

Droits de l'homme, santé et stratégies de réduction de la pauvreté



Nations Unies
Droits de l'homme

HAUT-COMMISSARIAT AUX DROITS DE L'HOMME



Organisation
mondiale de la Santé

Remerciements

Cette brochure sur les droits de l'homme, la santé et les stratégies de réduction de la pauvreté est le fruit de la collaboration entre le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), le Département Politique et développement sanitaires et services de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'équipe Santé et droits de l'homme du Département Ethique, équité, commerce et droits de l'homme de l'OMS.

La rédaction en a été assurée par Penelope Andrea et Clare Fergusson, consultantes auprès de l'OMS, qui ont travaillé sous la direction de Rebecca Dodd et Helena Nygren-Krug (OMS) et Mac Darrow, Alfonso Barragues et Juana Sotomayor (HCDH). La version française a été révisée et mise au point par Pascal Le Quéré (OMS).

L'élaboration de cette brochure a été jalonnée par deux événements importants : la conférence sur l'internet organisée par InWent Capacity Building International du 9 au 11 janvier 2006 et un atelier financé par German Cooperation qui s'est tenu à Nairobi du 27 au 29 juin 2006. Ces deux manifestations ont en effet réuni des représentants des ministères de la santé, de l'OMS, de commissions nationales des droits de l'homme, de groupements de la société civile et du HCDH.

Cette brochure doit également beaucoup aux conseils et au soutien de divers collaborateurs, dont Anjana Bhushan, Jane Cottingham, Judith Bueno de Mesquita, Paul Hunt, Urban Jonsson, Alana Officer et Eugenio Villar Montesinos.

PHOTOS COUVERTURE, HORIZONTALEMENT :

1 & 5. Pierre Virot (OMS - 218843) ; **2.** Julio Vizacarra (OMS - 348086) ; **3 & 4.** C. Gaggero (OMS - 200780)

Droits de l'homme, santé et stratégies de réduction de la pauvreté

“ Nous reconnaissons que le développement, la paix et la sécurité et les droits de l'homme sont inséparables et se renforcent mutuellement... ”

“ Nous prenons la résolution d'intégrer la promotion et la protection des droits de l'homme aux politiques nationales et de favoriser une intégration plus complète des droits de l'homme... ”

Document final du Sommet mondial de 2005
Résolution 60/1 de l'Assemblée générale



Organisation
mondiale de la Santé



Nations Unies
Droits de l'homme

HAUT-COMMISSARIAT AUX DROITS DE L'HOMME

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Droits de l'homme, santé et stratégies de réduction de la pauvreté.

(Série de publications santé et droit humains, 5)

1.Droits homme. 2.Pauvreté. 3.Délivrance soins. 4.Accessibilité service santé.
5.Coopération intersectorielle. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Nations Unies. Haut Commissariat aux droits de l'homme.

ISBN 978 92 4 256374 0

(Classification NLM: W 76)

ISSN 1726-7994

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France

Préface de Navanethem Pillay



Nous célébrons cette année deux anniversaires importants : l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme et la création de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La Déclaration universelle des

droits de l'homme proclame que l'aspiration la plus haute de l'homme est d'être libéré de la terreur et de la misère et reconnaît la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et leurs droits égaux. La Constitution de l'OMS fait quant à elle de la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Comment ne pas voir que ces deux messages, formulés il y a soixante ans, sont plus d'actualité que jamais ?

La mondialisation se traduit par une accélération généralisée des flux – d'argent, de biens, de services, de personnes et d'idées. Et pourtant, qu'il s'agisse d'espérance de vie, de richesse, d'accès à des technologies vitales, les écarts ne cessent de se creuser, à l'intérieur des pays et entre les pays. Les laissés-pour-compte, face à la pauvreté et à la maladie, victimes d'un processus de marginalisation et d'exclusion, se sentent impuissants.

Dans le domaine des droits de l'homme, deux principes doivent gouverner toutes

les initiatives prises pour améliorer la santé : l'égalité et la non-discrimination. Il importe à cet égard de ne pas se contenter de statistiques et de faire le nécessaire pour identifier les groupes vulnérables et marginalisés afin de les associer ensuite activement aux programmes et d'en faire des acteurs à part entière du changement. Dans cette perspective, l'objectif est non seulement de s'assurer que les politiques et les programmes sanitaires n'excluent personne, mais aussi de donner véritablement des moyens d'agir et des prérogatives à ceux qui en sont actuellement dépourvus.

Nous espérons que cette brochure consacrée aux droits de l'homme, à la santé et aux stratégies de réduction de la pauvreté pourra inspirer les responsables des politiques de santé et les aider à articuler l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de réduction de la pauvreté autour des droits de l'homme.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'N. Pillay'.

NAVANETHEM PILLAY
HAUT-COMMISSAIRE DES NATIONS UNIES AUX
DROITS DE L'HOMME

Avant-propos de Heidemarie Wieczorek-Zeul

Le droit de chacun de posséder le meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre est au cœur des efforts que nous déployons dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'approche consistant à placer les stratégies de réduction de la pauvreté dans la perspective des droits de l'homme présente un intérêt du point de vue fonctionnel et, ce qui est encore plus important, possède également une valeur intrinsèque découlant du fait que la plupart des États membres des Nations Unies ont ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui consacre le caractère universel du droit à la santé. L'approche fondée sur les droits de l'homme pose que, en vertu de la dignité inhérente à la condition humaine, chacun peut se prévaloir d'un certain nombre de droits, dont il incombe à l'autorité publique d'assurer le respect, la protection et la mise en œuvre.

Tous les membres de la communauté internationale ont de ce fait l'obligation, à la fois juridique et morale, d'aider les États Membres à assurer progressivement le plein exercice du droit à la santé. L'adoption, en février 2007, du premier document d'orientation du Comité d'aide au développement de l'OCDE, consacré aux droits de l'homme et au développement, a confirmé récemment

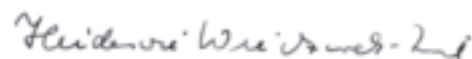
cette volonté délibérée d'accorder une place plus importante aux droits de l'homme dans la coopération pour le développement. Le document en question témoigne du fait que les donateurs bilatéraux et multilatéraux – dont l'Allemagne – sont de plus en plus nombreux à redoubler d'efforts pour promouvoir et protéger les droits de l'homme et à poser comme principe clé de la gouvernance la nécessité d'intégrer systématiquement les principes des droits de la personne dans les activités de coopération pour le développement, et cela à tous les niveaux d'intervention.

Pauvreté et maladie vont souvent de pair : les populations qui n'ont pas accès aux structures éducatives, à une nourriture satisfaisante sur le plan nutritionnel ou à l'eau potable ou qui vivent dans des logements insalubres souffrent généralement d'un mauvais état de santé, qui touche tout particulièrement les pauvres. À l'inverse, on est d'autant plus vulnérable à la pauvreté et susceptible de la transmettre à la génération suivante que l'on est en mauvaise santé. Par l'importance qu'elle attache à certains facteurs clés – inclusion, disponibilité, accessibilité, acceptabilité, faisabilité financière – une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme ne peut que renforcer l'impact des stratégies de réduction de la pauvreté sur la pauvreté.

Un recentrement des services de santé sur les priorités des pauvres est donc susceptible de donner à la lutte contre la pauvreté une impulsion décisive, de promouvoir une croissance économique favorable aux plus démunis et, en dernier ressort, de contribuer à atteindre les OMD.

Je me félicite que cette publication ait pu voir le jour grâce à la collaboration entre l'OMS, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et mon ministère, par l'intermédiaire de GTZ, agence

allemande de coopération technique. Je souhaite vivement qu'elle contribue à orienter l'action des décideurs des pays développés comme des pays en développement et à faire que tous les OMD deviennent une réalité pour tous.



HEIDEMARIE WIECZOREK-ZEUL
Ministre fédérale allemande de la Coopération
économique et du Développement

Table des matières

Introduction	01
SECTION 1	
Principes d'une approche des stratégies de réduction de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme	07
1.1 Quelles sont les caractéristiques des droits de l'homme ?	07
1.2 Quels liens y a-t-il entre les droits de l'homme et la pauvreté ?	08
1.3 Comment la santé est-elle protégée par le cadre juridique des droits de l'homme ?	11
1.4 Que sont les stratégies de réduction de la pauvreté ?	13
1.5 Mise en pratique des droits de l'homme par les politiques et les programmes de développement	14
1.6 Comment les droits de l'homme et les stratégies de réduction de la pauvreté se complètent-ils ?	16
SECTION 2	
Élaboration d'une stratégie sanitaire axée sur les besoins des pauvres et fondée sur les principes des droits de l'homme	19
2.1 Participation	19
2.2 Analyse de la santé et de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme	26
SECTION 3	
Élaboration de la stratégie et planification de sa mise en œuvre	41
3.1 Lutte contre les inégalités dans l'exercice du droit à la santé	42
3.2 Prise en compte des contraintes institutionnelles et des déficits de capacité	47
3.3 Financement de la stratégie sanitaire	54
3.4 Élaboration ou mise en œuvre d'une stratégie à long terme	61
3.5 Collaboration avec les donateurs pour la promotion des droits de l'homme dans le cadre des SRP	62
SECTION 4	
Mise en œuvre : le suivi et l'évaluation au service de la transparence et de la responsabilisation	67
4.1 Suivi assuré par les communautés et la société civile	67
4.2 Initiatives budgétaires	69
4.3 Suivi national et recueil des statistiques	71
4.4 Indicateurs	75
4.5 Objectifs	77
4.6 Responsabilisation politique, judiciaire et quasi judiciaire	79

SECTION 5

Instruments relatifs aux droits de l'homme, résolutions et déclarations internationales, documents et organisations utiles à consulter	83
5.1 L'évolution du droit à la santé et de la notion de pauvreté dans le domaine du développement.....	83
5.2 Principales références et organisations dans les domaines du droit à la santé et de la pauvreté.....	85

Liste de sigles, d'acronymes et de termes

Accord sur les ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CIPD +5	Examen quinquennal de la CIPD
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
EPIS	Évaluation de la pauvreté et de l'impact social
EPP	Évaluation participative de la pauvreté
FMI	Fonds monétaire international
HCDH	Haut-Commissariat aux droits de l'homme
Observation générale n° 14	Observation générale sur le droit à la santé (2000)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONU	Nations Unies
PAP	Plan d'action participatif
PIRDGP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIRDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
Position commune	Principaux éléments de la conception du développement fondée sur les droits de l'homme commune aux institutions des Nations Unies
SRP	Stratégie de réduction de la pauvreté
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Introduction

Les droits de l'homme jouent un rôle capital pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), soit les huit objectifs essentiels, définis dans la Déclaration du Millénaire, relatifs à la réduction de la pauvreté, des maladies et des inégalités, à l'amélioration de l'accès à l'éducation et à l'instauration d'un environnement durable. En effet, c'est en se plaçant dans la perspective des droits de l'homme que l'on peut mieux comprendre comment certains facteurs – les discriminations, les inégalités, le sentiment d'impuissance et la déresponsabilisation, entre autres – font le lit de la pauvreté et du dénuement.

Jusqu'à une époque récente, les droits de l'homme étaient associés aux conditions d'octroi des programmes d'aide et l'on s'intéressait davantage, dans ce contexte, aux droits civils et politiques. Cette tendance, conjuguée à une insuffisante compréhension des droits économiques, sociaux et culturels, a contribué à occulter les liens qui existent entre les droits de l'homme et la réduction de la pauvreté et à faire percevoir les droits de l'homme comme liés à des enjeux trop polémiques pour qu'il soit possible de les utiliser dans le cadre du développement. De fait, certains gouvernements et certaines organisations hésitent encore à traiter explicitement des questions relatives aux droits de l'homme dans leurs politiques et leurs programmes.

Aujourd'hui, les donateurs, les gouvernements et les organisations non gouvernementales sont de plus en plus nombreux à essayer d'examiner les moyens d'intégrer véritablement les droits de l'homme dans la problématique du développement. Les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme ont été utilisés dans des villages et des communautés pour responsabiliser davantage les prestataires de services et exercer un certain contrôle sur les crédits et les dépenses budgétaires. Ces normes et principes ont également servi de fondement pour les stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida ainsi que dans le domaine de la santé génésique et sexuelle. De plus en plus, on considère les droits de l'homme comme l'axe directeur qui permet d'assurer l'efficacité des mesures d'aide ainsi que la cohérence de l'action contre la pauvreté menée par les donateurs. On commence aujourd'hui à mesurer les avantages d'une telle approche, qui se concrétisent notamment par un meilleur accès des groupes défavorisés aux services et par une amélioration de la situation sanitaire.

La présente brochure tire les leçons des expériences et des recherches menées récemment dans ce domaine. Son but est de soutenir les efforts déployés pour atteindre les OMD en aidant les décideurs à intégrer les droits de l'homme dans l'élaboration et la mise en œuvre du volet sanitaire des

stratégies nationales de réduction de la pauvreté (SRP). Elle montre comment on peut s'inspirer des normes et des principes relatifs aux droits de l'homme pour :

- analyser les inégalités et les phénomènes de discrimination dans le domaine de l'accès à la santé et tenter d'y remédier ;
- favoriser la mise en œuvre des SRP, en plaçant du point de vue de la demande, en promouvant la participation, la responsabilisation et l'utilisation des mécanismes de recours ;
- examiner les liens entre la santé et d'autres domaines, y compris les politiques macroéconomiques et des secteurs connexes comme l'eau et l'assainissement ;
- définir et faire appliquer concrètement un certain nombre de droits en matière de dispensation de services de santé ;
- établir et contrôler les budgets de la santé ;
- préciser le rôle réglementaire des pouvoirs publics et des ministères de la santé et renforcer la cohérence des politiques sanitaires ;
- promouvoir une responsabilisation mutuelle et un souci de cohérence entre les donateurs et les pouvoirs publics.

La mise en œuvre concrète et opérationnelle des droits de l'homme va rarement de soi, compte tenu notamment des difficultés financières et politiques que rencontrent tous les pays. Cette brochure présente des exemples d'initiatives réussies prises par les pouvoirs centraux, les autorités régio-

nales ou des acteurs non gouvernementaux pour mettre les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme au service de la lutte contre la pauvreté. L'objectif est de proposer quelques orientations concrètes sur la manière de réunir dans le volet sanitaire des SRP ces trois ingrédients que sont les droits de l'homme, des pratiques rationnelles en matière de développement et les politiques de santé publique et d'examiner certaines des difficultés qu'une telle démarche peut poser. Le présent document s'adresse principalement aux décideurs et aux planificateurs des ministères de la santé et d'autres ministères ayant à traiter de questions relatives à la santé. Nous espérons qu'il pourra également se révéler utile à toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé et des SRP, notamment dans des organisations multilatérales, des organisations de donateurs ou des organisations non gouvernementales.

La brochure est structurée de manière à suivre fidèlement la mise au point d'une SRP – analyse initiale, élaboration du dispositif, mise en œuvre – dans le cadre d'une approche conforme à celle recommandée par la Banque mondiale dans son guide de référence sur les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)¹. Les orientations proposées seront peut-être de quelque utilité pour les concepteurs des politiques sanitaires destinées à répondre aux besoins des plus démunis. L'ambition de ce document est non de fournir un modèle, mais de proposer des indications générales sur la manière d'appliquer au domaine

¹ J. Klugman, réd. *A sourcebook for poverty reduction strategies*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2002. www.worldbank.org

de la santé une approche fondée sur les droits de l'homme, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Ces indications pourront être adaptées en fonction de la spécificité des contextes nationaux. Chaque section propose un certain nombre de conseils sur les moyens de renforcer les mécanismes de participation, d'inclusion et de responsabilisation et de permettre ainsi aux exclus et aux marginalisés de faire valoir leur droit à la santé.

On trouvera dans la **section 1** une *introduction* aux normes et principes relatifs aux droits de l'homme, ainsi qu'une réflexion sur la manière dont ils s'appliquent aux questions relatives à la santé et à la pauvreté. Après une présentation des caractéristiques des droits de l'homme, elle passe en revue les principes qui les sous-tendent – indivisibilité, égalité, non-discrimination, participation, responsabilisation – pour examiner enfin l'importance que revêtent ces principes pour la lutte contre la pauvreté.

Cette section se propose de montrer comment la santé est protégée par les normes relatives aux droits de l'homme et d'examiner la signification du droit à la santé tel que défini dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). On y examine également comment le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (organe chargé de contrôler l'application du Pacte) a précisé le contenu et la portée du droit à la santé dans une observation générale formulée en 2000².

Ce dernier document (ci-après dénommé « l'observation générale n° 14 ») pose que le droit à la santé ne désigne pas seulement la possibilité d'accéder en temps voulu à des soins de santé appropriés mais englobe également les déterminants de la santé – une eau salubre et potable, un assainissement adéquat, une nourriture saine disponible en quantité suffisante, une nutrition équilibrée, un logement convenable, un milieu de travail et de vie salubre, une éducation en matière de santé et d'hygiène, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Il importe que tous ces éléments, ainsi que les divers établissements, biens et services correspondants, soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

La section 1 examine également les approches du développement fondées sur les droits de l'homme. Ces approches ont toutes en commun d'utiliser les principes relatifs aux droits de l'homme comme point d'ancrage des analyses et des interventions (toutes axées sur la participation, l'inclusion et la responsabilisation) et de se fixer comme objectif l'application des normes relatives aux droits de l'homme. Cette section se termine par un examen de la valeur ajoutée que représente le recours à une approche fondée sur les droits de l'homme pour l'élaboration d'une SRP.

On trouvera dans la **section 2** quelques suggestions concernant la manière d'utiliser les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme pour l'*élaboration* du volet

² Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). Genève, Nation Unies, 2000 (E/C.12/2000/4), www.ohchr.org

sanitaire d'une SRP. Cette section souligne l'importance de la participation – tant pour sa valeur intrinsèque que pour son utilité opérationnelle – et propose une méthode visant à permettre aux pauvres et aux exclus de participer effectivement et activement à toutes les étapes de la SRP. Elle souligne également l'importance de l'accès à l'information et de la transparence pour une participation authentique.

La seconde partie de la section 2 examine comment il est possible de mettre une approche fondée sur les droits de l'homme au service d'une analyse des problématiques relatives à la santé et à la pauvreté. Trois démarches sont proposées à cet effet. La première consiste à utiliser divers critères – disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité – pour examiner les obstacles qui empêchent les groupes marginalisés et exclus d'accéder aux soins de santé et aux déterminants de la santé.

La deuxième démarche consiste à utiliser les normes nationales et internationales pour déterminer quels sont, en matière de dispensation de soins de santé et de déterminants de la santé, les détenteurs de devoirs. Il apparaît que le responsable au premier chef est l'État, qui, en vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, est assujéti à cet égard à un certain nombre d'obligations, mais d'autres détenteurs de devoirs, notamment les acteurs privés et les donateurs internationaux, ont également une responsabilité à assumer. Dans le cadre d'une SRP, les titulaires de droits sont les personnes qui ont le plus de

difficultés à accéder aux soins de santé.

La troisième étape consiste en une évaluation des cadres institutionnels et des déficits de capacités, deux facteurs qui jouent un rôle déterminant dans les relations entre les titulaires de droits et les détenteurs de devoirs. L'évaluation des institutions doit comporter une analyse des mécanismes de participation et de responsabilisation, un examen des législations et des politiques sanitaires, ainsi qu'une évaluation des contraintes financières. S'agissant des déficits de capacités, l'examen doit porter principalement sur les connaissances, les compétences et les informations indispensables aux titulaires de droits comme aux détenteurs de devoirs pour garantir le plein exercice du droit à la santé.

La **section 3** porte sur l'élaboration *du contenu* de la SRP en tant que telle, sur la base des résultats de l'analyse de la santé et de la pauvreté menée dans le cadre de l'approche fondée sur les droits. On utilisera les résultats de cette analyse, les consultations organisées dans le cadre des SRP ainsi que diverses données cliniques et géographiques pour identifier les services de santé essentiels et les déterminants de la santé. Un aspect essentiel de l'approche fondée sur les droits de l'homme réside dans la détermination d'un ensemble de droits à prestations, autrement dit la détermination d'un niveau minimum de dispensation de services, dont les usagers pourront se prévaloir pour demander des comptes aux décideurs publics à propos du

fonctionnement des services. L'analyse portant sur les divers aspects des services de santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité) aidera à définir cet ensemble de droits. La section 3 propose ensuite un passage en revue des difficultés que pose le ciblage des populations exclues et marginalisées et rappelle à cet égard à quel point il est important, pour tout ce qui concerne les déterminants de la santé, d'établir des partenariats avec les nombreuses organisations qui auront pu être recensées lors de l'identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs.

Il est proposé de constituer une équipe de travail qui sera chargée d'examiner les questions relatives à la participation, à la responsabilisation et aux besoins des titulaires de droits en matière d'information, besoins qui auront été mis en évidence lors de l'examen des cadres institutionnels. Cette équipe de travail veillera également à assurer une intégration efficace des mécanismes de participation et de responsabilisation locaux, nationaux et internationaux. Des initiatives devront être prises dans divers domaines – amélioration des compétences, formation, participation aux processus de décision – pour renforcer les capacités tant des prestataires que des demandeurs de services. Il est recommandé de réformer les législations et politiques présentant un caractère discriminatoire et d'élaborer de nouvelles lois destinées à protéger les individus contre toute initiative – qu'elle soit le fait d'acteurs privés ou d'autres organisations – susceptible de

mettre leur santé en danger.

