 92. [↑](#footnote-ref-55)
56. Ibid, paras. 100-101. [↑](#footnote-ref-56)
57. Par exemple, Groupe de haut niveau de l'UE sur la non-discrimination, l'égalité et la diversité, Note d'orientation sur la collecte et l'utilisation de données sur l'égalité fondées sur la race ou l'origine ethnique (2021). [↑](#footnote-ref-57)
58. CERD/C/SLV/CO/18-19, par. 5 [↑](#footnote-ref-58)
59. CERD/C/GTM/CO/16-17, par. 13 (c) ; CERD/C/GTM/CO/16-17, paras. 33-34 ; CERD/C/MUS/CO/20-23, par. 26-27 ; CERD/C/ISR/CO/17-19, par. 28-31. [↑](#footnote-ref-59)
60. Recommandation générale n° 30 (2004) concernant la discrimination à l'égard des non-ressortissants ; CERD/C/MNG/CO/23-24, par. 23 (e). [↑](#footnote-ref-60)
61. CERD/C/CZE/CO/12-13 par. 24. [↑](#footnote-ref-61)
62. Commission européenne, Groupe d'experts de haut niveau sur l'intelligence artificielle (AI HLEG), Liste d'évaluation pour une intelligence artificielle digne de confiance (2020). [↑](#footnote-ref-62)
63. National health inequality monitoring : a step-by-step manual, OMS 2017. Voir également la boîte à outils pour l'évaluation de l'équité en santé (HEAT et HEAT Plus), l'apprentissage en ligne et d'autres outils mis au point par l'OMS pour surveiller les inégalités en matière de santé. [↑](#footnote-ref-63)
64. Proposition de règlement de la Commission européenne visant à créer l'espace européen des données de santé, COM(2022) 197 final, 2022/0140 (COD). [↑](#footnote-ref-64)
65. CERD/C/LTU/CO/9-10, paragraphe. 18. [↑](#footnote-ref-65)
66. UNGP 17-21 ; OHCHR, *La responsabilité des entreprises en matière de respect : Un guide interprétatif*, pp. 31-63. [↑](#footnote-ref-66)
67. Déclaration de Toronto : Protéger le droit à l'égalité et à la non-discrimination dans les systèmes d'apprentissage automatique. [↑](#footnote-ref-67)
68. *Pérez Guartambel c. Équateur*, [CERD/C/106/D/61/2017](http://undocs.org/en/CERD/C/106/D/61/2017), para. 6. [↑](#footnote-ref-68)
69. Projet zéro du CA+ de l'OMS pour examen par l'organe intergouvernemental de négociation à sa quatrième réunion, A/INB/4/3 1er février 2023. [↑](#footnote-ref-69)