La section 3 examine également les questions du financement des stratégies du secteur de la santé, en rappelant l'importance des principes relatifs aux droits de l'homme que sont la transparence, l'obligation de rendre des comptes, la non-discrimination et la participation aux décisions concernant les politiques macroéconomiques. Cette section recense les principaux éléments des politiques macroéconomiques susceptibles d'exercer un impact sur le secteur de la santé et propose d'établir le budget du secteur de la santé en s'appuyant sur un ensemble d'objectifs stratégiques concertés et de normes minimales en matière de prestation de services ainsi que sur les principes des droits de l'homme. Rappelant qu'il est important de tenir compte des dépenses supplémentaires qu'il y a lieu d'engager pour atteindre les populations mal desservies, cette section examine certains des problèmes que posent l'affectation et la redistribution des ressources en fonction des priorités convenues.

La section 3 examine enfin comment les principes des droits de l'homme peuvent servir à orienter les relations entre les pouvoirs publics et les donateurs dans un sens favorable à la stratégie sanitaire.

La **section 4** traite de la *mise en œuvre* de la SRP. Elle examine les dispositions prises par la société civile pour assurer le suivi des SRP, notamment le contrôle des services et les analyses budgétaires effectués à l'échelon local. Après un examen des

difficultés que posent la mise en place d'un système national de contrôle et la production de données désagrégées, elle propose un ensemble d'indicateurs et de cibles susceptibles d'aider à apprécier l'évolution de la situation sanitaire, au niveau tant des moyens mis en œuvre que des résultats obtenus. La section se termine par une étude du rôle des institutions politiques, judiciaires et quasi judiciaires, garantes de la mise en œuvre des responsabilités incombant aux pouvoirs publics dans le domaine des droits de l'homme.

La **section 5** propose au lecteur désireux de s'informer davantage une *liste d'articles et d'instruments de référence* relatifs aux droits de l'homme, un ensemble de textes et de documents présentant un intérêt particulier pour les questions relatives à la santé, aux droits de l'homme et à la réduction de la pauvreté, ainsi qu'une liste des organisations actives dans ce domaine.

SECTION 1

Principes d'une approche des stratégies de réduction de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme

Cette section présente les principes des droits de l'homme, examine les liens entre ces derniers et la réduction de la pauvreté et montre de quelle manière le cadre juridique des droits de l'homme assure la protection de la santé. Elle définit les grandes lignes d'une approche fondée sur les droits de l'homme et examine l'intérêt que présente ce type d'approche pour la formulation du volet sanitaire d'une SRP, le but étant de faire en sorte que cette dernière assure globalement la promotion et la protection du droit à la santé.

1.1 Quelles sont les caractéristiques des droits de l'homme ?

Les droits de l'homme sont un ensemble de normes ayant fait l'objet d'un accord au niveau international et s'appliquant à tous les êtres humains. Ils regroupent l'ensemble des droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux définis dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Les principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme – le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDESC) de 1966 et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC) de 1966 – définissent de manière encore plus précise les droits définis dans la Déclaration universelle et contiennent des dispositions

LES DROITS DE L'HOMME :

- sont universels, acquis à la naissance par tous les êtres humains ;
- ont pour finalité de protéger la dignité intrinsèque de tout être humain et de garantir l'égalité entre tous ;
- sont inaliénables (on ne peut ni y déroger, ni les supprimer) ;
- sont interdépendants et étroitement corrélés (chaque droit est en effet intimement lié à d'autres droits et son exercice est généralement étroitement tributaire de celui des autres droits) ;
- s'articulent en un ensemble de prérogatives dont peuvent se prévaloir les individus (et les groupes) et d'où découlent (en particulier pour les États) une série d'obligations (obligations de faire ou de ne pas faire) ;
- bénéficient de la garantie internationale et de la protection des lois³.

³ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme*. New York et Genève, Nations Unies, 2006 (HR/PUB/06/8), www.ohchr.org

juridiquement contraignantes pour les États parties.

Sur la base et dans le prolongement de ces textes fondamentaux, d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme ont axé leurs dispositions sur certains groupes et catégories de population, comme les minorités raciales⁴, les femmes⁵, les enfants⁶, les migrants⁷, les personnes handicapées⁸ ou sur des questions spécifiques comme les disparitions forcées⁹ ou la torture¹⁰.

Tous les États membres des Nations Unies ont ratifié au moins un des neuf principaux traités relatifs aux droits de l'homme et 80 % en ont ratifié quatre ou davantage. La ratification d'un traité contraint juridiquement les États intéressés à respecter, à protéger et à mettre en œuvre les droits qu'ils ont reconnus.

Le droit relatif aux droits de l'homme tient compte des graves difficultés auxquelles doivent faire face les pays pauvres et admet de ce fait que ces derniers ne puissent pas, à court terme, garantir à la population la jouissance de l'ensemble des droits économiques, sociaux et culturels. Les gouvernements de ces pays sont toutefois tenus d'établir un plan à long terme destiné à assurer une *mise en œuvre progressive* des droits de l'homme. Ils doivent également prendre rapidement des mesures concrètes, notamment d'ordre financier, et, dans les limites des ressources disponibles, orienter résolument leur politique dans le sens de la pleine et entière jouissance de l'ensemble des droits de l'homme. Ainsi,

lorsqu'une importante partie de la population n'est pas en mesure de jouir des droits de l'homme, l'État intéressé doit apporter la preuve qu'il consacre la totalité des ressources dont il dispose – ressources qui peuvent, si nécessaire, être fournies dans le cadre de l'aide internationale – à la mise en œuvre de ces droits.

1.2 Quels liens y a-t-il entre les droits de l'homme et la pauvreté ?

La pauvreté a longtemps été définie en termes économiques, dans le cadre d'une approche qui privilégiait l'individu ou les ménages et prenait comme critère la capacité financière (pauvreté relative ou absolue). On s'accorde aujourd'hui à reconnaître que la pauvreté comporte de multiples dimensions et qu'elle ne se résume pas au simple manque de biens matériels. En 2001, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a défini la pauvreté comme :

« une situation où l'être humain est privé, de manière durable ou chronique, des ressources, des capacités, des choix, de la sécurité et du pouvoir nécessaires pour jouir d'un niveau de vie suffisant et d'autres droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux »¹¹.

Les *normes* relatives aux droits de l'homme définissent les divers objectifs de

⁴ Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. www.ohchr.org

⁵ Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. www.ohchr.org

⁶ Convention relative aux droits de l'enfant. www.ohchr.org

⁷ Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. www.ohchr.org

⁸ Convention relative aux droits des personnes handicapées. www.ohchr.org

⁹ Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées. www.ohchr.org

¹⁰ Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. www.ohchr.org

¹¹ Conseil économique et social des Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels. *Substantive Issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights. Poverty and the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights*. Genève, Nations Unies, 2001 (E/C.12/2001/10). www.ohchr.org

Obligations incombant aux États

Les États sont assujettis à trois obligations. Ils sont tenus de :
respecter les droits, c'est-à-dire ne pas faire obstacle à la jouissance de ces droits ;
protéger les droits, c'est-à-dire prendre des mesures pour que des tiers (des acteurs non étatiques) ne puissent pas faire obstacle à la jouissance de ces droits ;
mettre en œuvre les droits, c'est-à-dire prendre des mesures concrètes destinées à permettre l'exercice effectif de ces droits.

développement à atteindre pour éliminer la pauvreté, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et de tout ce qui concerne la protection contre la violence, le droit de participer activement à la vie politique et le droit de vivre dans le respect et la dignité. Les *principes* des droits de l'homme sous-tendent l'ensemble des droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux et constituent le fondement des interventions destinées à assurer l'exercice des droits de l'homme et l'élimination de la pauvreté. Certains principes – notamment ceux relatifs à la participation et à la non-discrimination – étant également des normes, il conviendrait de les intégrer à la fois dans les activités et dans les objectifs de développement. Ces principes sont les suivants¹² :

Indivisibilité. Ce concept met en lumière le fait que tous les droits – civils, culturels, économiques, politiques et sociaux – sont nécessaires à la dignité de la personne humaine et qu'ils sont tous indissociables. Il découle également de ce principe que la lutte contre la pauvreté doit être intersectorielle et se mener sur les fronts économique, social et politique.

Égalité et non-discrimination. Les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme posent que tous les individus sont égaux et reconnaissent à chaque être humain la faculté de jouir des droits fondamentaux sans distinction fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, l'origine ethnique, l'âge, la

langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, l'incapacité, la situation matérielle, la naissance, le handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris le VIH/sida), l'orientation sexuelle ou toute autre condition telle que l'envisage le droit international. De fait, les inégalités et la discrimination contribuent à ralentir la croissance économique, créent des dysfonctionnements dans les institutions publiques et entament les capacités nécessaires pour lutter contre la pauvreté¹³.

Le droit et la doctrine relatifs aux droits de l'homme reconnaissent l'importance de l'égalité, tant formelle (égalité de principe) que réelle (égalité de fait). Le principe de l'égalité formelle interdit l'établissement de distinctions ou de discriminations au regard de la loi ou des politiques, celui de l'égalité réelle pose que les lois et les politiques sont discriminatoires si elles défavorisent particulièrement telle ou telle catégorie de la population. C'est ce même principe qui fait obligation aux pouvoirs publics de garantir une égalité de résultats¹⁴. Pour assurer le respect du principe d'égalité et de non-discrimination, il faut que les SRP luttent contre la discrimination à plusieurs niveaux – législations, politiques, répartition des ressources, fourniture des services.

Participation et inclusion. En vertu de ce principe, tous les individus et tous les peuples ont le droit de participer librement et activement au développement civil, économique, social, culturel et politique, dans

¹² Adapté de *Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme*. *Op. cit.* (voir note 3).

¹³ Banque mondiale. *World development report 2006: equity and development*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2005. econ.worldbank.org/wdr

¹⁴ D. Elson. *Budgeting for women's rights: monitoring government budgets for compliance with CEDAW*. New York, Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, 2006. www.unifem.org

des conditions permettant l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales et ont également le droit de bénéficier de ce développement. Cela signifie que les pauvres peuvent participer de plein droit aux décisions concernant l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des actions menées contre la pauvreté. Il faut pour cela qu'ils puissent accéder aux informations nécessaires et que les processus décisionnels soient transparents. Il découle aussi de ce principe que les bienfaits des politiques et des programmes doivent être partagés par tous.

Responsabilisation, transparence et primauté du droit. L'obligation, pour les acteurs considérés, de rendre des comptes permet de déterminer ce qui fonctionne et mérite d'être repris et ce qui ne fonctionne pas et peut être amélioré¹⁵.

La responsabilisation joue en ce sens un rôle capital en donnant aux pauvres les moyens de remettre en cause le statu quo, remise en cause sans laquelle l'effort de réduction de la pauvreté a peu de chances de succès. On s'accorde aujourd'hui à reconnaître que ni les pouvoirs publics ni les acteurs du secteur privé ne sont suffisamment responsabilisés pour promouvoir une dispensation de services efficace et équitable¹⁶.

La responsabilisation repose sur deux éléments : *l'obligation, pour les responsables, de rendre compte de leur action ; la capacité, pour les intéressés, de saisir des voies de recours.* En vertu du premier, les

pouvoirs publics et autres décideurs sont tenus d'agir dans la transparence et de justifier leurs choix. Le second suppose l'existence d'institutions habilitées à recevoir des plaintes lorsqu'il est avéré que des individus ou des organisations manquent à leurs obligations. Il existe toute une gamme de mécanismes de responsabilisation. On peut, par exemple, recourir à des procédures judiciaires pour promouvoir l'exercice des droits de l'homme. Le droit relatif aux droits de l'homme dispose que les États et autres détenteurs de devoirs sont comptables du respect de ces droits. Lorsqu'ils ne se conforment pas aux normes et règles consacrées par les instruments relatifs aux droits de l'homme, les titulaires de droits peuvent alors engager les procédures nécessaires auprès du tribunal compétent ou de toute autre instance, conformément aux règles et procédures prévues à cet égard par la loi.

Certains mécanismes de responsabilisation sont spécifiques aux droits de l'homme, comme les enquêtes effectuées par des institutions nationales et la saisie des organes de supervision des traités relatifs aux droits de l'homme au sein des Nations Unies ; d'autres sont plus généraux, comme les dispositifs administratifs destinés à permettre un contrôle de la dispensation de services, la tenue d'élections libres et régulières, la liberté de la presse, les commissions parlementaires et la surveillance exercée par la société civile¹⁷.

Le principe de la responsabilisation nécessite également que l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des SRP

¹⁵ P. Hunt. *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.* New York, Assemblée Générale des Nations Unies, 17 janvier 2007 (A/HRC/4/28). www.ohchr.org

¹⁶ V. Gauri. *Social rights and economics claims to health care and education in developing countries.* Washington D.C., Banque mondiale, mars 2003 (World Bank Policy Research Working Paper 3006). www.worldbank.org

¹⁷ P. Hunt. 17 janvier 2007. *Op. cit.* (voir note 15).

s'accomplissent dans la transparence et que les décideurs puissent justifier leurs stratégies et leurs choix. Il importe à cet effet de rattacher plus étroitement les SRP aux institutions et aux mécanismes permettant aux exclus de demander des comptes aux décideurs.

1.3 Comment la santé est-elle protégée par le cadre juridique des droits de l'homme ?

La définition la plus autorisée du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint – soit ce que l'on désigne généra-

lement comme le « droit à la santé » – est énoncée à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels¹⁹.

Afin de préciser et mettre en œuvre les dispositions dudit article 12, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a adopté l'observation générale n° 14, laquelle reconnaît l'importance des déterminants de la santé à l'appui du droit à la santé en déclarant que l'exercice du droit à la santé est étroitement lié à celui de nombreux autres droits de l'homme qu'il contribue également à promouvoir – droits à l'alimentation, à un niveau de vie satisfaisant, au respect de la vie privée et à l'information.

L'observation générale n° 14 précise par ailleurs que le droit à la santé comprend à la fois des libertés et des droits. Parmi les premières figurent notamment le droit de

LE DROIT À LA SANTÉ

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

- a)** la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
- b)** l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
- c)** la prévention et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- d)** la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie¹⁸.

LES DROITS GÉNÉSQUES

Les droits génésiques sont fondés sur la reconnaissance du droit fondamental pour tous les couples et individus de décider librement et de façon autonome du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement et du moment des naissances et de disposer de l'information et des moyens pour ce faire, et du droit de posséder le meilleur état de santé sexuelle et génésique qu'ils sont capables d'atteindre. Est également inclus le droit pour chacun de prendre des décisions pour une procréation exempte de discrimination, de contrainte et de violence²⁰.

¹⁸ & ¹⁹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) (art. 12). www.ohchr.org
²⁰ www.who.int/reproductive-health/gender/index.html

ne pas être soumis à un traitement médical sans son consentement, à la torture ou à des peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit de disposer librement de son corps, notamment en matière de sexualité et de reproduction. Les seconds comprennent le droit à un système de protection de la santé, le droit à la prévention et au traitement des maladies, le droit à un environnement naturel et professionnel salubre et le droit d'accéder aux établissements, biens et services de santé. Un autre aspect important est la participation de la population aux décisions relatives à la santé, aux niveaux national et communautaire.

TRAITÉS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME RECONNAISSANT LE DROIT À LA SANTÉ (voir section 5.2)

- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965) : article 5 (e) iv ;
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) : article 12 ;
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) : articles 11 (1)f, 12 et 14 (2) b ;
- Convention internationale des droits de l'enfant (1989) : article 24 ;
- Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles (1990) : articles 28, 43 (e) et 45 ;
- Convention sur les droits des personnes handicapées : article 25.

La non-discrimination et l'égalité sont des composantes fondamentales du droit à la santé. Les États sont à cet égard tenus d'interdire la discrimination et d'assurer un accès universel aux soins de santé et aux déterminants de la santé. Ils doivent reconnaître la spécificité des besoins de certaines catégories de la population, comme les femmes, les enfants et les personnes handicapées (groupes présentant généralement des profils sanitaires particuliers, notamment des taux de mortalité plus élevés ou une vulnérabilité accrue à certaines maladies), et prendre les mesures qui s'imposent pour faire droit à cette spécificité²¹.

L'observation générale n° 14 définit quant à elle quatre critères permettant d'évaluer les conditions d'exercice du droit à la santé :

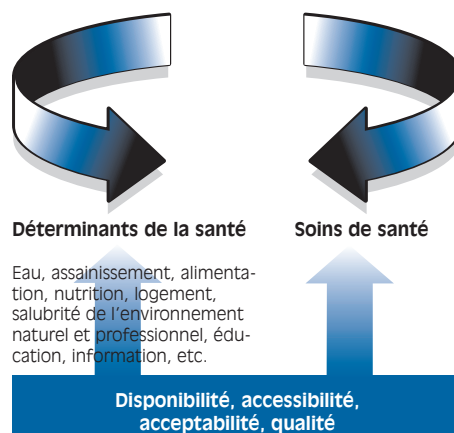
Disponibilité. Il doit exister, dans le domaine de la santé publique et des soins de santé, une quantité suffisante d'établissements, de biens, de services et de programmes de santé.

Accessibilité. Les installations, établissements, biens et services de santé doivent être accessibles, sans la moindre discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. La notion d'accessibilité comporte quatre dimensions étroitement liées :

1. la non-discrimination ;
2. l'accessibilité physique ;
3. l'accessibilité économique (les coûts ne doivent pas excéder les moyens disponibles) ;
4. L'accès à l'information.

²¹ Organisation mondiale de la Santé / Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Fiche d'information n° 31 sur le droit à la santé. www.ohchr.org

Le droit à la santé



Acceptabilité. Tous les établissements, biens et services de santé doivent respecter l'éthique médicale et les différences culturelles, tenir dûment compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes aux différents âges de la vie, respecter la confidentialité et viser à améliorer l'état de santé des intéressés.

Qualité. Les installations, établissements, biens et services de santé doivent être appropriés d'un point de vue scientifique et médical et être de bonne qualité.

1.4 Que sont les stratégies de réduction de la pauvreté ?

Une SRP est un cadre transsectoriel national de développement, élaboré et mis en œuvre par les pouvoirs publics, destiné essentiellement à agir sur les causes et les

conséquences de la pauvreté dans un pays considéré. Même dans les pays à revenu élevé, certaines catégories de la population sont pauvres, raison pour laquelle les SRP y sont aussi nécessaires que dans les pays pauvres. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, l'adoption d'une SRP était initialement l'une des conditions auxquelles la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) subordonnaient l'octroi de leurs prêts à taux préférentiel. Les gouvernements de ces pays établissent un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) qui définit les politiques et les plans nationaux en matière macroéconomique et sociale. Les DSRP sont aujourd'hui considérés comme le principal mécanisme utilisé par de nombreux donateurs bilatéraux et multilatéraux pour mettre en œuvre leurs programmes de coopération au développement, ainsi que comme le cadre opérationnel national le plus propice pour atteindre les OMD. En mars 2005, 44 pays avaient mis au point des DSRP complets et détaillés. Plusieurs d'entre eux sont actuellement en train de revoir leur stratégie initiale.

Un consensus s'est établi parmi les grandes institutions du développement, notamment la Banque mondiale, sur les principes clés qui doivent régir les DSRP. Ces derniers doivent :

- être axés sur les résultats et proposer, en matière de la lutte contre la pauvreté, des objectifs concrets susceptibles de faire l'objet d'un suivi ;

²² Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle. Paris, Forum à haut niveau, 28 février - 2 mars 2005.

www.oecd.org

²³ The human rights-based approach to development cooperation: towards a common understanding among UN agencies. In : *Interagency workshop on a human rights-based approach in the context of UN reform, Stamford, CT, 3-5 May 2003*. New York, Nations Unies. www.undp.org

²⁴ *Legal opinion on human rights and the work of the World Bank*, 27 janvier 2006. www.ifwatchnet.org

- présenter un caractère **global**, c'est-à-dire intégrer une multiplicité de facteurs – macroéconomiques, structurels, sectoriels et sociaux ;

- être **pilotés par les pays** et traduire le consensus qui a pu se dégager sur les mesures à prendre ;

- reposer sur la **participation** : il importe que toutes les parties prenantes puissent participer à leur élaboration et à leur mise en œuvre ;

- s'appuyer sur des **partenariats** entre les pouvoirs publics et les autres acteurs ;

- s'inscrire dans la **durée**, mettre l'accent sur la réforme des institutions, le renforcement des capacités et viser des objectifs à long terme²².

1.5 Mise en pratique des droits de

L'homme par les politiques et les programmes de développement

Si personne ne conteste aujourd'hui la valeur des droits de l'homme en tant qu'ensemble de normes directrices, les praticiens du développement s'attachent aujourd'hui à examiner comment il serait possible de les utiliser pour affiner les analyses de la pauvreté et accroître l'efficacité des activités de développement.

Pour de nombreuses organisations de la société civile, les droits de l'homme permettent d'orienter les initiatives menées dans de multiples domaines en vue de promouvoir l'accès à l'autonomie – formation aux droits de l'homme, activités de mobilisation et de sensibilisation, contrôle de l'action publique exercé par les pauvres et les marginalisés et en leur nom.

Plusieurs donateurs et organismes multilatéraux ont adopté des approches qui font des droits de l'homme le cadre de référence tant pour la planification des activités de développement que pour la mise en œuvre des programmes correspondants. Les possibilités d'application se sont encore élargies avec la publication par la Banque mondiale, en 2006, d'un avis juridique²⁴ lui assignant le rôle important d'aider les gouvernements à s'acquitter des obligations qui leur incombent au titre des droits de l'homme, notamment en matière de développement et de réduction de la pauvreté. Le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a également publié des directives concernant l'intégration des

L'APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME DANS LE DOMAINE DE LA COOPÉRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT : vers une position commune des institutions des Nations Unies

- **OBJECTIF** : tous les programmes mis en œuvre dans le cadre de la coopération pour le développement, toutes les politiques et toutes les activités d'assistance technique doivent promouvoir la mise en œuvre des droits de l'homme, tels qu'ils sont énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

- **DÉMARCHE** : les normes relatives aux droits de l'homme contenues dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et autres instruments internationaux relatifs

aux droits de l'homme, ainsi que les principes qui découlent de la Déclaration et de ces instruments, doivent inspirer toutes les activités et tous les programmes de coopération pour le développement, cela dans tous les secteurs et à toutes les étapes.

- **RÉSULTAT** : les programmes de coopération pour le développement doivent viser à permettre aux détenteurs de devoirs de mieux s'acquitter de leurs obligations et aux titulaires de droits d'être mieux en mesure de faire valoir leurs droits²³.



Pierre Vitot (OMS-2/21/24)

droits de l'homme dans les questions relatives au développement. Ce document comprend des recommandations relatives à l'intégration des principes et des analyses des droits de l'homme pour la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide²⁵. Les directives du CAD précisent que le cadre des droits de l'homme peut faciliter l'application de certains principes dans les programmes d'aide – appropriation par les pays, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats et responsabilisation mutuelle.

Il n'existe pas de recette universelle pour intégrer les droits de l'homme dans les activités de développement ; cependant, les approches fondées sur les droits ont généralement pour objectif la mise

en œuvre de ces derniers et appliquent à leurs politiques et à leurs programmes les principes relatifs aux droits de l'homme. En 2003, les institutions des Nations Unies ont défini d'un commun accord les principaux éléments d'une approche du développement fondée sur les droits de l'homme, destinée à encadrer les politiques et les pratiques des Nations Unies²⁶.

La présente brochure s'inspire de l'approche définie dans la position commune pour examiner de quelle manière les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme peuvent améliorer la conception et la mise en œuvre du volet sanitaire des SRP. Elle reprend les définitions du droit à la santé énoncées dans le PIRDESC et l'observation générale n° 14 pour élaborer une approche transsectorielle de la santé et reprend les critères – disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité – définis dans ce dernier document pour l'analyse, l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie sanitaire. Elle propose un ensemble de mesures et d'interventions reposant sur les principes des droits de l'homme – indivisibilité, égalité, non-discrimination, participation, inclusion, obligation de rendre des comptes, transparence et primauté du droit. Les interventions doivent viser à remédier aux contraintes institutionnelles et aux déficits de capacités qui empêchent les titulaires de droits de faire valoir leurs prérogatives et les détenteurs de devoirs de s'acquitter de leurs obligations.

1.6 Comment les droits de l'homme et

²⁵ Comité d'aide au développement. *Document d'orientation sur l'action à mener dans le domaine des droits de l'homme et du développement*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 23 février 2006. www.oecd.org

²⁶ Voir note 23.

les stratégies de réduction de la pauvreté se complètent-ils ?

Il existe de nombreuses *similitudes* entre l'approche de la réduction de la pauvreté fondée sur les droits et les principes clés des SRP. Dans les deux cas, des stratégies et des approches communes mettent l'accent sur la participation, le suivi, la responsabilisation, la planification à long terme et la prise en compte du caractère multidimensionnel de la pauvreté. Une approche fondée sur les droits de l'homme peut contribuer à renforcer ces éléments dans les SRP.

Une étude des DSRP déjà menés à leur terme montre qu'ils n'ont généralement pas accordé suffisamment d'importance aux problèmes d'inégalité d'accès aux soins de santé. L'examen des DSRP effectué par l'OMS a mis en évidence plusieurs traits : l'absence d'analyse rigoureuse des liens entre la pauvreté et la santé, une attention insuffisante au problème de la non-discrimination, l'absence d'indicateurs d'inégalités dans le secteur de la santé, ainsi qu'une participation insuffisante du ministère de la santé aux activités liées aux SRP²⁷.

La présente brochure se propose d'utiliser une approche fondée sur les droits de l'homme pour remédier à ces lacunes et améliorer la formulation du volet sanitaire des DSRP en recensant les méthodes et les interventions susceptibles de favoriser :

- une approche cohérente et intersectorielle de la santé et un renforcement des capacités de contrôle du ministère de la

santé ;

- la participation des groupes exclus et marginalisés aux décisions appelées à avoir un retentissement sur leur santé ;
- la définition des droits aux services de santé et du niveau minimal de prestations dont les particuliers pourront se prévaloir pour demander aux décideurs publics et aux prestataires de rendre compte de leur action ;
- un accès universel, sans la moindre discrimination, aux prestations minimales qui auront été définies ;
- un établissement du budget de la santé qui tienne dûment compte des priorités sanitaires et des prestations minimales convenues ;
- des mécanismes de responsabilisation qui permettent à l'utilisateur d'exercer un contrôle sur les services qui lui sont fournis et de pouvoir déposer une plainte lorsque les normes convenues ne sont pas respectées ;
- des relations cohérentes, fondées sur des responsabilités réciproques, entre les donateurs et les pouvoirs publics.

Les divers facteurs – l'impuissance des démunis, les comportements discriminatoires, les inégalités et les manquements à ses responsabilités – qui contribuent à entretenir la pauvreté sont souvent liés à des enjeux politiques et sont profondément enracinés. Il est de ce fait malaisé de trouver des parades efficaces. Les décideurs et les planificateurs sont cependant tenus

²⁷ PRSPs: Their Significance for Health: second synthesis report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1). <http://www.who.int>

de relever le défi, car c'est la seule voie possible pour améliorer la situation dans le secteur de la santé. La section suivante présente quelques études de cas et propose des orientations susceptibles d'aider les responsables de la santé à apporter une solution à ces problèmes dans leur pays. Les synthèses des expériences menées dans ce domaine et des enseignements qui ont pu en être tirés ont inévitablement tendance à passer sous silence les problèmes et les obstacles auxquels se heurtent tous ceux, particuliers ou organisations, qui ont à cœur de faire évoluer les choses. Les décideurs et les planificateurs devront mobiliser toute leur détermination, leur art de la persuasion et leur inventivité pour surmonter les conflits d'intérêts qui divisent aussi bien leurs propres institutions que les communautés dans lesquelles ils poursuivent leur action. Les défenseurs du changement, à tous les niveaux du ministère de la santé, doivent collaborer et engager des relations avec de nombreuses autres organisations, qu'elles soient locales, non gouvernementales ou privées. La mise en œuvre du droit à la santé pour tous nécessite un fondement solide : la meilleure manière d'établir ce fondement consiste à appliquer les principes des droits de l'homme – participation, inclusion, responsabilisation, transparence – à l'ensemble de ces partenariats et à toutes les modalités de collaboration qui peuvent s'établir dans les ministères de la santé et à l'extérieur.

SECTION 2

Élaboration d'une stratégie sanitaire axée sur les besoins des pauvres et fondée sur les principes des droits de l'homme

Cette section propose quelques orientations sur la manière d'utiliser les droits de l'homme pour la mise au point du volet sanitaire d'une SRP.

Chaque pays doit faire face à des problèmes sanitaires spécifiques et possède sa propre stratégie pour essayer de les résoudre. Une analyse de la santé et de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme permet une appréhension intersectorielle et contextuelle des causes de la maladie. Elle commence par poser un certain nombre de questions : *Qui* sont les personnes privées de droit à la santé ? *Pourquoi* sont-elles privées de la jouissance de ce droit ? *Que peut-on faire* pour améliorer leur situation et prévenir d'autres souffrances ? Les réponses à ces questions reposent sur cet élément fondamental qu'est la participation : il est capital que les individus puissent influencer sur les décisions qui concernent intimement leur vie quotidienne.

La première partie de cette section traite de la participation, considérée comme le principe essentiel qui doit sous-tendre toutes les étapes des SRP – du recueil de l'information sur la pauvreté, les inégalités, les situations d'impuissance et la situa-

tion sanitaire au lancement du processus visant à associer une pluralité d'individus et d'organisations aux décisions relatives à la politique de santé. La seconde partie de la section est consacrée aux moyens d'établir une base d'informations aussi complète que possible sur les pratiques discriminatoires qui sont à l'origine des inégalités en matière d'accès aux soins de santé. L'identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs et l'analyse des cadres institutionnels et des déficits de capacités qui influent en profondeur sur leurs relations permettront quant à elles de dégager quelques pistes pour le lancement d'une action concrète.

2.1 Participation

La participation est l'un des principes essentiels des droits de l'homme ainsi que le fondement d'un fonctionnement véritablement démocratique aux niveaux local, national et international. Le partage de l'information joue à cet égard un rôle capital



lors des diverses étapes des SRP – planification, mise en œuvre, suivi.

Une participation effective est un facteur clé de réussite pour toutes les SRP : d'une part, elle permet aux intéressés de mieux s'appropriier et de mieux maîtriser les initiatives relatives au développement, d'autre part elle permet d'adapter soigneusement les interventions à la situation des populations visées. Le fait de mettre au point le volet sanitaire d'une SRP en s'appuyant sur des informations fiables et en favorisant une très large participation permet en outre au ministère de la santé d'être dans une position plus favorable pour aborder les questions budgétaires avec le ministère des finances et les autres organisations intéressées au premier chef par les SRP.

Les difficultés seront bien sûr au rendez-vous. La participation suppose en effet que les acteurs aient la volonté de partager le pouvoir et l'information en s'abstenant de toute forme de discrimination ; on mesure donc l'ampleur du défi à relever, d'un point de vue tant logistique que politique. La mise en œuvre de la participation peut en outre susciter des attentes irréalistes, provoquer des conflits d'intérêts et déclencher des luttes de pouvoir. La mise en œuvre du processus nécessite par conséquent beaucoup de temps et de patience, ainsi que des ressources appropriées et une planification rigoureuse.

Que ce soit dans le cadre d'un projet local ou d'une politique nationale, il importe de faire tout ce qui est possible pour arrimer

le processus participatif aux structures démocratiques en place. Il se peut en effet que la mise en place de nouveaux dispositifs de participation hypothèque le fonctionnement de structures démocratiques encore embryonnaires, favorise le développement de systèmes parallèles peu souhaitables et, à long terme, se révèle non viable. Cependant, il sera souvent nécessaire de mettre en place des formules novatrices pour assurer une participation aussi large que possible.

Beaucoup de pays élaborent un document désigné généralement sous le terme de « plan d'action participatif » (PAP), document qui définit la marche à suivre pour l'ensemble des étapes du cycle des SRP (élaboration, mise en œuvre, suivi). Le contenu d'un PAP diffère d'un pays à l'autre. L'élaboration de ce type de documents comprend diverses étapes :

- i. identification d'un point de départ ;
- ii. identification des parties prenantes ;
- iii. détermination d'un niveau réaliste de participation pour les SRP ;
- iv. recensement de mécanismes de participation appropriés ;
- v. mise au point de mécanismes institutionnels permettant de coordonner la participation ;
- vi. mise au point d'un plan d'action.

Nous allons passer brièvement en revue chacune de ces étapes²⁸.

i **Identification d'un point de départ**
La participation aux SRP variera d'un pays à l'autre, en fonction notamment de

²⁸ Adapté de : S.Tikare *et al. Organizing participatory processes in the PRSP* Washington, D.C., Banque mondiale, avril 2001 (projet pour commentaires).

Extrait de l'étude de la Banque mondiale (2000) « La parole est aux pauvres » :

« Si vous êtes malade et sans argent, alors votre maladie est une maladie mortelle. » Ghana

« Être pauvre, c'est n'avoir aucune liberté, c'est être écrasé par le quotidien, par la dépression et par la crainte de ce que l'avenir vous réserve. » Géorgie

« Si vous n'avez pas de relations, vous finissez dans un couloir d'hôpital. » Inde

« Tout est épreuve pour les pauvres – la maladie, l'humiliation, la honte. Nous sommes de véritables invalides ; nous avons peur de tout, nous dépendons de tout le monde. Personne n'a besoin de nous. Nous sommes des déchets dont tout le monde souhaite se débarrasser. » République de Moldova

« Une femme pauvre n'a pas voix au chapitre en public, elle se sent inférieure ; elle n'a pas de quoi manger et c'est la famine qui règne dans son foyer ; elle n'a pas de quoi se vêtir correctement et sa famille n'a aucune perspective d'avenir. » Ouganda²⁹

facteurs tels que le mode de gouvernance, les structures politiques, ainsi que du degré d'importance que la société civile et les responsables politiques accordent à la SRP en tant qu'instrument de lutte contre la pauvreté. Pour trouver le bon point d'ancrage et évaluer approximativement le niveau de participation que l'on peut espérer atteindre, il est utile de considérer les éléments suivants :

- le degré d'appropriation des dispositifs nationaux de lutte contre la pauvreté déjà en place ;
- les organisations de la société civile et leurs capacités d'action ;
- l'expérience de la participation à l'élaboration des politiques ;
- les capacités des pouvoirs publics à mettre en place des structures de participation.

Identification des parties prenantes

L'identification des parties prenantes – soit l'ensemble des particuliers, groupes et organisations intéressés par les SRP ou qui participent à un titre ou à un autre à son exécution – est l'une des étapes clés du processus participatif. Dans la perspective des droits de l'homme, il est important de recenser les groupes et les communautés les plus marginalisés et de les associer aux activités relatives aux SRP dès la phase initiale.

Les formes d'exclusion et l'identité des groupes les plus marginalisés varient d'un pays à l'autre. Ces groupes vivent par

définition en marge de la société et peuvent de ce fait rester invisibles aux décideurs et aux autorités. Toutefois, on constate dans la plupart des pays que certaines catégories de la population sont davantage et plus systématiquement exposées que les autres à l'exclusion et à la pauvreté. Le nombre de femmes vivant dans la pauvreté, par exemple, tend à augmenter beaucoup plus rapidement que celui des hommes, en particulier dans les pays en développement. La « féminisation » de la pauvreté, problème également sensible dans les économies en transition, est vraisemblablement l'une des premières répercussions des transformations politiques, économiques et sociales que traversent les pays en question. L'exclusion systématique touche de nombreux autres groupes : enfants, adolescents, personnes âgées, personnes vivant avec le VIH/sida, minorités ethniques, religieuses et linguistiques, personnes souffrant d'un handicap physique ou mental, migrants (notamment les travailleurs immigrés), personnes déplacées à l'intérieur du pays, réfugiés, habitants des bidonvilles, personnes sans domicile fixe, populations autochtones. L'une des principales étapes de l'élaboration d'une SRP consiste donc à identifier et à localiser les catégories de la population marginalisées et exclues.

Les principales parties prenantes comprennent, outre les groupes exclus dont nous venons de parler, les acteurs suivants :

- les hauts fonctionnaires chargés de

²⁹ www.worldbank.org/prem/poverty/voices/listen-findings.htm

Mongolie : analyse des vulnérabilités

Une approche participative a permis de mettre en lumière le faisceau de facteurs complexes qui sont à l'origine de l'aggravation de la vulnérabilité des communautés pastorales mongoles. La vulnérabilité économique a été exacerbée par une crise du secteur bancaire qui a eu à son tour de nombreuses retombées - endettement, obligation de vendre les biens, accroissement du risque pour le bétail. Les caprices du climat ont contribué à aggraver la situation et des conflits ont éclaté entre communautés pour l'accès aux pâturages encore disponibles. Ces divers événements ont porté un coup fatal aux structures sociales et au système d'entraide traditionnel fondé sur les relations de parenté et contribué de ce fait à une forte poussée de l'alcoolisme, de la violence domestique et de la criminalité. Cette analyse a montré à quel point ces communautés pauvres sont vulnérables aux coups du sort en série, qui, sans être nécessairement liés entre eux, cumulent leurs effets.

³⁰ Adapté de : R. McGee et A. Norton. *Participation in poverty reduction strategies; a synthesis of experience with participatory approaches to policy design, implementation and monitoring*. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Working Paper 109). www.ids.ac.uk
³¹ *Déclaration sur le droit au développement*. Résolution 41/128 du 4 décembre 1986 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

définir les grandes orientations, notamment dans les grands ministères, les ministères techniques et les administrations locales ;

- les représentants d'autres institutions publiques, notamment les administrations élues, les institutions nationales de protection des droits de l'homme et l'institution judiciaire ;
- les organisations de la société civile – organisations non gouvernementales (ONG), organisations locales, associations religieuses, organisations autochtones, chefs traditionnels, syndicats, établissements d'enseignement, groupements de consommateurs, associations professionnelles ;
- les organisations du secteur privé, notamment les prestataires de services, les fournisseurs d'équipements et les représentants des compagnies pharmaceutiques ;
- les donateurs et les organisations multilatérales.

Niveau de participation

La mise en œuvre du processus participatif s'opère à plusieurs niveaux :

- *Partage de l'information*. Les autorités doivent informer les individus et les communautés des politiques suivies et des modalités de leur mise en œuvre – il s'agit là d'un préalable indispensable à une véritable participation et au renforcement de la transparence.
- *Recueil de l'information*. On utilisera des méthodes participatives pour recueillir les informations nécessaires auprès des diverses communautés et groupes sociaux.

- *Consultation*. Les décideurs sollicitent le point de vue des participants, étant entendu que les avis recueillis n'auront qu'un caractère consultatif.

- *Prise conjointe de décisions*. Procédure mise en œuvre lorsque les personnes consultées sont habilitées à intervenir dans le processus décisionnel.

- *Renforcement du pouvoir d'action*. Les parties prenantes ont l'initiative du processus décisionnel et peuvent exercer un certain contrôle sur ce dernier³⁰.

Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme, la participation constitue à la fois un principe et une norme. Le principe pose que toutes les activités menées dans le domaine du développement doivent reposer sur la participation, la norme fait du renforcement du pouvoir d'action des groupes marginalisés et exclus un objectif de développement. Dans la pratique, cela signifie que la formulation des SRP doit reposer, autant que faire se peut, sur la participation active, libre et significative prônée par la Déclaration sur le droit au développement des Nations Unies³¹. Il convient de prévoir des ressources, des mécanismes et des stratégies spécifiques pour assurer la participation des personnes marginalisées et exclues (voir ci-dessous). Pour atteindre l'objectif de développement consistant à mettre en place les conditions favorables à une participation effective, il convient en outre que la SRP vise explicitement à résoudre les difficultés – contraintes institutionnelles et déficits de capacités –

Mozambique : mise en œuvre d'un projet de prévention du VIH/sida (Solidar-Med)

Dans le cadre du projet Solidar-Med, une analyse des pratiques à haut risque effectuée conjointement par des prestataires de soins de santé et des membres de la communauté a permis de détecter les facteurs à l'origine de problèmes de santé publique susceptibles d'accroître le risque d'infection par le VIH. Il s'agit notamment de l'usage, fréquent, de seringues non stérilisées par des agents de santé non professionnels (illégaux) et par les guérisseurs pour la circoncision et la scarification. L'analyse a permis de mettre en évidence les schémas explicatifs locaux (ainsi, le contact avec le sang n'est pas considéré comme présentant un risque de contamination). Les participants ont pu recenser et analyser ensemble les comportements à risque les plus courants (ainsi, l'échange de services sexuels contre du matériel ou une contrepartie financière n'est pas considéré comme de la prostitution) ainsi que les situations auxquelles ces comportements sont fréquemment liés (les rencontres aux stations de taxi ou d'autobus, la vente de bière par des femmes sur les marchés locaux). L'analyse se poursuit par un dialogue visant à trouver des solutions qui soient à la fois adaptées, acceptables culturellement et susceptibles d'une véritable appropriation par les acteurs locaux³².

qui empêchent les plus démunis de pouvoir prendre leur destin en main.

iv Recensement des mécanismes de participation appropriés

Le degré et l'ampleur de la participation peuvent varier selon le mécanisme mis en œuvre. Certaines approches se révèlent toutefois plus efficaces et permettent de cibler un grand nombre d'individus ou de groupes pauvres ou marginalisés. Il peut être nécessaire de faire appel à toute une gamme de mécanismes et de méthodes pour assurer une participation aussi vaste et large que possible à l'élaboration des SRP.

MÉTHODES DE RECHERCHE FONDÉES SUR LA PARTICIPATION

Les méthodes de recherche fondées sur la participation permettent d'affiner les analyses de la pauvreté, de l'impuissance, des inégalités et de la santé en se plaçant dans la perspective des pauvres eux-mêmes et en cherchant à déterminer leurs priorités. La planification d'un travail de recherche approfondi fondé sur la participation demande beaucoup de temps. Selon l'étape du cycle de la SRP à laquelle on se situe, il peut être plus judicieux d'intégrer ce travail de recherche dans des cycles ultérieurs ou d'examiner s'il est possible de mettre les méthodes de recherche fondées sur la participation au service des activités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Le fait d'engager dès le lancement du processus une collaboration avec les autres instances gouvernementales est sans doute le meilleur

moyen de garantir que la mise en œuvre des politiques se fonde sur une approche véritablement intersectorielle de la santé.

Dans les pays en développement, les premiers essais de méthodes de recherche participatives se sont déroulés dans le cadre des évaluations participatives de la pauvreté, qui sont des techniques d'enquêtes structurées (reposant notamment sur des discussions de groupe dans les communautés et des entretiens avec des pairs, des techniques de dénombrement et de classement) permettant de se familiariser avec les idées et les principales préoccupations de la population visée.

Les informations recueillies par les évaluations participatives sont généralement qualitatives. Ces évaluations permettent souvent de mettre en lumière des pratiques qui, aussi répandues qu'elles soient, ne sont pas officiellement reconnues, comme le fait de devoir payer pour être mieux soigné. Pour étudier certaines questions trop délicates ou complexes pour être appréhendées dans le cadre des techniques d'enquête traditionnelles – comme par exemple celles qui touchent à la santé sexuelle et génésique et à la violence domestique – il est utile de concentrer les recherches sur des groupes spécifiques (définis selon le sexe, la classe d'âge ou tout autre critère).

La Banque mondiale et certaines organisations bilatérales se sont attachées à promouvoir les évaluations participatives dans divers pays. Beaucoup d'ONG internationales et d'établissements d'enseignement ont appris à utiliser des techniques de

recherche participatives. Il est important de faire appel aux organisations locales pour les activités destinées à renforcer les capacités nationales et à élargir le champ des recherches. Ce type de recherche permet en outre aux administrateurs ou aux politiques d'établir un dialogue avec les communautés locales et de soumettre ainsi leurs conceptions à l'épreuve de la réalité³².

PROCESSUS DE PARTICIPATION

Le principal objectif du processus de participation est d'assurer une véritable participation de la société civile aux décisions concernant les diverses options envisagées pour le volet sanitaire de la SRP. Dans la mesure du possible, il importe que ce processus s'appuie sur les organes et les instances décisionnels en place, qui

pourront ultérieurement être appelés à participer à la mise en œuvre et au suivi de la stratégie.

Il est important de viser une participation aussi large que possible. Dans les pays dans lesquels il est encore peu fréquent que la société civile participe aux affaires publiques, les ministères ont commencé par consulter des ONG et les autres parties prenantes sur les politiques qu'elles souhaitaient voir intégrées dans les SRP. Pour les cycles ultérieurs des SRP, certains gouvernements, s'appuyant sur l'expérience acquise et le capital-confiance en place, sont passés peu à peu aux prises de décisions conjointes, notamment dans les pays qui avaient mis en place des groupes de travail constitués de membres de la société civile et de représentants des gouvernements ou d'autres

L'UTILISATION DE MÉTHODES DE RECHERCHE PARTICIPATIVES AU NÉPAL POUR ENQUÊTER SUR LES COMPORTEMENTS FAVORISANT LA SANTÉ MATERNELLE

Key informant monitoring est une méthode de recherche qui fonctionne comme suit : des hommes et des femmes de la région interrogent des informateurs ou des proches pour savoir dans quelle mesure et de quelle manière l'environnement social contribue à faciliter l'accès des soins aux femmes. Les enquêtes portent sur trois thèmes : la réduction des obstacles aux soins obstétricaux, l'amélioration de la qualité des soins, l'amélioration du statut social de la femme et de la mobilité. Les informations recueillies au Népal à l'aide de cette méthode ont permis de mettre en évidence les obstacles au changement et les divers facteurs qui dissuadent les familles de recourir aux soins

obstétricaux d'urgence. On a par exemple pu constater que certains agents de santé avaient un comportement discriminatoire vis-à-vis de femmes des basses castes et que des femmes vivant dans l'extrême pauvreté étaient, de par le fonctionnement même du système, systématiquement exclues des dispositifs d'aide d'urgence de la communauté. Des ONG locales ont organisé des entretiens entre les enquêteurs et des comités villageois de développement sur les résultats des enquêtes et les recommandations formulées dans le cadre de ces dernières. Le dialogue ainsi engagé a permis d'introduire un certain nombre de réformes en vue d'améliorer la prestation de services³⁴.

³² Communication de L. Ruedin. In : D. Somma et C. Bodiang. *The cultural approach to HIV/AIDS prevention*. Genève, Direction du développement et de la coopération suisse et Centre suisse pour la santé internationale, 2006. www.sdc-health.ch

³³ A. Norton *et al.* *A rough guide to PPAs: participatory poverty assessment, an introduction to theory and practice*. Londres, Overseas Development Institute, 2001. www.hri.ca

³⁴ K. Hawkins *et al.* *Developing a human rights-based approach to addressing maternal mortality: desk review*. Londres, DFID Health Resource Centre, janvier 2005. www.dfid.gov.uk

institutions permanentes. Dans tous les cas de figure, il est important de définir d'entrée de jeu le but et la portée de la consultation avec les acteurs. Mieux vaut en effet mettre clairement en évidence les limites de l'initiative que de nourrir de vaines attentes qui ne peuvent conduire qu'au désillusionnement et au cynisme.

Il est essentiel de veiller à ce qu'aucun groupe de personnes reconnues comme marginalisées ou exclues ne soit omis du processus de consultation. L'enjeu consiste alors à identifier les particuliers ou les organisations aptes à représenter légitimement les groupes en question, démarche qui peut nécessiter une évaluation des capacités de ces groupes, de leur représentativité et de leurs mécanismes de responsabilisation internes. Il peut également s'avérer nécessaire de gérer les tensions qui peuvent surgir entre ONG à propos du choix des personnes habilitées à participer et d'identifier les organisations qui ont relativement peu d'expérience dans le domaine de l'engagement social – c'est notamment le cas de celles qui représentent les enfants – pour veiller à ce qu'elles ne soient pas exclues du processus.

V *Mise en place des institutions et des mécanismes nécessaires à une participation authentique*

Cette étape du processus de participation est généralement celle qui pose le plus de difficultés. Il est utile à cet égard de commencer par une évaluation des institutions, de la qualité des informations et des outils

susceptibles de favoriser la participation d'une pluralité de parties prenantes – en particulier des groupes marginalisés et des exclus.

Les institutions et les dispositifs les plus aptes à garantir la légitimité et l'inclusion diffèrent d'un pays à l'autre. Dans certains d'entre eux, ce sont des groupes de travail, émanant d'une instance gouvernementale centrale, qui sont chargés de travailler sur

PARTICIPATION DES ENFANTS AUX SRP

La participation de la société civile aux SRP peut parfois susciter des rivalités assez vives. Ainsi, les enfants et des organisations qui les représentent, dont l'entrée sur la scène publique est relativement récente, doivent en quelque sorte négocier leur « créneau » avec les autres acteurs de la société civile. Ils doivent s'attacher à faire comprendre qu'eux aussi ont le droit de participer et sensibiliser les gens à la valeur de leur contribution. Comme pour les autres groupes, il est difficile de se faire une idée exacte de l'impact de leur participation. On connaît cependant quelques exemples de situations où la participation des enfants a permis d'opérer un certain nombre de changements, modestes mais notables. Au Viet Nam, *Save the Children* a organisé à Hô Chi Minh-Ville trois importantes consultations auxquelles ont participé plus de 400 enfants et jeunes. Ces derniers ont pu évoquer les problèmes rencontrés par les familles de migrants en matière d'accès à l'éducation, aux soins de santé et aux services sociaux, ce qui a permis de modifier les procédures en vue de permettre aux migrants non enregistrés d'accéder plus rapidement à ces services³⁵.

³⁵ K. O'Malley. *Children and young people participating in PRSP processes*. Londres, Save the Children, 2004.

www.inclusion-international.org

Irlande : stratégie sanitaire en faveur des populations itinérantes

Les récentes réussites économiques de l'Irlande ont, par effet de contraste, permis de mettre en évidence les nombreuses difficultés auxquelles doivent faire face les populations itinérantes, désormais reconnues comme un groupe minoritaire à part entière, possédant sa culture et ses coutumes propres. Cette communauté, victime depuis des générations de l'exclusion, des préjugés et de la pauvreté, connaît aujourd'hui un niveau de santé et une espérance de vie inférieurs à la moyenne. Jusque-là, les stratégies sanitaires mises en œuvre – sans guère de succès – pour répondre à leurs besoins visaient principalement à leur permettre d'accéder à des services qui avaient été conçus pour des populations bien implantées. En 1998, toutefois, un comité consultatif a été mis sur pied afin d'examiner en détail les besoins spécifiques de cette communauté et de mettre au point une stratégie pour y répondre. La stratégie nationale mise en œuvre en 2002 essaie d'apporter des réponses à un large éventail de questions – discrimination, racisme, accès à l'eau et à l'assainissement sur les campements, participation de la communauté à l'établissement des priorités, détermination des risques spécifiques auxquelles sont exposées les mères³⁶.

³⁶ Ministère de la Santé et de l'Enfance, Irlande. www.dohc.ie

cette question ; dans d'autres pays, cette tâche incombe aux responsables des collectivités locales et aux dirigeants locaux. Lorsque le contexte national le permet, le fait de travailler en collaboration avec une organisation de la société civile ou une ONG à la réputation établie peut contribuer à accroître la confiance que l'on accorde à l'initiative ainsi que le sentiment de son utilité.

vi Mise au point d'un plan d'action

Le coût du processus participatif sera fonction des conditions initiales, des mécanismes de coordination, du degré d'utilisation des méthodes de recherche participatives, du type d'activités planifiées et du degré escompté de participation de la société civile. On pourra par ailleurs limiter ce coût en mobilisant les moyens d'action des acteurs locaux, en collaborant avec les réseaux et les organisations existants, en utilisant des groupes de réflexion peu médiatisés mais efficaces, en ayant recours à des entretiens directs et en organisant des réunions publiques thématiques plutôt que de grands ateliers, et en sollicitant le soutien des donateurs.

Pour porter ses fruits, la mise en œuvre du processus demande qu'on lui consacre suffisamment de temps. Dans beaucoup de pays, les contraintes de la planification du processus relatif au SRP font qu'il n'est possible de consacrer que 12 à 18 mois au maximum au volet « participation ». Il est toutefois important de ne pas limiter son attention à l'élaboration de la stratégie et de

planifier les activités relatives à la participation aussi bien pour la mise en œuvre que pour le travail ultérieur de suivi.

2.2 Analyse de la santé et de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme

Les méthodes de recherche participatives peuvent être utilisées pour la constitution d'une base d'informations sur les iné-



Giorgio C. (OMS-2007/80)

galités, la pauvreté et la santé, qui pourra elle-même s'appuyer sur les résultats des travaux sur la pauvreté, les relations hommes/femmes, ainsi que sur les données géographiques et cliniques existantes. Le but de l'analyse est d'identifier les personnes qui sont privées du droit à la santé, de mettre en lumière les raisons de cette privation et de déterminer les mesures à prendre pour remédier à une telle situation. Nous proposons à cette fin une démarche en trois étapes, adaptable selon le contexte :

- i. analyse, au niveau des pays, du niveau d'exercice du droit à la santé ;
- ii. identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs, dans le cadre du droit à la santé et des droits connexes ;



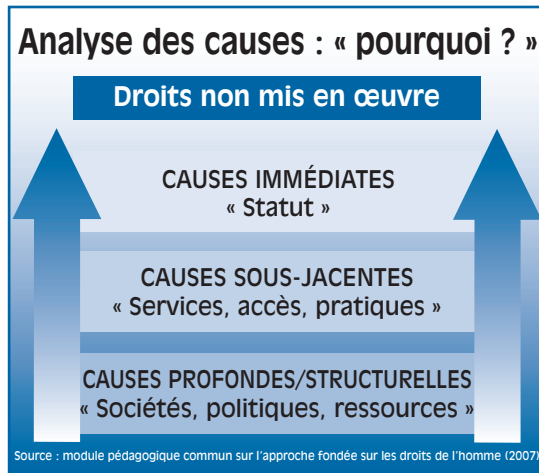
premiers domaines d'intervention et de mettre en place avec des institutions privées ou publiques ou des organisations à but non lucratif les partenariats stratégiques nécessaires pour instaurer les conditions indispensables pour que les pauvres puissent exercer concrètement leur droit à la santé.

i *Analyse au niveau du pays du niveau de mise en œuvre du droit à la santé*

Les données sur les pays proviennent essentiellement, au niveau international, des rapports émanant des organismes des Nations Unies créés par traité œuvrant aux droits de l'homme, du mécanisme d'examen périodique universel et des rapporteurs spéciaux du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies. Autres sources, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations internationales travaillant sur la santé et les droits de l'homme dans les pays. Au niveau national, les données cliniques concernant les populations démunies et victimes d'exclusion font systématiquement apparaître une morbidité, une mortalité prématurée, une mortalité maternelle et des taux d'infection par le VIH/sida supérieurs à la moyenne. Les méthodes de recherche participatives peuvent également déceler des groupes de population particulièrement exposés à divers problèmes sanitaires, y compris les affections et les traumatismes d'origine environnementale ou liés aux conditions de travail. Il est probable qu'une enquête auprès des services de santé nationaux confirmera que les pauvres sont défavorisés par rapport aux autres couches de

iii. évaluation des contraintes institutionnelles et des déficits de capacité qui empêchent les particuliers, les groupes et les organisations de faire valoir et d'exercer pleinement le droit à la santé et aux déterminants de la santé.

Cette analyse permettra vraisemblablement de mettre en lumière le faisceau de facteurs sociaux, économiques et politiques qui sont à l'origine de la discrimination et des problèmes de santé et qui excèdent largement le domaine de compétence traditionnel des ministères de la santé. Le fait d'adopter une perspective aussi large permet de mettre sur pied une stratégie sanitaire globale et détaillée, de cerner les



la population en matière d'accès aux soins de santé, aux traitements et aux dispositifs de protection et que les enfants issus des communautés pauvres ne sont pas systématiquement vaccinés contre les maladies évitables par ce moyen. D'autres moyens de prévention (préservatifs contre le VIH/sida et moustiquaires imprégnées d'insecticide contre le paludisme) risquent fort de n'être ni disponibles ni accessibles économiquement pour les communautés pauvres.

Si le profil sanitaire des divers groupes de la population varie d'un pays à l'autre, il y a de fortes probabilités pour que les cas de morbidité et de mortalité prématurée soient beaucoup plus nombreux chez les pauvres et les exclus. Les personnes qui sont exposées à de multiples handicaps – par exemple, les femmes réfugiées ou les enfants atteints d'incapacité – sont certainement beaucoup plus vulnérables

aux maladies. Il n'est pas possible de savoir a priori quelles sont les personnes le moins en mesure de jouir du droit à la santé, raison pour laquelle il importe d'effectuer un travail de recherche approprié dans chaque pays.

Les différences constatées en matière d'accès aux soins de santé et la diversité des situations sanitaires résultent souvent de différentes formes de discrimination et d'inégalités affectant la distribution et la dispensation des services de santé et des autres ressources qui ont un retentissement sur le domaine sanitaire. L'étude de ces inégalités passe par une analyse des divers obstacles qui empêchent l'accès aux services et aux ressources. Le cadre de référence formulé dans la section 1.3 de l'Observation générale n° 14 – disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité – sera particulièrement précieux pour une analyse systématique de ces obstacles. La nature des établissements, biens et services de santé et des déterminants de la santé variera sans doute en fonction de plusieurs facteurs, notamment du niveau de développement de l'État intéressé, mais l'analyse devra cependant viser à faire le point sur un certain nombre d'éléments, dont :

La disponibilité :

- d'eau potable et d'installations d'assainissement appropriées ;
- de personnel médical bien formé et de professionnels recevant des salaires compétitifs par rapport aux salaires nationaux ;
- des médicaments essentiels définis dans

KENYA : L'ACCÈS DES PERSONNES ÂGÉES AUX SERVICES DE SANTÉ

HelpAge Kenya poursuit depuis 2003 un travail de recherche à Ngando, un bidonville proche de Nairobi, et à Misanyi, une zone rurale, pour vérifier quelles sont les conditions d'accès des personnes âgées aux soins de santé. Ces dernières ont indiqué à l'organisation leurs principaux motifs de préoccupation :

- la distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital le plus proche et le coût dissuasif des transports. Beaucoup de ces personnes âgées vivent avec moins d'un dollar par jour et le coût moyen du transport est de US \$0,80 ;
- les comportements discriminatoires, concrétisés notamment par un langage injurieux et un manque d'égards ; 70 % des personnes âgées de Ngando se sont plaintes de l'attitude du personnel médical ;
- la longueur de l'attente : 54 % des personnes interrogées à Misanyi ont déclaré qu'elles devaient attendre entre 2 et 5 heures avant de pouvoir rencontrer le médecin ;
- l'ignorance du personnel médical en ce qui concerne les maladies du troisième âge ;
- le coût dissuasif des services de santé : 12 % des personnes âgées de Ngando ont déclaré être dans l'impossibilité d'acheter les médicaments prescrits ;

- l'absence d'égards en cas d'hospitalisation. Ainsi, 86 % des personnes interrogées à Ngando ont indiqué avoir dû partager leur lit à l'hôpital.

Face à ces difficultés, les personnes âgées ont entrepris de prendre les choses en main et de constituer des groupes placés sous la conduite d'un responsable. Ils ont défini un certain nombre d'indicateurs permettant d'instaurer un contrôle. Les chefs des groupes se sont entretenus avec les responsables des services de santé pour leur faire part de leurs préoccupations et examiner les moyens de modifier le comportement du personnel médical. Leur action s'est traduite par une amélioration effective du comportement du personnel hospitalier dans l'établissement situé à proximité de Misanyi. Le médecin responsable a accepté de créer dans le service une section séparée pour les personnes âgées. Le ministère de la Santé a assuré l'approvisionnement en médicaments du centre médical de Misanyi, pour une valeur annuelle de US \$2 650. Le deuxième plan stratégique national adopté par le Ministère de la Santé dans le domaine sanitaire contient des dispositions précises sur les droits dont doivent bénéficier les personnes âgées, en tant que groupe particulier ayant des besoins spécifiques³⁷.

le programme d'action de l'OMS concernant les médicaments essentiels ;

- d'aliments nutritifs ;
- d'un logement et d'un abri appropriés.

L'accessibilité des soins de santé et des déterminants de la santé, la question étant notamment de savoir si :

- l'accès aux établissements, aux biens et services de santé est garanti, tant dans la législation que dans la pratique, sur une base non discriminatoire ;
- les établissements de santé sont accessibles sans difficultés à toutes les couches de la population, notamment les populations rurales ;
- les personnes handicapées, les enfants, les adolescents et les personnes âgées ;
- les services de santé sont économiquement accessibles à tous, y compris aux groupes économiquement désavantagés ;
- les informations relatives aux divers services de santé, médicaments ou mesures préventives sont mises gratuitement à la disposition de tous les groupes de la communauté, notamment les adolescents.

L'acceptabilité des soins de santé et des déterminants de la santé. Il s'agit dans ce cas de déterminer :

- dans quelle mesure les établissements, biens et services de santé tiennent dûment compte des aspects culturels, de la spécificité des besoins des hommes et des femmes aux différents âges de la vie.

La qualité des soins de santé et des déterminants de la santé. Il s'agira de vérifier si :

³⁷ HelpAge International. *Report on older citizens' monitoring project, Kenya.*
www.helpage.org

Santé des femmes et compromis sociaux au Mali

A 17 ans, 38 % des Maliennes ont déjà un enfant ou sont enceintes ; 94 % des femmes en âge de procréer sont victimes de mutilations génitales. Grossesses multiples et violences domestiques sont le lot de la majorité des femmes dans les zones rurales. La force des traditions et la discrimination ne sont guère de nature à inciter les femmes à travailler en dehors de chez elles. Mariées alors qu'elles ne sont encore que des adolescentes, beaucoup de femmes ne peuvent pas poursuivre leurs études et sont, économiquement parlant, totalement dépendantes de leur mari. Les femmes sont censées continuer de travailler pendant la grossesse et reprendre leur activité peu de temps après l'accouchement. La coutume veut que les femmes mangent après les autres pendant les repas, même pendant la grossesse. C'est le mari ou le belle-mère qui décide si elle peut avoir accès aux soins obstétricaux et qui détient les ressources nécessaires au paiement des soins³⁸.

- les médicaments disponibles respectent des critères scientifiques et n'ont pas dépassé la date de péremption ;
- l'eau disponible est salubre et potable ;
- le personnel de santé est compétent et bien formé ;
- les équipements hospitaliers sont de bonne qualité ;
- la sécurité et l'hygiène au travail sont respectées.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les inégalités en matière de droit à la santé sont également la conséquence de la privation d'autres droits. Les travailleurs migrants, par exemple, travaillent souvent dans des secteurs – industries minières, bâtiment, production industrielle, agriculture – où ils risquent d'être exposés à toutes sortes de risques sanitaires, dus notamment au contact avec des substances toxiques, à des équipements non sécurisés, à des horaires de travail excessifs. Les migrants vivent également souvent dans des agglomérations surpeuplées, dans des logements de mauvaise qualité et, faute de dispositifs appropriés, peu hygiéniques. Ces divers facteurs de vulnérabilité sanitaire sont souvent aggravés par des problèmes d'accès aux soins de santé ainsi que par divers obstacles – barrières linguistiques et culturelles, difficultés financières et d'accès à l'information.

Les normes relatives aux droits de l'homme constituent un cadre de référence qui permet d'identifier tous les facteurs sociétaux, politiques, économiques, sociaux

et culturels susceptibles d'avoir un retentissement sur la situation sanitaire des marginalisés et des exclus.

D'autres normes définies dans les principaux instruments relatifs aux droits de l'homme peuvent également être utilisées comme critères pour l'examen, mené selon l'approche participative, des facteurs qui influent directement ou indirectement sur la santé des marginalisés et des exclus. On pourra notamment retenir les facteurs suivants :

- la violence contre les femmes ;
- les violences et les abus commis à la maison ou au travail ;
- certaines pratiques traditionnelles, comme les mutilations génitales féminines ;
- l'insécurité et les violences arbitraires, à l'échelon communautaire ou national ;
- l'impossibilité d'accéder à l'éducation ;
- une protection sociale inexistante ou inadéquate ;
- l'absence d'état-civil ou de papiers d'identité.

Une analyse des causes met en évidence les raisons immédiates, sous-jacentes et fondamentales/structurelles de l'absence de mise en œuvre du droit à la santé.



Identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs

Pour mener à bien l'examen des questions relevant du cadre DAAQ et des déterminants de la santé, il convient d'abord d'identifier les diverses parties prenantes,

³⁸ K. Hawkins *et al. Op. cit.* (voir note 34).

Centre européen des droits des Rom

Les Rom pauvres tombent souvent malades, parce qu'ils vivent entassés dans des taudis insalubres ; leur régime alimentaire est inapproprié et ils n'ont pas accès à des soins médicaux dignes de ce nom. Ils sont également malades plus longtemps. En raison de la fréquence et de la durée des maladies, ils perdent leur emploi, et par conséquent leur salaire, et ont les plus grandes difficultés à rester longtemps dans un emploi. Impossible dès lors de se procurer un logement décent, une nourriture saine, de consulter des médecins. Qui plus est, la situation risque à tout moment – surtout en cas de maladie grave – de s'aggraver et leurs souffrances d'empirer³⁹.

qui se répartissent en deux grandes catégories: les détenteurs de devoirs (à savoir tous ceux à qui il incombe de garantir l'exercice effectif du droit à la santé) et les titulaires de droits, c'est-à-dire toutes les personnes qui peuvent légitimement faire valoir leur droit à santé.

Dans le cadre des SRP, il convient d'accorder la priorité aux titulaires de droits qui sont le moins en mesure de jouir du droit à la santé, soit l'ensemble des individus et des catégories de la population dont il est avéré que l'accès aux soins de santé et aux déterminants de la santé est lourdement hypothéqué par des inégalités et des comportements discriminatoires.

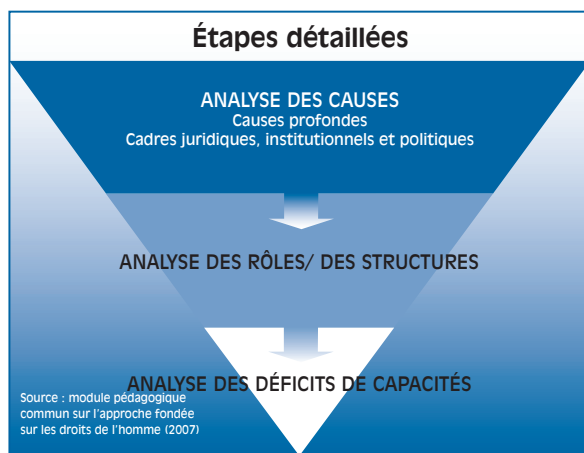
Les détenteurs de devoirs sont les individus et les organisations assujettis à un certain nombre d'obligations et de responsabilités relatifs au droit à la santé et aux déterminants de la santé. Les normes relatives aux droits de l'homme permettent de déterminer précisément, pour chaque droit considéré, qui sont ces détenteurs de devoirs ainsi que la nature de leurs obligations et de leurs responsabilités. Le droit relatif aux droits de l'homme assigne à l'État un rôle capital de garant du respect des droits de l'homme pour toutes les personnes vivant sous sa juridiction. L'État est notamment tenu de respecter, de faire respecter et de mettre en œuvre l'ensemble des droits de l'homme (voir section 1). Cependant, les individus, les familles, les communautés, les organisations non gouvernementales, les organisations du secteur privé et la commu-

LA PAUVRETÉ CHEZ LES AUTOCHTONES

Mieux vaudrait, au lieu d'établir des constats sur la pauvreté des peuples autochtones, s'attacher à mettre au jour les causes de cette pauvreté. Les peuples autochtones ne se considèrent pas nécessairement comme étant pauvres ; beaucoup d'entre eux n'apprécient guère qu'on leur appose cette étiquette, en raison de toutes les connotations négatives qui s'y attachent et des discriminations auxquelles elle donne lieu. Ils sont quant à eux conscients de la singularité de leurs ressources, de leurs connaissances et de leur savoir-faire et considèrent que leur culture repose sur un ensemble de valeurs spécifiques qui lui confèrent son originalité et son dynamisme. Le sentiment d'appauvrissement qu'ils ressentent si fréquemment vient de ce qu'ils se sentent entraînés dans une évolution sur laquelle ils n'ont pas prise et qui semble parfois irréversible ; dépossédés de leurs terres, soumis à un régime de restrictions ou d'interdictions limitant leur accès aux ressources naturelles, ils ont assisté à la désintégration de leurs communautés et à la dégradation de leur environnement naturel, autant de facteurs qui mettent en péril leur santé, leur culture et compromettent jusqu'à leur simple survie.

nauté internationale ont également tous des responsabilités à cet égard, même si ces dernières sont moins explicitement définies par la loi. Les pouvoirs publics sont quant à eux tenus de réglementer les activités des organisations de la société civile et du secteur privé et de les aider à s'acquitter de leurs responsabilités.

³⁹ *Grassroots strategies to combat extreme poverty*. Entretiens du European Roma Rights Centre (ERRC), avec András Biró. www.errc.org



Il sera utile d'examiner les législations et les procédures nationales pour déterminer précisément les droits et les devoirs des deux catégories d'acteurs. Il se peut, par exemple, que la législation sanitaire nationale définisse précisément les normes qui devront être respectées par les prestataires de services, ainsi que les mécanismes de recours auxquels les utilisateurs pourront recourir si le service dispensé ne répond pas à ces exigences minimales.

Pour identifier tous les détenteurs de devoirs intéressés, il peut être utile de procéder au relevé des différents services, notamment les services de santé maternelle et infantile, les services de santé sexuelle et génésique, ainsi que les déterminants de la santé. Dans chacun de ces domaines, il convient d'identifier les divers groupes et organisations intervenant aux divers échelons de la vie communautaire, dont l'éventail s'étend des autorités locales et

régionales aux organisations internationales en passant par les organismes publics nationaux. Au niveau local, il existe plusieurs types de prestataires de santé, dont la liste comprend, outre les établissements de soins publics et privés, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses et les officines qui vendent des médicaments. Les détenteurs de devoirs opérant au niveau national et international sont également de tous ordres – organisations paraétatiques, ONG locales, ONG internationales, organisations privées, ministères et agences de développement multilatérales. L'identification des diverses organisations chargées d'assurer la mise en œuvre du droit à la santé et aux déterminants de la santé est une étape importante pour la mise au point de l'approche globale et cohérente dont les pouvoirs publics ont besoin pour assumer l'obligation qui leur incombe de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé.



Évaluation des contraintes institutionnelles et des déficits de capacités

L'identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs doit permettre de mettre en évidence un réseau complexe d'organisations dont l'action est susceptible d'exercer un impact sur la santé des pauvres et des marginalisés. C'est précisément dans les relations entre les titulaires de droits et ces détenteurs de devoirs que s'enracinent les difficultés d'accès aux soins de santé et aux déterminants de la santé. Il est probable que les ressources et les services parviennent plus facilement aux

Santé et pauvreté au Mozambique

Paul Hunt, Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, insiste régulièrement dans ses rapports sur la nécessité d'appréhender les problèmes sanitaires dans le cadre du phénomène de la pauvreté généralisée. Dans son rapport de 2005 sur sa mission au Mozambique, il indique que certains des grands problèmes de santé qui touchent ce pays sont à la fois la cause et l'effet de l'extrême pauvreté. Le PIB national – US \$230 par habitant – est nettement inférieur à la moyenne des pays les moins avancés. Approximativement 70 % de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté et entre 13 et 16 % de la population vit avec le VIH/sida. Le paludisme, qui est à l'origine de 30 à 40 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans, constitue un problème particulièrement inquiétant dans les zones rurales. Les maladies liées à l'eau et à l'assainissement – diarrhées, choléra, dysenterie, paludisme, gale, schistosomiase, par exemple – sont très répandues. Entre 30 et 40 % des enfants souffrent de malnutrition chronique⁴⁰.

⁴⁰ P. Hunt, *Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, to the Commission on Human Rights, Mission to Mozambique*. New York, Conseil économique et social des Nations Unies, 4 janvier 2005 (E/CN.4/2005/51/Add.2), <http://ap.ohchr.org>

populations pauvres et répondent mieux à leurs besoins lorsque les titulaires de droits sont en mesure de participer, directement ou indirectement, aux décisions des détenteurs de devoirs et de demander des comptes à ces derniers.

L'examen des cadres institutionnels et des problèmes de capacités qui déterminent en profondeur les relations entre titulaires de droits et détenteurs de devoirs est utile pour offrir quelques points d'ancrage aux interventions des pouvoirs publics destinées à améliorer l'accès des pauvres aux soins de santé. Le terme « cadre institutionnel » désigne ici l'ensemble des règles et des procédures qui permettent de définir les droits, les obligations, les responsabilités, la participation des particuliers aux décisions, et d'établir les ressources financières nécessaires. Le terme « capacités » renvoie quant à lui à l'ensemble de compétences, de connaissances et d'informations nécessaire pour que les intéressés puissent faire valoir leurs droits, assurer l'exercice de ces droits et participer au processus décisionnel.

Il y a de fortes chances pour que l'examen des cadres institutionnels et des capacités mette en lumière le fait que les pauvres n'ont pratiquement aucun moyen pour modifier en quoi que ce soit le comportement d'organisations dont les activités influent pourtant de manière décisive sur leur santé et sur leur vie. Cet examen ne manquera sans doute pas non plus de faire apparaître les graves difficultés financières et les problèmes de compétences qui pénalisent les initiatives des pouvoirs publics visant à

améliorer la situation sanitaire des exclus. Mais il peut également montrer dans quels domaines il est possible d'intervenir pour faire en sorte que les véritables bénéficiaires des ressources et des services disponibles soient les pauvres, et non les élites qui auront su les détourner à leur profit.

L'analyse portera sur les cadres institutionnels et les pénuries de capacités qui influent directement sur :

- la participation ;
- la responsabilisation ;
- les connaissances, les informations et les compétences ;
- les législations et les politiques ;
- les ressources financières.

PARTICIPATION

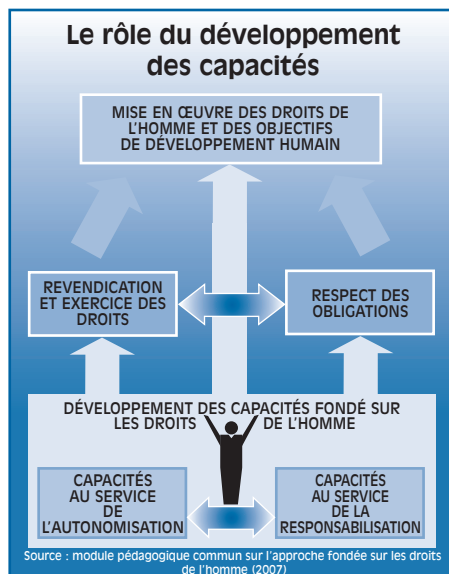
La participation continue des pauvres aux décisions touchant leur santé nécessite l'existence de dispositifs de gouvernance efficaces, démocratiques et sans exclusive. Dans certains pays, les instances de décision n'existent qu'au sommet de la hiérarchie des services de santé (au niveau national). Les programmes de décentralisation, toutefois, impliquent nécessairement l'existence d'un organisme local qui peut être une commission sanitaire relevant des pouvoirs centraux, du département ou de la collectivité locale. La mesure dans laquelle ce type d'organisme permet aux exclus de peser sur les décisions qui concernent directement leur santé dépend d'un certain nombre de facteurs. Il conviendra donc d'examiner les points suivants :

Déclaration et programme d'action de Vienne, 1993, article 1^{er}

« Les droits de l'homme et les libertés fondamentales sont inhérents à tous les êtres humains et leur protection incombe au premier chef aux gouvernements⁴¹. »

Déclaration sur le droit au développement, article 4

« Une action soutenue est indispensable pour assurer un développement plus rapide des pays en développement. En complément des efforts que les pays en développement accomplissent, une assistance internationale efficace est essentielle pour donner à ces pays les moyens de soutenir un développement global⁴². »



- les attributions des organes de décision locaux sont-elles clairement définies par la loi ?
- existe-t-il des règles et des dispositifs garantissant la participation des femmes et autres représentants de groupes marginalisés dans les instances de décisions locales ou centrales ?
- les communautés locales ont-elles accès aux informations relatives aux politiques et aux budgets ?
- les organes de décision locaux sont-ils reliés aux instances opérant à un niveau plus élevé ?
- les groupes exclus et les pauvres sont-ils correctement représentés dans les diverses instances nationales et internationales chargées de l'élaboration des politiques ?

- les communautés locales peuvent-elles participer aux processus décisionnels des prestataires privés ?

DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS : L'APPROCHE DES NATIONS UNIES

Le développement des capacités est devenu l'une des principales stratégies des Nations Unies en matière de développement. Cette notion désigne la création durable, l'utilisation et la conservation des capacités nécessaires pour atténuer la pauvreté, renforcer les moyens d'action et améliorer la vie des individus. Le développement des capacités fait l'objet de divers volets de la stratégie programmatique des Nations Unies.

- Responsabilité/motivation/engagement/leadership. Ces divers thèmes délimitent le domaine du « faire », soit de l'action que les détenteurs de devoirs et les titulaires *doivent* engager dans le cadre de telle ou telle problématique.
- Autorité. Notion qui pose la question de la légitimité de l'action, lorsque les particuliers et les groupes estiment, ou savent, qu'ils sont *habilités* à prendre des mesures.
- Accès aux ressources et maîtrise de ces dernières. Le fait de savoir qu'il est possible et nécessaire d'agir ne suffit pas. Le travail de renforcement des capacités doit de ce fait viser à intervenir sur les facteurs humains, économiques et organisationnels qui influent sur la *capacité d'intervention* des titulaires de droits⁴³.

⁴¹ www.ohchr.org

⁴² Déclaration sur le droit au développement. *Op. cit.* (voir note 31).

⁴³ U. Jonsson. *Human rights approach to development programming*. Nairobi, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, 2003. Cité dans : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme*. *Op. cit.* (voir note 3), www.unicef.org

RESPONSABILISATION ET VOIES DE RECOURS

La participation aux décisions ne suffit pas en tant que telle à garantir que les détenteurs de devoirs font droit aux revendications et aux préoccupations des titulaires de droits. Il faut pour cela pouvoir s'appuyer sur des institutions et des mécanismes qui consacrent la responsabilité des détenteurs de devoirs et qui puissent être saisis par les titulaires lorsque ces derniers ont des griefs à faire valoir. Ces institutions et mécanismes sont de divers ordres :

- *administratif* – commissions sanitaires locales, départementales ou nationales, mécanismes de dépôt de plainte et de médiation, mécanismes de réglementation et de contrôle des services de santé privés et publics ;
- *judiciaire* – ministère de la justice, tribunaux locaux et nationaux, systèmes de justice traditionnels et coutumiers, société civile en alerte, capable de faire valoir ses revendications devant les tribunaux ;
- *politique* – organes politiques officiels, commissions parlementaires, scrutins locaux et nationaux, travail de sensibilisation auprès des élus ;
- *social* – action et suivi communautaires, participation à l'élaboration des politiques, contrôle assuré par les ONG, travail d'information des médias ;
- *quasi judiciaire* – institutions nationales chargées du respect des droits de l'homme, médiateurs, commissions nationales, institutions internationales (notamment les

organes de suivi des traités et les rapporteurs spéciaux)⁴⁴.

La transparence de l'information sur les services, les politiques et les budgets est capitale pour garantir le bon fonctionnement de tous ces dispositifs de responsabilisation.

L'analyse devrait s'attacher à définir les mesures les plus aptes à renforcer les mécanismes permettant une responsabilisation effective, directe ou indirecte, des dirigeants des services de santé et services connexes à l'égard des exclus. Dans bon nombre de pays, il est probable que les mécanismes administratifs et sociaux seront plus facilement accessibles à l'échelon local que les instances judiciaires, les institutions politiques ou les institutions en charge des droits de l'homme. Or les institutions et mécanismes administratifs relatifs à la santé et aux services connexes, comme les commissions sanitaires locales, sont souvent considérés comme peu efficaces et inéquitables. De fait, si les prestataires publics et certains prestataires non gouvernementaux peuvent être tenus dans une certaine mesure de justifier leur action, il est moins certain que les prestataires locaux, les prestataires privés, les ONG et les organisations de donateurs soient tenus de rendre des comptes aux titulaires de droits. Là encore, il faudra essayer de répondre à plusieurs questions :

- la fourniture des services fait-elle l'objet d'un contrôle, et si oui, qui assure ce contrôle ?
- les informations concernant les services

⁴⁴ Il existe d'autres procédures spéciales applicables aux questions sanitaires en plus du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, tels les Rapporteurs spéciaux sur le logement convenable, le droit à l'alimentation, les déchets toxiques. www.ohchr.org



sont-elles accessibles gratuitement aux communautés locales ?

- existe-t-il des mécanismes permettant de répondre aux préoccupations des acteurs locaux par une action concrète au plan local ?
- quelles sont les procédures permettant d'exprimer son point de vue sur la fourniture des services ? Ces procédures protègent-elles les personnes qui dénoncent des dysfonctionnements ?
- existe-t-il des mécanismes de responsabilisation clairement définis et opérationnels à tous les échelons de la hiérarchie administrative ?
- existe-t-il des centres d'assistance judiciaire et parajudiciaire s'occupant des questions de santé et des problèmes connexes ?
- existe-t-il des institutions parajudiciaires, et les questions sanitaires font-elles partie de leur mandat ?
- les informations concernant les politiques de santé publiques et les services de santé sont-elles mises gratuitement à la disposition de la presse, des parlementaires, et des autres systèmes de responsabilisation ?

- quelles sont les procédures permettant de soumettre les acteurs privés nationaux et internationaux, les organisations non gouvernementales et les organisations de donateurs à l'obligation de rendre des comptes ?

CONNAISSANCES, INFORMATIONS ET COMPÉTENCES

Même lorsqu'existent des institutions garantissant la participation des individus et la responsabilisation des détenteurs de devoirs, il faut, pour être en mesure de faire valoir ses droits et de les exercer concrètement, pouvoir disposer des connaissances, des informations et des compétences qui permettront de faire évoluer les comportements. Les déficits d'informations et de compétences que peuvent rencontrer les titulaires de droits et les détenteurs de devoirs peuvent être localisés à tous les niveaux, depuis le local jusqu'à l'international. Il conviendra à cet égard de tenir compte de divers problèmes :

- outre les informations concernant les politiques et les budgets de la santé, les particuliers veulent être informés des questions relatives à la santé et de leurs droits. Il importe que ces informations soient diffusées sous des formes et par des voies accessibles aux marginalisés et aux exclus ;
- les individus qui ont eu à souffrir de comportements discriminatoires ne savent pas nécessairement qu'ils ont des droits en matière de santé ou peuvent se trouver dans l'impossibilité d'accéder aux informations

Pérou : les associations locales d'administration de la santé

Les CLAS (associations locales d'administration de la santé) ont été créées dans le cadre de la réforme du système national de santé mise en œuvre par le Pérou dans le milieu des années 1990 pour assurer un accès universel aux soins de santé. Il s'agit d'organisations à but non lucratif, créées dans le cadre de la loi, qui exercent à l'échelon local un contrôle des services de santé. Chacune de ces organisations comprend six membres élus de la communauté et un agent de santé qui travaillent bénévolement pendant trois ans : ils aident à établir les besoins prioritaires des communautés, approuvent le budget et contrôlent les dépenses, déterminent les personnes qui peuvent bénéficier des soins gratuitement et contrôlent la qualité des services de santé et le comportement du personnel de santé vis-à-vis des patients. Ces associations se sont révélées des instruments particulièrement efficaces pour permettre aux acteurs locaux d'avoir un droit de regard et de maîtrise sur la prestation des services de santé⁴⁵.

⁴⁵ L. C. Altobelli et J. Pancorvo. *Perú: Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS)*. Barcelone et Washington, D.C., IESE Business School, Université de Navarre (Espagne) et Banque mondiale, 2000.

concernant ces droits ou n'avoir pas suffisamment confiance en eux pour tirer parti des informations en question ;

- il peut arriver que des communautés, ou certains groupes, ne disposent pas des moyens – capacités de s'organiser, d'effectuer un travail de sensibilisation, d'analyser les politiques et les budgets, aptitude à mobiliser un réseau d'appuis politiques, connaissances juridiques – nécessaires pour participer au processus décisionnel, pour engager une action collective, pour formuler des revendications et pour saisir les voies de recours en cas de violation de leurs droits ;
- les membres des commissions sanitaires locales et les personnes en position d'autorité – conseillers municipaux, chefs ou magistrats locaux, par exemple – n'auront pas toujours le degré de compréhension, les informations, la formation ni les compétences nécessaires pour être en mesure de traiter les questions relatives à la discrimination et aux droits de l'homme, ainsi qu'à la politique générale et à l'analyse budgétaire ;
- le personnel médical risque de ne pas être suffisamment informé des responsabilités qui lui incombent au titre des droits de l'homme et de ne pas disposer de la formation et des informations qui lui permettraient de traiter chaque patient avec dignité et respect ;
- le personnel médical peut ne pas disposer des compétences de gestion ni de l'appui nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des services ;

- il peut arriver que le personnel du ministère de la santé ne soit pas suffisamment formé pour être en mesure de définir une politique de santé globale et intersectorielle et d'établir le budget correspondant ;
- il se peut que le personnel des organisations donatrices ait une compréhension insuffisante des droits de l'homme et ne soit pas attaché à les promouvoir.

EXAMEN DES LÉGISLATIONS, DES POLITIQUES, DES RÉGLEMENTATIONS ET AUTRES MESURES

Le droit relatif aux droits de l'homme dispose qu'il incombe à l'État de mettre en place un cadre législatif et politique cohérent susceptible de garantir à chaque citoyen le respect, la protection et l'exercice du droit à la santé. Dans beaucoup de pays, la législation et les politiques ne définissent pas clairement l'ensemble des droits dont chaque citoyen peut se prévaloir dans le domaine de la santé ; lorsque ces droits sont reconnus, ils ne se traduisent pas nécessairement dans des textes d'application et des directives administratives à l'intention du personnel appelé à œuvrer en première ligne. Faute de cadre législatif et politique clair et cohérent, les prestataires de services ont tendance à régler leur action sur les normes et les coutumes locales.

L'obligation incombant aux pouvoirs publics de **respecter** le droit la santé suppose qu'ils s'abstiennent de toute initiative susceptible de nuire, directement ou indirectement, à la jouissance de ce droit. Lors de l'examen des politiques, pratiques et législations

Ukraine : le Programme « Voix du Peuple », un projet destiné à renforcer la participation de la population

Le projet a débuté en 1999, avec pour objectif de permettre au grand public de participer activement à la vie publique et d'influer sur les décisions des autorités locales. Mis en œuvre à l'échelon municipal, il s'est consacré prioritairement aux problèmes touchant à la dispensation des services et directement liés aux préoccupations quotidiennes des habitants, notamment en ce qui concerne la corruption. Des groupements d'associations de la société civile, utilisant certains mécanismes de participation citoyenne (auditions publiques, fiches de compte rendu, par exemple) ont été mis sur pied. On a pu constater en 2003 un certain nombre d'améliorations notables à plusieurs niveaux : contacts plus faciles avec les responsables locaux, renforcement des capacités des acteurs locaux à contrôler la dispensation des services et à effectuer des enquêtes, initiatives municipales visant à remédier aux dysfonctionnements mis en évidence⁴⁶.

nationales, il sera donc important de vérifier s'il y a compatibilité avec l'obligation de respecter le droit à la santé. Il importera par exemple de s'assurer que la législation et les politiques n'ont pas pour effet :

- de restreindre l'accès aux moyens de contraception et à d'autres éléments en rapport avec la santé sexuelle et génésique, de censurer, dissimuler ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sur la sexualité ;
- d'imposer des pratiques discriminatoires concernant la situation et les besoins des femmes en matière de santé ;

Au niveau international, les gouvernements sont parties à divers accords bilatéraux et multilatéraux, traités et engagements portant sur les questions les plus diverses – questions commerciales et environnementales, aide au développement, tourisme. On sait déjà que certains facteurs internationaux risquent de compromettre la jouissance du droit à la santé :

- L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), en protégeant l'utilisation de brevets pharmaceutiques ainsi que les marques commerciales et les données de recherche des fournisseurs de produits pharmaceutiques, a joué un rôle important dans l'adoption de normes minimales dans le domaine de la recherche et la mise au point de nouveaux médicaments. Il risque cependant de restreindre la capacité des populations autochtones de bénéficier des remèdes traditionnels, y compris sur le plan commercial, et peut contribuer à la hausse du prix des médicaments essentiels, lesquels

- de refuser ou de restreindre l'égalité d'accès de tous, y compris les prisonniers ou les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé préventifs, thérapeutiques et palliatifs ;
- de polluer de façon illicite l'air, l'eau et le sol, du fait par exemple de déchets industriels rejetés par des installations appartenant à des entreprises publiques ;
- d'interdire ou d'entraver les méthodes préventives, les pratiques curatives et les médicaments traditionnelles ;
- de commercialiser des médicaments dangereux.

risquent de ce fait de devenir inaccessibles aux pays pauvres dépourvus d'industries pharmaceutiques nationales.

- Le droit commercial international n'est pas encore parvenu à mettre en place les incitations nécessaires pour que les grands groupes pharmaceutiques consacrent des investissements à la recherche sur les maladies touchant prioritairement les pauvres.
- Les exemples d'entreprises multinationales incapables de garantir à leurs salariés des conditions de travail sûres ou provoquant des nuisances environnementales affectant la santé des communautés locales se sont multipliés au cours des dernières années. Si les initiatives internationales visant à soumettre ces compagnies à une forme ou une autre de contrôle se multiplient également, il appartient aux autorités publiques de surveiller et de réglementer les activités des multinationales opérant sur le territoire national afin de protéger les droits de la population.

⁴⁶ <http://web.worldbank.org>

Norvège : création du Parlement sâme

Bien que pouvant déjà se prévaloir d'un fonctionnement démocratique exemplaire, la Norvège a décidé en 1989 de créer une institution indépendante élue par et pour la minorité autochtone sâme. Le mandat de cette institution, qui était destinée non à remplacer mais à compléter la structure démocratique en vigueur, était d'examiner un certain nombre de questions intéressant directement la population et la culture sâme et de représenter la minorité au sein du gouvernement. Elle a également été chargée de gérer les fonds et de régler les dépenses prévues par le gouvernement⁴⁷.

L'examen de la législation et des politiques peut également révéler l'existence de dispositifs réglementaires – ou une absence de réglementation – qui exposent la population à des pratiques dangereuses et les privent d'accès aux déterminants de la santé. En vertu de l'obligation qui lui incombe de **protéger** la santé, le gouvernement doit prendre des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12 du PIRDESC. Lors de l'examen des politiques et des législations nationales, il importera de vérifier un certain nombre de points, dont :

- le degré de protection des normes relatives à la santé et à la sécurité au travail assuré par la législation ;
- les mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé dispensés par des tiers ;
- les initiatives prises pour que la privatisation du secteur de la santé ne compromette pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé ;
- l'efficacité des dispositions légales visant à interdire le mariage précoce, les mutilations génitales féminines et les violences contre les femmes, notamment les viols commis dans le cadre du mariage.

Enfin, l'obligation de **mettre en œuvre** le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour en assurer la pleine réalisation. L'examen des législations, politiques et

pratiques mené dans cette optique visera à vérifier :

- si le droit à la santé est consacré dans la Constitution et les législations nationales comme faisant partie intégrante des droits de l'homme et s'il existe au plan national un plan ou une politique qui définit de manière détaillée les étapes de sa mise en œuvre ;
- si le pays possède un système d'assurance maladie (public, privé ou mixte) accessible à tous, y compris les personnes économiquement désavantagées ;
- si l'État diffuse et favorise la diffusion d'informations pertinentes sur les modes de vie et de nutrition favorables à la santé, les pratiques traditionnelles nocives et la disponibilité des services ;
- si l'État promeut la recherche médicale, s'il veille à ce que les médecins et les autres personnels médicaux suivent une formation appropriée et à ce qu'il y ait suffisamment d'hôpitaux, de dispensaires et d'autres établissements de soins ;
- si l'État élabore et met en œuvre des politiques nationales visant à réduire et à éliminer la pollution de l'air, de l'eau et du sol.

RESSOURCES FINANCIÈRES

Les obstacles d'ordre financier (notamment en ce qui concerne le niveau, la répartition et l'affectation des ressources) sont souvent la cause principale des inégalités et des discriminations que l'on observe dans le domaine de l'accès à la santé et à ses déterminants. L'analyse fondée sur les

⁴⁷ Gáldu Resource Centre for the Rights of Indigenous Peoples. www.galdu.org

Éthiopie : accès des femmes à l'information

Les Éthiopiennes, particulièrement exposées au risque de l'infection par le VIH/sida, ne sont guère informées sur le sida ni sur les moyens qui leur permettraient de se protéger. Cette situation s'explique notamment par le fait qu'elles n'ont pas accès, via les médias, à des sources d'information extérieures. En effet, moins de 14 % des Éthiopiennes ont accès aux médias et elles sont de ce fait beaucoup moins nombreuses que les hommes à pouvoir se renseigner par cette voie sur le VIH/sida⁴⁸.

droits de l'homme peut servir à effectuer une évaluation globale des facteurs susceptibles de susciter ces obstacles financiers. Ces derniers peuvent se manifester à divers niveaux – de l'échelon local au plan international – et être dus à des causes multiples :

- l'insuffisance des ressources peut par exemple entraîner une pénurie globale de personnel médical formé, ou des pénuries dans telle ou telle région ou telle ou telle spécialité (soins obstétricaux, par exemple) ;
- en raison du mode de répartition des ressources au niveau national, de la corruption

ou des détournements, certains centres de santé peuvent être dans l'impossibilité de s'équiper correctement, de bénéficier d'un approvisionnement suffisant en médicaments et en vaccins ou de se doter d'entrepôts de stockage appropriés ;

- faute de se voir octroyer les ressources nécessaires, les commissions sanitaires locales risquent de ne pas être en mesure de remplir leur mission ;
- un financement irrégulier ou aléatoire de la part des donateurs internationaux peut également affecter le niveau et la qualité des services de santé.

LA COOPÉRATION INTERNATIONALE – UNE RESPONSABILITÉ VIS-À-VIS DES DROITS DE L'HOMME

L'idée d'un partage des responsabilités dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et la nécessité d'un partenariat entre pays développés et pays en développement ont été régulièrement affirmées à l'occasion de plusieurs conférences des Nations Unies et dans de multiples déclarations de l'Organisation, notamment la Déclaration sur le droit au développement de 1986. À plusieurs occasions – Sommet du Millénaire de 2000, déclaration ministérielle publiée lors de la Conférence ministérielle de l'OMC de Doha (2001), Conférence internationale sur le financement du développement (2002), Sommet mondial sur le développement durable de Johannesburg – les gouvernements se sont engagés à fournir aux pays en développement les ressources et l'aide nécessaire pour mener la lutte contre la pauvreté. L'objectif 8 des OMD indique clairement qu'il est nécessaire de mettre en place un partenariat mondial pour combattre les inégalités du système commercial international, résoudre le

problème de la dette et faire en sorte que les avancées technologiques et scientifiques aient des retombées positives dans tous les pays. Certains donateurs, notamment le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, tiennent l'engagement qu'ils ont pris de consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide. D'autres, comme la France, l'Irlande et le Royaume-Uni, se sont engagés à atteindre ce niveau de 0,7 % dans les années à venir. Il est toutefois préoccupant de constater que, malgré ces diverses initiatives, il n'est pas possible de mobiliser les ressources nécessaires pour atteindre les cibles définies dans le cadre des OMD. Le consensus de Monterrey établi par les gouvernements en 2002 note qu'il faut non seulement mobiliser davantage de ressources nationales, mais également accroître les flux financiers et les échanges commerciaux internationaux et trouver d'autres moyens d'assurer durablement le financement ou l'allègement de la dette⁴⁹.

⁴⁸ R. Alsop, M. Bertelsen et J. Holland. *Empowerment in practice: from analysis to implementation*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2006. www.worldbank.org

⁴⁹ A/CONF.198-11. www.un.org

SECTION 3

Élaboration de la stratégie et planification de sa mise en œuvre

Une fois menée à bien l'analyse fondée sur les droits de l'homme, l'étape suivante consistera à définir un ensemble d'interventions appropriées qui constitueront le *dispositif* de la SRP en tant que tel.

La planification d'une stratégie sanitaire adaptée aux besoins des pauvres n'est pas une tâche facile dans un contexte de ressources limitées. Il est probable que l'analyse fondée sur les droits de l'homme aura permis de mettre en lumière toutes les problématiques, souvent conflictuelles, auxquelles il convient d'essayer d'apporter une réponse. Même lorsqu'il est possible de définir clairement et unanimement les domaines d'intervention prioritaires, la mobilisation de ressources supplémentaires et la répartition de ces ressources entre les différents domaines du secteur de la santé ne manqueront pas de soulever d'importantes difficultés et de provoquer de nombreuses résistances. Les principes relatifs aux droits de l'homme peuvent servir de point de référence pour la définition des priorités stratégiques et aider à déceler et résoudre les conflits ainsi qu'à opérer les arbitrages nécessaires.

La présente section examine comment le ministère de la santé et les autres ministères dont l'action a un retentissement sur l'exercice du droit à la santé peuvent utiliser les principes relatifs aux droits de l'homme pour mettre au point les interventions desti-

nées à résoudre les problèmes qui auront pu être recensés lors de l'analyse fondée sur les droits de l'homme.

Les mesures envisagées sont définies dans les sous-sections suivantes :

3.1 Lutte contre les inégalités et les discriminations dans le domaine de la santé et des déterminants de la santé. Trois moyens seront utilisés :

- i. définition d'un niveau minimal universel en matière de dispensation de services ;
- ii. ciblage des populations exclues et marginalisées ;
- iii. établissement d'une collaboration avec les autres ministères pour tout ce qui a trait aux déterminants de la santé.

3.2 Prise en compte des contraintes institutionnelles et des déficits de capacité :

- i. renforcement de la participation et de la responsabilisation dans les services de santé ;
- ii. information et formation des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs ;
- iii. adoption d'une législation et de politiques destinées à assurer le respect et la protection du droit à la santé.



BIT/Marcel Conzel

3.3 Financement de la stratégie sanitaire :

- i. politiques macroéconomiques ;
- ii. budget de la santé.

3.4 Élaboration d'une stratégie à long terme visant à permettre le plein exercice du droit à la santé et prévoyant à cet effet toutes les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé et des déterminants de la santé.

3.5 Collaboration avec les donateurs pour promouvoir les droits de l'homme dans le cadre des SRP.

3.1 Lutte contre les inégalités dans l'exercice du droit à la santé

i *Définition d'un niveau minimal universel pour la dispensation des services de santé*

La première étape de la mise au point du volet sanitaire d'une SRP consiste à définir quels sont les services essentiels dont l'accès doit être assuré à tous par les pouvoirs publics. De nombreux pays en développement ont défini cet éventail de services essentiels en recourant à des méthodes qui ont tendance à privilégier davantage l'efficacité et la rentabilité que l'égalité. Il arrive de ce fait fréquemment que les définitions existantes des services essentiels ne tiennent pas compte des priorités des marginalisés et des exclus⁵⁰.

Le débat public sur la définition de l'éventail de services essentiels et les consultations organisées à cet effet consti-

tuent un solide point d'ancrage pour permettre au public de participer activement à l'élaboration de la SRP et favoriser de ce fait une véritable appropriation de cette dernière par les acteurs locaux. Le débat devra se fonder sur les résultats de l'analyse fondée sur les droits de l'homme effectuée dans le cadre d'une approche participative par le ministère de la santé et les autres parties prenantes intéressées, sur les informations concernant les priorités des personnes marginalisées, sur un ensemble de données statistiques désagrégées, ainsi que sur des données cliniques et géographiques (voir la section 4.3 pour ce qui concerne les données désagrégées).

L'observation générale n° 14 définit un ensemble d'obligations fondamentales en matière de droit à la santé, au nom desquelles les pouvoirs publics sont tenus d'assurer :

- l'accès à une alimentation essentielle minimale, suffisante et sûre sur le plan nutritionnel ;
- l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ;
- la fourniture de médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels ;
- l'offre de soins de santé génésique, maternelle (prénatals et postnatals) et infantile ;

50 M. Pearson. *Allocating public resources for health: developing pro-poor approaches*. Londres, DFID health systems resource centre, 2002. www.healthsystemsrc.org

- la vaccination contre les principales maladies infectieuses ;
- l'éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes sanitaires du pays, y compris les méthodes visant à les prévenir et à les maîtriser.

Pour assurer l'égalité d'accès aux services de santé, il est important de définir, outre les services qui doivent être dispensés, un seuil minimal de prestations dont l'accès soit garanti à tous par les pouvoirs publics. L'identification des prestations auxquelles les individus ont droit et une large diffusion d'informations sur cette question permettent à la population d'en appeler à la responsabilité des décideurs publics et de responsabiliser les dispensateurs de services de santé ; elles constituent à ce titre un aspect fondamental de l'approche du développement fondée sur les droits de l'homme⁵¹. Le cadre de référence (Disponibilité/Accessibilité/Acceptabilité/Qualité) défini dans la section 1 – cadre qui a également été proposé comme point de départ de l'analyse fondée sur les droits de l'homme dans la section 2.2 – peut également être très utile pour déterminer le seuil minimal de prestations et définir les droits correspondants. Les informations recueillies dans le cadre des consultations, les recherches participatives, les statistiques désagrégées, les données cliniques et géographiques peuvent être utilisées pour définir clairement et précisément, en tenant dûment compte des besoins des exclus, les services qui doivent être garantis, ainsi que pour essayer de

résoudre les difficultés qui auront pu être recensées sur la base de chaque critère. Parmi ces prestations minimales devront figurer :

- des services de santé génésique et sexuelle accessibles à tous dans un périmètre donné ;
- la gratuité des soins de santé primaires, notamment les services de santé maternelle, génésique et sexuelle ;
- des soins de santé primaires accessibles aux personnes handicapées ;
- l'accès des travailleurs migrants à l'ensemble des services de santé ;
- des informations sanitaires dans les langues locales ;
- des salles séparées et privées pour les consultations ;
- des accoucheuses expérimentées dans tous les établissements de soins primaires.

Un bon moyen de faire connaître au public les droits qui sont les siens en matière de santé pourrait être l'établissement d'une charte des droits des patients dans laquelle seraient définies les normes minimales à respecter en matière de dispensation des services. Les chartes de ce type établies au Bangladesh et au Ghana prévoient un certain nombre de garanties, notamment en matière de consentement éclairé, de secret médical⁵², de recours à un second avis et d'accès de chaque patient à son dossier médical. En 2000, le Ministère ougandais de la Santé a défini les droits des patients dans le cadre d'une stratégie d'amélioration de

⁵¹ Banque mondiale. *Rights, entitlements and social policy: concept note*. Washington, D.C., novembre 2006. www.worldbank.org

⁵² R. K. Murthy, B. Klugman et S. Weller. *Service accountability and community participation*. In : T. K. S. Ravindran et H. de Pinho (éd.). *The Right reforms? Health sector reform and sexual and reproductive health*. Johannesburg, Women's Health Project, School of Public Health, University of Witwatersrand, 2005 (manuel).

Chili : des garanties explicites en matière de santé

La loi chilienne qui définit le régime de garanties sanitaires est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006. Cette loi, ainsi que le décret commun du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances qui la complète, établit une liste de 40 maladies et définit les services garantis correspondants. La loi et le décret définissent un ensemble de normes en matière d'accès aux soins, de qualité, de fonctionnement (temps d'attente) et de protection financière. En faveur des groupes à faible revenu, la loi prévoit la prise en charge intégrale des dépenses de santé par le régime d'assurance-maladie auquel la plus grande partie de la population est affiliée. La loi définit également le droit de recours, qui peut s'exercer auprès de l'autorité sanitaire nationale. Le ministère de la santé et le ministère des finances sont tenus de revoir et d'actualiser les normes légales tous les trois ans⁵³.

⁵³ Banque mondiale. En collaboration avec la FUNASUPO, ainsi que IDB, EGLAC et OAS. *Realizing rights through social policy*. Document de travail provisoire pour « Workshop on explicit guarantees in the implementation of the economic, social and cultural rights in Latin America and the Caribbean », 2-4 avril 2007, Santiago (Chili). www.eclac.cl

⁵⁴ M. Björkman et J. Svensson. *Power to the people: evidence from a randomized experiment of a community based monitoring project in Uganda*. Londres, Centre for Economic Policy Research, juin 2007 (CEPR Discussion Paper No. 6344). www.cepr.org

la qualité des soins destinée aux établissements de soins primaires publics ou gérés par des ONG : droit à un traitement confidentiel ; droit d'être traité avec courtoisie, dans le respect du principe « premier arrivé, premier servi » ; droit d'être informé sur les pathologies et les médicaments ; droit à la gratuité des soins ; droit à une consultation médicale dans l'heure qui suit l'arrivée⁵⁴.

Quels que soient le contenu des droits et le moyen utilisé pour les porter à la connaissance du public, il importe que les pouvoirs publics s'engagent à respecter les normes convenues. Pour s'assurer que ces normes sont pertinentes, qu'elles peuvent être appliquées et représentent davantage que de vaines promesses, il conviendra de porter une attention toute particulière aux éléments suivants :

- les normes doivent être établies dans le cadre d'une démarche démocratique et participative – comme le processus de consultation mis en œuvre dans le cadre des SRP et les recherches participatives ;
- les normes doivent être intégrées dans la législation nationale et être conformes au droit international ;
- les normes doivent être largement diffusées ;
- les mécanismes locaux de responsabilisation doivent être accessibles et efficaces (voir section 3.2i) ;
- le travail de formation, d'information et de sensibilisation aux droits de l'homme destiné au personnel de santé et aux membres des professions auxiliaires de la

santé doit faire l'objet d'une attention toute particulière (voir section 3.2ii) ;

- les normes doivent être compatibles avec un financement durable (voir section 3.3ii) ;
- les normes doivent être considérées comme correspondant à un seuil minimal et non pas à un plafond⁵⁵.

L'établissement de normes susceptibles de répondre à ces divers critères ne manquera pas de soulever certaines difficultés. On risque en effet d'être amené à s'y reprendre à plusieurs fois dans la mesure où l'exiguïté des crédits est vraisemblablement appelée à réduire la marge de manœuvre du ministère de la santé. Par ailleurs, la demande n'est pas statique et, dans certains cas, le fait de garantir des droits à des services particuliers ou à des prestations minimales peut créer des difficultés imprévues susceptibles d'affecter aussi bien la qualité que la quantité des prestations. L'enjeu capital dans ce cas est de veiller à ce que soient en place les institutions et les procédures nécessaires pour que l'évolution de la demande puisse être prise en compte par les décideurs, lesquels pourront modifier en conséquence la répartition des ressources. Il conviendra également de procéder régulièrement à l'examen et à la révision des normes. Le cycle des SRP offre à cet égard un cadre de référence particulièrement précieux.



Ciblage

Le droit relatif aux droits de l'homme prévoit également l'adoption de mesures de

discrimination positive (des mesures préférentielles) en faveur des groupes exclus. Un ciblage par type de services, par communautés ou par catégories sociales clairement définies permettra de lutter efficacement contre les inégalités et de garantir un accès universel à un ensemble minimal de soins de santé. Diverses mesures sont envisageables : octroyer des crédits plus importants que la moyenne aux services de santé des communautés présentant des taux élevés de pauvreté ; accorder la priorité aux programmes de vaccination axés sur des maladies qui touchent beaucoup plus les groupes exclus ; consacrer d'importants investissements à l'amélioration de certains services (distribution d'eau, assainissement) dans les zones particulièrement défavorisées à cet égard.

Il sera moins efficace de cibler les services ou de déterminer qui doit bénéficier de la gratuité des soins en utilisant une approche « au cas par cas » de la pauvreté,

car il est alors difficile d'établir des critères qui soient à la fois fonctionnels sur le plan administratif, équitables et à l'abri de la corruption. Le travail de ciblage entraîne par ailleurs un certain nombre de coûts qui n'apparaissent pas immédiatement :

- coûts découlant d'un ciblage inapproprié : il est particulièrement difficile d'identifier les pauvres, en particulier les femmes ;
- coûts administratifs : un ciblage précis nécessite des recherches plus poussées auprès des bénéficiaires ;
- coûts, pour les bénéficiaires, des diverses démarches destinées à attester leurs droits à prestations ;
- coûts liés à l'impossibilité de pérenniser le système : il importe en effet que ceux qui ne sont pas pauvres puissent aussi bénéficier des services pour qu'il y ait une véritable volonté politique de préserver la quantité et la qualité des services⁵⁷.

Dans certains cas, les coûts liés au travail de ciblage des destinataires seront plus importants que les économies qu'il serait possible de réaliser en concentrant les ressources limitées sur un groupe bien défini. Ce sera vraisemblablement le cas dans les régions touchées par des conflits ou des crises, où toute tentative de ciblage risque d'être inappropriée et, administrativement parlant, impraticable. Dans ces cas-là, il sera sans doute plus efficace de proposer un éventail de base de services universels que d'essayer d'assurer à des groupes cibles un niveau de prestation plus élevé,

⁵⁵ A. Norton et D. Elson. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. Londres, Overseas Development Institute, 2002. www.odi.org.uk

⁵⁶ Merlin. Fiche d'information : *TB treatment in Tomsk, Russia*. www.merlin.org.uk

⁵⁷ D. Elson. *Op. cit.* (voir note 14).

FÉDÉRATION DE RUSSIE : PROGRAMME DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX DANS LES PRISONS

Dans les pays où la prévalence de la tuberculose est élevée, le risque de contracter la maladie est cent fois plus élevé pour les détenus – dont la plupart sont des jeunes gens issus d'un milieu très pauvre – que pour le reste de la population. L'état de santé des détenus est

souvent considéré comme une question secondaire et aucune mesure n'est prise pour améliorer leurs pitoyables conditions d'existence. A Tomsk, le gouvernement russe a collaboré avec un réseau d'ONG afin de faire bénéficier la population carcérale d'un programme DOTS-Plus ; à

Dzerzhinsk, l'ONG britannique Merlin fournit à d'anciens détenus des soins essentiels, veille à ce qu'ils puissent suivre leur traitement jusqu'à son terme et s'attache à réduire le risque de la pharmacorésistance dans le public⁵⁶.

Brésil : Bolsa Familia

Le gouvernement brésilien a consacré beaucoup d'efforts et de ressources à l'amélioration des dispositifs de protection sociale destinés aux familles les plus démunies. Les familles reçoivent directement une somme d'argent, à condition que tous les membres de la famille puissent, si nécessaire, bénéficier de l'aide sociale⁵⁸.

les prestations en question finissant toujours par être rationnées et par bénéficier à des personnes qui ne sont pas pauvres.

Prise en compte des déterminants de la santé

Comme le montre l'analyse de la santé et de la pauvreté fondée sur les droits de l'homme, les inégalités constatées dans le domaine de la santé sont liées à l'accès à toute une gamme de services et de ressources. Si le ministère de la santé n'est pas directement responsable de tout ce qui a trait à ces déterminants de la santé, il est cependant tenu de collaborer avec d'autres acteurs pour veiller à la cohérence de l'ensemble des volets des SRP et de s'assurer que les politiques menées dans d'autres

secteurs n'accroissent pas le risque d'exposition aux maladies. Lors de l'identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs, on pourra également s'attacher à recenser les organisations qui sont directement chargées des déterminants de la santé ou dont l'action est susceptible d'avoir des répercussions sur ces déterminants. Il est essentiel, pour traiter ces questions, de nouer des partenariats avec diverses organisations privées, non gouvernementales ou publiques.

Dans beaucoup de cas, le principal détenteur de devoirs est un autre ministère. Pour des raisons tant de gestion que de logistique, il est souvent difficile de mettre en place des stratégies intersectorielles. Pour s'acquitter de leurs obligations, les

SRI LANKA : ACCÈS À L'EAU ET À L'ASSAINISSEMENT

À Sri Lanka, après le tsunami de décembre 2004, des milliers de sans-abri ont été logés temporairement dans des camps. Handicap International a visité ces camps dans les districts de Batticaloa et d'Ampara pour contrôler les conditions d'accès à l'eau potable et aux sanitaires. Un plan destiné à améliorer la situation dans ce domaine a été élaboré pour chaque camp. Ce plan a été mis en œuvre grâce à l'action de sensibilisation entreprise auprès d'organismes chargés de l'exécution ; le financement des travaux a été assuré par Handicap International et les travaux eux-mêmes effectués par un partenaire local ou des entreprises de construction privées. Handicap International a mis en évidence divers problèmes, dont les difficultés d'accès à l'eau et aux sanitaires, les installations étant situées derrière les bâtiments, à l'extérieur ou au sous-sol ;

des difficultés également à faire comprendre aux entrepreneurs locaux l'importance de certains éléments susceptibles de faciliter l'accès aux équipements en question – des marches d'escalier régulières, une finition soignée des rampes d'escalier, par exemple. Les mesures prises pour remédier à ces problèmes ont été plus complexes et plus onéreuses que si ces derniers avaient été pris en compte dès le départ lors de l'établissement des plans et au cours des travaux. Après la phase post-crise, l'accent a été mis sur la mise en place d'installations durables. Comme suite à ces interventions, le directeur adjoint des services de santé d'Ampara a décidé d'établir des directives de base relatives aux conditions d'accès pour toutes les toilettes construites dans le cadre du programme de reconstruction⁵⁹.

⁵⁸ K. Lindert, Brazil: Bolsa Familia Program - scaling up cash transfers for the poor. In : *MfDR principles in action: sourcebook on emerging good practices*. www.mfdr.org
⁵⁹ S. Spitschan et A. Mesman. *Accessibility in water and sanitation: The Handicap International experience*. Leicestershire, Water Engineering and Development Centre, Loughborough University, 2006. <http://wedc.lboro.ac.uk>

Mexique : Progresa

Mis en place par le Gouvernement mexicain en 1997, Progresa est le plus important programme national de lutte contre la pauvreté, touchant 2,6 millions de ménages pauvres. Les familles pauvres reçoivent de l'argent en espèces et une aide alimentaire, à condition qu'ils scolarisent leurs enfants et qu'ils consultent les services de soins préventifs et les services de santé de base. Dans le souci de prendre en compte les nombreux déterminants de la santé, il a été convenu que les ménages remplissant les conditions requises et ayant accepté de continuer à participer aux services proposés bénéficieraient en retour de certains avantages⁶⁰.

dirigeants gouvernementaux devront aider le ministère de la santé à travailler en étroite collaboration avec les autres ministères. Pour pouvoir traiter des questions aussi complexes que la mortalité maternelle et le VIH/sida, il faut généralement instituer un point focal aux attributions clairement définies chargé de diriger et de coordonner les activités. Il n'est pas nécessaire qu'il exerce ses activités au sein même du ministère de la santé. Il importe également que l'établissement de liens horizontaux entre les secteurs et les organisations n'occulte pas la nécessité de liens verticaux garantissant la participation des titulaires de droits ainsi que la responsabilisation des détenteurs de devoirs vis-à-vis de ces derniers dans les communautés pauvres.

Parmi les initiatives relatives à la santé qui nécessitent une coordination intersectorielle figurent celles qui permettent d'assurer aux intéressés une eau potable et un assainissement de base ;

- un logement ou un abri adéquat et salubre ;
- des conditions de travail salubres et hygiéniques ;
- une nourriture en quantité suffisante, satisfaisante du point de vue nutritionnel, la sécurité alimentaire, des systèmes d'alerte rapide (assortis des dispositifs d'intervention nécessaires) ;
- la sécurité sociale (régime d'assurance maladie) ;
- l'éducation pour la santé dans les écoles.

Tout ce qui a été dit précédemment à propos de l'établissement des normes et du recensement des problèmes vaut également pour les discriminations et les inégalités qui hypothèquent l'accès aux déterminants de la santé.

3.2 Prise en compte des contraintes institutionnelles et des déficits de capacité

i Renforcement de la participation et de la responsabilisation dans les services de santé

Le volet sanitaire de la SRP doit s'attacher à remédier à toutes les difficultés institutionnelles ou autres, l'objectif étant de promouvoir la participation des groupes exclus aux services de santé et autres services connexes et la responsabilisation des prestataires de services.

Dans beaucoup de pays, l'analyse fondée sur les droits de l'homme risque sans doute de mettre en évidence le fait que les mécanismes administratifs de responsabilisation et les collectivités locales servent les intérêts des élites et que le contrôle des services n'est pas efficace. Dans des situations de ce genre, certains mécanismes peuvent permettre d'instaurer entre les prestataires des services et les groupes exclus et marginalisés un système de responsabilisation plus efficace. Il sera notamment possible d'utiliser un système de compte rendu ou de mettre en place un suivi communautaire. Dans les pays dont la législation nationale garantit un minimum de droits au titre du droit à la santé ou qui ont adopté une charte

⁶⁰ Q. Wodon et al. Mexico's PROGRESA: Innovative targeting, gender focus and impact on social welfare. In : The World Bank Group, «en bref», n° 17, janvier 2003. www.worldbank.org

Philippines : planification et prise de décision à l'échelon communautaire

En janvier 2003, le Gouvernement philippin a lancé une initiative de lutte contre la pauvreté à ancrage local. Le projet s'appuie sur les décisions prises lors d'assemblées de village réunissant la totalité des habitants. Les communautés définissent leurs propres priorités, sélectionnent un certain nombre de projets dont ils supervisent le financement et la mise en œuvre. Le projet a depuis été étendu à 42 des provinces les plus pauvres du pays⁶¹.

des droits des patients, on dispose d'outils susceptibles de faciliter grandement la mise au point d'indicateurs, le travail de suivi et les comptes rendus sur la mise en œuvre. Faciliter l'accès à l'information, de manière que la population soit en mesure de comparer la performance de ses services de santé avec celle d'autres établissements, est essentiel pour la réussite du suivi communautaire.

Une participation plus poussée à la gestion des services de santé locaux peut contribuer à accroître l'efficacité des organismes chargés de la composante administrative du processus de responsabilisation, comme les commissions sanitaires locales et régionales. Un renforcement systématique des mécanismes locaux de responsabilisation peut à son tour entraîner une amélioration de la qualité des prestations, de l'utilisation des services et de la situation sanitaire⁶².

Pour renforcer ces institutions dans le cadre des SRP, il est recommandé de mettre sur pied, au sein du ministère de la santé, une commission indépendante ou un groupe de travail qui sera chargé de promouvoir la participation communautaire et la responsabilisation des gestionnaires des services de santé⁶³. Un certain nombre de tâches pourraient lui être confiées, dont :

- l'examen du fonctionnement des dispositifs de gestion, de participation et de responsabilisation nationaux, régionaux et locaux, ainsi que des articulations entre ces dispositifs ;

- un examen de l'efficacité des dispositifs de contrôle et des voies de recours administratifs, notamment les organisations de défense des consommateurs ou les organismes de surveillance, le but étant de s'assurer que les politiques sont effectivement mises en œuvre et que des mesures concrètes ont été prises pour faire droit aux préoccupations locales ;

- la formulation de recommandations concernant l'utilisation des fiches de comptes rendus et autres mécanismes de suivi communautaire, l'objectif étant de renforcer les mécanismes de responsabilisation directe entre les utilisateurs et les prestataires de services ; la transparence dans l'établissement du budget et les activités de suivi ;

- les quotas à respecter pour la participation des femmes, des personnes handicapées et autres catégories de la population exclues ou marginalisées, au sein des commissions nationales, régionales ou locales ;

- les facteurs susceptibles de limiter la participation – par exemple, la gestion de la logistique des approvisionnements en médicaments ne se prête pas nécessairement à la participation et il y a lieu de tenir compte des questions du droit au respect de la vie privée et de la confidentialité ;

- les mesures destinées à renforcer la capacité des marginalisés et des exclus, et des organisations qui les représentent, à participer au processus décisionnel ;

- la diffusion des informations destinées à permettre aux intéressés de faire valoir leurs droits (voir section 3.2ii).

⁶¹ www.worldbank.org

⁶² M. Björkman *et al.* *Op. cit.* (voir note 54).

⁶³ R. K. Murthy *et al.* *Op. cit.* (voir note 52).

UGANDA : UN SUIVI COMMUNAUTAIRE EFFICACE

Pour répondre à des insuffisances patentées dans le domaine des services de soins primaires, un projet pilote d'utilisation de fiches de compte rendu a été lancé par la Banque mondiale et l'Université de Stockholm, en coopération avec le Ministère ougandais de la Santé, dans 50 établissements de soins situés dans des zones rurales du pays. Le principal objectif du projet était de renforcer la responsabilité des prestataires de services vis-à-vis des bénéficiaires en renforçant les moyens de contrôle des communautés. Dans chaque district participant, une moitié des établissements a été affectée de façon aléatoire au groupe expérimental (dont les membres ont reçu les fiches de compte rendu), l'autre moitié au groupe témoin. Le travail a été effectué sur la base des droits des patients, définis dans la stratégie d'amélioration de la qualité des soins adoptée par les pouvoirs publics. Au bout d'une

année, le taux de fréquentation moyen était de 16 % plus élevé dans les communautés « expérimentales » et l'on pouvait constater des améliorations sensibles des pratiques des prestataires, notamment au niveau de la vaccination des enfants, du temps d'attente et des procédures d'examen, une augmentation du poids des enfants et un recul sensible de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Par la suite, ces mêmes communautés participèrent encore plus activement au contrôle des prestataires, mais sans augmentation apparente du financement assuré par les pouvoirs publics. Ces résultats laissent entendre que l'amélioration, tant quantitative que qualitative, de la dispensation des services de santé est due au fait que le personnel de santé, se sentant davantage responsable vis-à-vis de la communauté, a consacré davantage d'efforts à servir cette dernière⁶⁴.

La question de la responsabilité des donateurs à l'égard des pauvres sera examinée dans la dernière partie de cette section. La question de l'utilisation de mécanismes communautaires pour le contrôle et l'évaluation des SRP et le rôle des mécanismes de responsabilisation judiciaires, quasi judiciaires et politiques dans la protection des droits des pauvres seront examinés plus en détail dans la section 3.3.

Information et compétences nécessaires aux titulaires de droits et aux détenteurs de devoirs

Les programmes de formation portant sur les connaissances, les compétences et les pratiques nécessaires pour promouvoir les droits de l'homme constituent l'un des principaux éléments d'une stratégie sanitaire globale. La réforme des institutions a bien peu de chances de porter ses fruits si la population n'est pas en mesure de se prévaloir des nouveaux systèmes et des nouvelles procédures. Dans certaines situations, après un conflit par exemple, lorsque les institutions de l'État sont démantelées ou totalement discréditées, c'est en commençant par renforcer les capacités des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs que l'on aura les meilleures chances d'améliorer le fonctionnement des services de santé et des services connexes.

La détermination des besoins des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs en matière d'information et la formulation de recommandations à ce sujet pourraient être confiées au groupe de travail chargé des questions relatives à la participation et à la responsabilisation (section 3.2i). Les stratégies d'information sanitaire visent généralement à renseigner le grand public sur certaines questions relatives à la santé, comme le VIH/sida et la santé génésique et sexuelle. Une approche fondée sur les droits de l'homme insistera quant à elle sur la nécessité de mettre gratuitement à la disposition de chacun, notamment les adolescents, des informations fondées sur

⁶⁴ M. Björkman *et al. Op. cit.* (voir note 54).

Afrique du Sud : procédures de recours

La Loi nationale de 2003 sur la santé dispose qu'il faut établir des directives sur les procédures permettant aux usagers de formuler des plaintes, des réclamations ou des propositions concernant les services de santé. Chaque établissement de soins doit afficher cette procédure à l'entrée, de manière que tout le monde puisse en prendre connaissance. Chaque plainte déposée doit être prise en compte. Des réclamations concernant le comportement de tel ou tel agent de santé peuvent également être adressées à l'Ordre des médecins, aux organisations d'infirmières et autres professionnels de la santé⁶⁵.

Hongrie : Autonomia Alapítvány – fondation hongroise pour l'autonomie

Créée en 1990, la fondation collabore directement avec des communautés rom à la mise en place de nouveaux modèles de développement qui tiennent compte de la spécificité de la culture rom et des conditions économiques dans lesquelles vit cette population. Dans le cadre d'un dialogue direct avec les responsables du financement, les Rom planifient leurs propres projets et définissent l'échéancier du remboursement des prêts⁶⁶.

des éléments probants.

Il faut que les individus sachent précisément quels sont leurs droits pour pouvoir s'en prévaloir. La diffusion des informations pertinentes pourra se faire à l'aide de diverses méthodes novatrices, y compris par l'intermédiaire des médias et, selon le contexte culturel, à l'aide d'outils de communication comme le théâtre, les jeux de rôle ou les récits.

La diffusion des informations dont les titulaires de droits ont besoin pour faire valoir leurs prérogatives est une tâche beaucoup plus complexe dans des environnements caractérisés par la grande diversité des prestataires de santé, tant publics que privés. Même lorsqu'une législation réglemente les activités des organisations privées ou non gouvernementales qui dispensent des soins ou dont l'activité a un retentissement sur le secteur de la santé, ces organisations sont si nombreuses et si diverses qu'il est difficile de garantir leur responsabilisation. Pour pouvoir s'y retrouver, les intéressés ont besoin de renseignements précis, pour savoir par exemple si les médicaments vendus sont authentiques et ne sont pas périmés, ainsi que de protocoles simples pour le traitement des pathologies les plus communes⁶⁷.

Les individus et les groupes ont besoin de certaines compétences pour être en mesure de faire valoir leurs droits. Les personnes qui ont souffert de comportements discriminatoires ou abusifs ont besoin qu'on les aide à acquérir une certaine confiance en eux-mêmes, en sorte qu'ils puissent se

faire respecter lorsqu'ils sont appelés à traiter avec des prestataires de soins ou des responsables. Pour être en mesure de participer au processus décisionnel et de faire valoir leurs droits, il faut notamment qu'ils apprennent à s'organiser, à plaider leur cause, qu'ils acquièrent des connaissances dans le domaine de la politique et du droit. Les organisations locales et les ONG sont souvent les mieux placées pour mener à bien ce travail de formation. Ces organisations peuvent être financées par des ONG internationales ou des donateurs. Les responsables du ministère de la santé, les planificateurs et les prestataires de services peuvent reconnaître la légitimité de ce travail en coopérant avec les organisations locales et, si possible, en mettant en œuvre leurs propres programmes de renforcement des capacités.

Les responsables gouvernementaux et les personnels de santé ont eux aussi besoin d'être informés et formés pour être en mesure de promouvoir les droits des plus démunis. Une formation aux droits de l'homme doit viser davantage qu'une information théorique et s'attacher à développer les connaissances, les compétences et les pratiques qui permettront aux prestataires de soins de traiter tous les patients avec respect et en tenant compte d'un certain nombre d'impératifs culturels. Au sein même du ministère de la santé, le travail de renforcement des capacités devra porter sur l'analyse et l'établissement des budgets, les compétences interdisciplinaires, la recherche et la capacité à prendre part à des

processus participatifs. Les programmes de formation et de renforcement des capacités destinés au personnel du ministère de la santé devraient être incorporés dans la stratégie sanitaire et imputés sur le budget correspondant.

Le travail de sensibilisation, d'analyse et de planification pour toutes les questions relatives à l'égalité entre hommes et femmes est également une composante essentielle des programmes de renforcement des capacités dans le domaine des droits de l'homme. Quelques ONG internationales, certains donateurs et organismes d'aide au développement, ainsi que certains instituts de recherche nationaux et ONG connaissent particulièrement bien ces questions. De nombreuses organisations donatrices se sont engagées explicitement à promouvoir l'égalité entre hommes et femmes et peuvent apporter de précieuses contributions financières pour la formation dispensée dans ce domaine.



Législation et politiques visant à garantir le respect, la protection et l'exercice du droit à la santé

RESPECT DU DROIT À LA SANTÉ

En vertu de l'obligation qui lui incombe de respecter les droits de l'homme, l'État est tenu de prendre les dispositions nécessaires pour réformer les législations présentant un caractère discriminatoire, comme celles qui restreignent l'accès des adolescents et des femmes aux services de santé génésique et sexuelle. Ces restrictions

auront pu être recensées dans le cadre de l'analyse fondée sur les droits de l'homme. Dans certains pays, les gouvernements ont promulgué des lois contre la discrimination, en faveur notamment des personnes affectées par le VIH/sida. La révision et la réforme des législations peuvent prendre beaucoup de temps, mais, à long terme, s'avèrent indispensables pour fonder les normes assignées au système de santé sur un cadre juridique cohérent et pour assurer leur conformité aux normes internationales relatives aux droits de l'homme.

Il conviendra également de s'intéresser de près aux législations, politiques et pratiques discriminatoires qui induisent des inégalités d'accès aux déterminants de la santé. Il est courant que les femmes et les hommes ne soient pas traités sur un pied d'égalité dans les lois qui régissent l'accès aux ressources et aux services. Dans beaucoup de pays, la discrimination fondée sur le sexe n'est pas seulement la résultante de présupposés sexistes véhiculés par la législation, elle s'enracine également dans le droit coutumier, les normes et les comportements sociaux. La prise en compte de cette problématique peut nécessiter la mise en place de programmes de formation du personnel aux systèmes juridiques classiques et informels (voir section 4.6) ainsi que des réformes de la législation. Parmi les éléments à considérer figureront :

- l'égalité entre femmes et hommes en matière de propriété et d'héritage ;
- l'égalité entre femmes et hommes dans

⁶⁵ S. Khoza, réd. *Socio-economic rights in South Africa*, 2^e édition. Bellville, Community Law Centre, University of the Western Cape, 2007.

⁶⁶ www.autonomia.hu

⁶⁷ H. Standing. *Understanding the 'demand side' in service delivery: definitions, frameworks and tools from the health sector*. Londres, DFID Health Systems Resource Centre, mars 2004. www.dfidhealthrc.org

Pérou : une maternité sans risques culturellement acceptable

Dans certaines régions, la mortalité maternelle est trois fois plus élevée parmi les communautés andines que la moyenne nationale. De nombreux facteurs expliquent ce phénomène, l'un étant la proportion de femmes qui préfèrent accoucher chez elles plutôt qu'à la maternité. Des entretiens avec des femmes ont révélé que les services en place utilisent des pratiques médicales modernes et n'accordent guère d'intérêt aux pratiques traditionnelles des Andes, ce qui exerce un effet profondément dissuasif sur les mères. L'UNICEF a travaillé en collaboration avec des dispensateurs de soins locaux pour adapter les services aux femmes andines en fonction de leurs préférences et de leurs désirs – utilisation d'infusions à base de plantes, sages-femmes utilisant les techniques traditionnelles, choix de la position pour l'accouchement, absence de personnel masculin, couleur des murs et des tissus⁶⁸.

OMS, WPRO/Image Bank/Sepia Suinella



le domaine de l'emploi et des conditions de travail ;

- l'égalité entre filles et garçons pour ce qui est du droit à la scolarisation gratuite dans le primaire ;
- l'égalité d'accès à la justice et aux voies de recours administratives.

La SRP devrait comporter un ensemble de mesures législatives et politiques destinées à assurer le contrôle et la réglementation d'autres activités jugées préjudiciables à la santé dans le cadre de l'analyse fondée sur les droits de l'homme. Les réglementations devraient notamment :

- interdire la commercialisation de médicaments dangereux ;
- prévenir l'imposition de soins médicaux ;
- veiller à ce que d'importantes informations relatives à la santé ne soient pas dissimulées ou déformées ;
- veiller au respect du caractère confidentiel des données médicales personnelles afin de protéger les intéressés contre la stigmatisation et la discrimination ;
- interdire les pratiques ou traitements traditionnels dont la nocivité est avérée ;

- veiller à ce que le recours aux soins et aux médicaments traditionnels bénéfiques ne soit pas entravé ;
- prendre des mesures correctives lorsqu'il est avéré que certains engagements internationaux hypothèquent l'exercice du droit à la santé.

PROTECTION DU DROIT À LA SANTÉ

L'identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs permet d'identifier les divers acteurs non étatiques dont l'action est appelée à avoir un retentissement sur la santé.

Ces acteurs peuvent être :

- des compagnies multinationales, notamment des entreprises pharmaceutiques ;
- des entreprises privées nationales ;
- des compagnies d'assurances ;
- des prestataires de soins de santé privés ;
- des instituts de recherche médicale ;
- des ONG nationales et internationales.

Une grande partie de ces organisations peuvent jouer un rôle positif dans le domaine de la santé, mais il incombe aux pouvoirs publics de contrôler et de réglementer leurs activités en :

- réglementant la commercialisation ou la distribution de substances nuisibles à la santé comme le tabac, l'alcool ou certains types d'aliments ;
- adoptant des réglementations et des mesures pour veiller à ce qu'elles soient effectivement appliquées, pour que le

68 S. Mayhew. *Acting for reproductive health in reform contexts: challenges and research priorities* (document d'information pour : Technical consultation on health sector reform and reproductive health: developing the evidence base. Genève, OMS, 2004. www.who.int)

Philippines : législation contre la discrimination dans le domaine du VIH/sida

La Loi de 1998 sur la prévention et la lutte contre le VIH/sida adoptée en 1998 aux Philippines est le résultat d'une longue campagne menée pendant plusieurs années par un ensemble d'ONG des Philippines et de juristes spécialistes des droits de l'homme en vue de placer la reconnaissance des droits des groupes vulnérables sous la responsabilité expresse de l'État. La loi dispose notamment que les personnes qui doivent subir un dépistage doivent donner leur consentement par écrit et être dûment informées au préalable et interdit dans divers secteurs – emploi, écoles, tourisme, service public, organismes de crédit et d'assurances, soins de santé et services funéraires – tout comportement discriminatoire fondé sur le statut VIH, réel ou supposé⁶⁹.

⁶⁹ *Le VIH/Sida et les droits humains en bref - Guide concis et utile pour l'action et cadre de travail pour le progrès des actions contre le VIH/sida et pour les droits de la personne.* Program on International Health and Human Rights, Centre François-Xavier Bagnoud pour la Santé et les Droits de l'Homme, Harvard School of Public Health and the International Council of AIDS Service Organizations, 2004. www.hsph.harvard.edu/pihhr/files/FRENCH.pdf

traitement et l'évacuation des déchets industriels et ménagers, notamment les produits agrochimiques, ne nuisent pas à la santé des travailleurs ou des communautés locales intéressés.

Les pouvoirs publics devraient également veiller à ce que ni leurs activités et leurs politiques ni les opérations à l'étranger d'un quelconque acteur non étatique, comme les entreprises qui ont leur siège dans leur pays, ne puissent nuire d'une manière ou d'une autre au droit à la santé de personnes vivant dans d'autres pays. Cela vaut notamment pour les décisions concernant les sanctions ou les mesures d'embargo prises contre un pays, pour les négociations d'accords commerciaux ou douaniers, ainsi que pour la réglementation des activités menées à l'échelle mondiale par des entreprises pharmaceutiques nationales.

MISE EN ŒUVRE DU DROIT À LA SANTÉ

En vertu de l'obligation qui leur incombe de mettre en œuvre le droit à la santé, les États sont tenus de prendre des mesures concrètes destinées à garantir aux individus et aux communautés la jouissance du droit à la santé. Il en découle que l'État doit promouvoir résolument les activités susceptibles de renforcer la capacité des individus à subvenir à leurs propres besoins, en créant par exemple les conditions nécessaires pour que le marché puisse fournir les services de santé nécessaires à la population. Il peut même être appelé à aller encore plus loin et à assurer lui-même la dispensation des

services, dans les cas où c'est le seul moyen de garantir l'accès à ces derniers, situation qui se présente par exemple lorsqu'il faut compenser certains dysfonctionnements du marché ou venir en aide à des groupes qui ne sont pas en mesure d'accéder aux services par leurs propres moyens.

Dans ce contexte, la définition de la gamme de services essentiels dont l'offre doit être garantie par les pouvoirs publics (voir section 3.1) constituera une précieuse référence pour la détermination des droits minimaux à respecter au titre du droit à la santé au niveau national. Il importe que cette gamme de services essentiels soit prise en compte, de manière cohérente, par le système d'assurance maladie du pays considéré.

Plus généralement, l'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé impose aux pouvoirs publics de diffuser, et faire diffuser, les informations pertinentes sur les modes de vie et de nutrition favorables à la santé, les pratiques traditionnelles nocives et les services disponibles, de promouvoir la recherche médicale, de veiller à ce que les médecins et autres personnels de santé suivent une formation appropriée, de s'assurer qu'il y ait suffisamment d'hôpitaux, de dispensaires et autres établissements de soins, ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques nationales visant à réduire et à éliminer la pollution de l'air, de l'eau et du sol.

Karnataka (Inde) : le prix de l'absence de réglementation sur les soins de santé maternels

Des recherches sur les soins de santé maternelle menés à Karnataka (Inde) ont montré que l'un des principaux facteurs de mortalité et de morbidité était le caractère irrationnel et inapproprié de soins dispensés dans les services obstétricaux d'urgence. On a constaté par exemple que des médecins agréés par l'État, de jeunes assistants médicaux et des praticiens de la santé non formés travaillant en zone rurale faisaient par exemple des injections ou des perfusions intraveineuses aux parturientes, que cela soit ou non nécessaire. Faute d'une réglementation adéquate établie par les pouvoirs publics ou les associations professionnelles, les prestataires de services, sous la pression de la concurrence, sont davantage incités à vendre des produits pharmaceutiques et à utiliser des technologies diagnostiques qu'à promouvoir la prévention ou à proposer des soins curatifs efficaces⁷⁰.

⁷⁰ A. George, A. Iyer et G. Sen. *Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India*. Brighton, Institute of Development Studies, septembre 2005 (IDS Working Paper 253). www.ids.ac.uk

3.3 Financement de la stratégie sanitaire

i *Politiques macroéconomiques*

Certaines des interventions décrites plus haut peuvent être réalisées avec un minimum de ressources supplémentaires. Globalement, toutefois, l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé implique presque nécessairement un financement accru et une redistribution des ressources existantes. Les politiques macroéconomiques déterminent le montant de l'enveloppe budgétaire des pouvoirs publics ainsi que la part des ressources qu'il convient d'affecter au secteur de la santé. Il n'existe pas de formule simple permettant d'identifier les politiques économiques les plus aptes à promouvoir le droit à la santé, mais il est possible, en s'appuyant sur les principes de la non-discrimination, de l'égalité, de la participation et de la responsabilisation, de localiser les conflits potentiels, puis de procéder aux arbitrages nécessaires, entre des impératifs divergents – besoins du secteur de la santé, inflation, dette, croissance.

L'orthodoxie économique considère qu'un taux d'inflation peu élevé, un déficit budgétaire minimal et le maintien de la dette publique à un niveau soutenable sont les outils les plus propices à favoriser la croissance et réduire la pauvreté. On constate toutefois que les politiques qui reposent sur ces principes ne sont pas nécessairement des plus efficaces en matière de lutte contre la pauvreté. Certains ont fait valoir qu'une plus grande souplesse dans la

détermination des objectifs macroéconomiques permettrait de dégager davantage de ressources pour le secteur de la santé et favoriserait une croissance plus soutenue.

Dans certains pays, il est procédé à une évaluation de l'impact sur la pauvreté et sur le plan social des mesures économiques envisagées (PSIA). Cette évaluation, si elle est effectuée par des organisations indépendantes, peut aider à mettre en évidence les risques présentés par les diverses options stratégiques. Des travaux ont été entrepris récemment sur la manière d'intégrer à ces évaluations (notamment aux PSIA) une évaluation de l'impact sur les droits de l'homme⁷¹. Une PSIA peut être un instrument précieux pour engager un débat public sur les orientations politiques les plus délicates. Il faut cependant tenir dûment compte des aspects financiers de ce type d'évaluation qui implique des coûts tant pour les organismes de crédit que pour les pays emprunteurs et suppose en outre que prêteurs et emprunteurs soient prêts à accepter des recommandations qui ne seront pas toujours bienvenues.

Le respect des normes et des principes relatifs aux droits de l'homme veut que l'établissement des politiques macroéconomiques ait lieu dans le cadre de processus décisionnels fondés sur la participation, l'inclusion, la responsabilisation et la transparence, ce qui suppose à la fois un contrôle parlementaire et un engagement de la part des principaux acteurs concernés, notamment le ministère de la santé et la société civile. Dans la pratique, la mise au point de

L'ÉTUDE DE L'IMPACT DES POLITIQUES MACROÉCONOMIQUES SUR LE DROIT À LA SANTÉ NÉCESSITE LA PRISE EN CONSIDÉRATION DE QUELQUES QUESTIONS FONDAMENTALES, DONT⁷² :

La libéralisation des services, qui peut influencer directement sur la qualité et la disponibilité des services de santé pour les pauvres. La libéralisation présente certes un certain nombre d'avantages – élargir le créneau de la médecine faisant appel aux ressources de l'Internet, permettre une mobilité internationale accrue aux patients à la recherche d'un traitement spécialisé, attirer les investissements directs étrangers dans les services de santé, permettre à ces derniers de recruter du personnel dans le monde entier ; on peut toutefois craindre que seuls les plus riches soient en mesure de bénéficier de ces diverses possibilités et qu'en revanche les pays et les communautés pauvres n'aient à en pâtir. Pour l'instant, les gouvernements conservent encore la marge de manœuvre nécessaire pour déterminer le degré de libéralisation qu'ils souhaitent atteindre dans leurs services, notamment dans le secteur de la santé. Il est donc capital d'examiner soigneusement l'impact possible de ces évolutions sur le droit à la santé de tous, en particulier des pauvres.

La politique monétaire. Le FMI a récemment revu ses orientations sur les objectifs d'inflation et, alors qu'il prônait jusque-là un taux d'inflation minimal, autorise désormais des taux compris entre 5 % et 10 %. De fait, le ralentissement de la croissance et la diminution de la valeur de l'argent qui accompagnent une forte inflation peuvent être préjudiciables aux pauvres. Mais si l'on vise des niveaux d'inflation trop bas, les mesures prises à cet effet peuvent comporter une limitation des dépenses consacrées aux secteurs sociaux, y compris celui de la santé, ainsi que d'autres investissements des pouvoirs publics visant à améliorer le sort des plus démunis.

Les flux d'aide. Les points de vue sont partagés sur l'impact macroéconomique d'une augmentation de l'aide. Certains ont prétendu qu'une aide massive peut entraîner ce qu'il est convenu d'appeler le « syndrome

hollandais », soit une instabilité macroéconomique qui se traduit par de l'inflation et une appréciation du taux de change. L'appréciation du taux de change peut réduire la compétitivité internationale et le potentiel d'exportation du pays et, de ce fait, provoquer un ralentissement de la croissance. D'autres ont fait observer que ces conséquences sont de moindre ampleur si les flux d'aide sont correctement affectés et bien « absorbés », ce qui implique que les gouvernements augmentent leurs dépenses et les consacrent prioritairement à des investissements publics, d'autre part que l'on augmente les importations, en ciblant principalement les biens d'équipement. Dans de nombreux pays en développement, des capacités de production sous-utilisées peuvent tout à fait être mobilisées pour répondre à la demande accrue de biens et de services nationaux émanant des pouvoirs publics sans que cela provoque de l'inflation ou n'exerce un effet dissuasif sur l'investissement privé⁷³.

Les plafonds salariaux. Une politique économique nationale qui n'instaure pas de plafonds salariaux dans le secteur de la santé peut toutefois exercer certaines pressions sur les salaires afin de libérer des ressources susceptibles d'être investies dans des domaines prioritaires et de garantir aux futurs budgets une certaine souplesse. De telles mesures ont un effet indirect sur la masse salariale et les ressources humaines du secteur de la santé. Dans ce secteur, la densité médicale est un facteur capital pour la dispensation de services de qualité. Dans beaucoup de pays, les effectifs sont inférieurs au niveau considéré comme le minimum nécessaire. Le fait de réduire les effectifs du personnel administratif en faveur des agents de santé travaillant « en première ligne » peut, à long terme, réduire la capacité du gouvernement à débloquer rapidement et efficacement des fonds.

⁷¹ P. Hunt et G. MacNaughton. *Impact assessments, poverty and human rights: a case study using the right to the highest attainable standard of health*. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2006 (Health and Human Rights Working Paper Series No 6). www.who.int/hhr

⁷² *Influencing poverty reduction strategies*.

⁷³ T. McKinley. *Why is 'the Dutch disease' always a disease? The macroeconomic consequences of scaling up ODA*. Brasilia, International Poverty Centre, Programme des Nations Unies pour le développement, novembre 2005 (UNDP working paper number 10). www.undp.org



OMS/Éric Miller

la politique macroéconomique est souvent fondée sur des entretiens bilatéraux entre le FMI et le ministère des finances, auxquels ni le ministère de la santé ni les autres parties prenantes ne sont invités à participer⁷⁴. Le fait d'engager un vaste processus de consultation avec les organisations de la société civile pour la mise au point du volet sanitaire d'une SRP peut contribuer à donner davantage de poids au ministère de la santé, lorsque ce dernier est appelé à débattre des questions macroéconomiques avec le ministère des finances. Il importe également de renforcer les capacités dont le personnel du ministère de la santé et les représentants de la société civile ont besoin pour être en mesure de traiter efficacement ces questions.

Dans les pays tributaires de l'aide, la participation des donateurs aux décisions touchant les politiques macroéconomiques

peut susciter encore d'autres difficultés. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, que nous avons évoquée dans la section 1 et que nous examinerons plus en détail à la fin de cette section, offre un cadre pour l'instauration, entre les donateurs et les gouvernements, de relations cohérentes fondées sur la participation, l'inclusion et la responsabilisation.

Le budget du secteur de la santé

Le budget du secteur de la santé est par excellence l'outil qui garantit que l'affectation des ressources correspond aux objectifs stratégiques, aux priorités et aux normes de fonctionnement convenus. L'estimation des coûts, la mise au point d'un programme de dépenses approprié et la mobilisation des ressources nécessaires sont, techniquement et politiquement parlant, des opérations complexes. Les principes des droits de l'homme – non-discrimination, égalité, participation et responsabilisation – doivent être appliqués à chaque étape du processus budgétaire.

ÉVALUATION DU COÛT DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre d'une gestion conventionnelle des allocations budgétaires, on a souvent tendance à répartir les ressources comme cela s'est fait dans le passé, chaque établissement de soins se voyant attribuer un montant donné, susceptible d'augmenter ou de diminuer en fonction de l'évolution globale du budget de la santé. Ce type d'approche peut contribuer à aggraver les

⁷⁴ A. Wood. *IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets*. Amsterdam, Wemos Foundation, septembre 2006. www.wemos.nl

inégalités existantes, au niveau que ce soit des ressources, de l'accès aux services ou de la situation sanitaire. Il serait nettement préférable que le budget favorise la répartition des ressources entre les populations, les zones géographiques et les services, conformément aux objectifs stratégiques, aux priorités et aux normes minimales qui auront été définis dans le cadre du processus de consultation.

Les travaux effectués dans le domaine de la budgétisation sexospécifique ont montré à quel point il est difficile de définir des ratios de dépense simples et quantitatifs susceptibles de permettre une évaluation des ressources nécessaires pour remédier à telle ou telle inégalité. L'analyse budgétaire sexospécifique montre bien que les projets mis en œuvre en faveur des femmes ne promeuvent pas nécessairement l'égalité entre les sexes, alors que c'est le cas de nombreux programmes qui ne s'adressent pas spécifiquement aux femmes. Certains gouvernements ont décidé qu'une partie du budget de tous les organismes publics doit être consacrée à la promotion de l'égalité entre les sexes. C'est le cas notamment du gouvernement des Philippines, qui consacre à cet objectif 5 % des finances publiques. Cependant, l'utilisation que font les organismes publics de ces fonds ne va pas nécessairement dans le sens de la promotion de l'égalité entre hommes et femmes. Une formule plus efficace a été définie comme suit :

accorder une même importance aux priorités des femmes et des hommes en favorisant les priorités qui favorisent concrètement l'égalité⁷⁵.

Lorsque les priorités et le niveau minimal de prestations de santé ont été établis, dans le cadre de l'approche participative décrite plus haut (voir section 3.1), la formule peut être étendue à d'autres groupes exclus.

L'évaluation du coût des services et des normes convenus demande des compétences, du savoir-faire et du discernement. Divers modèles et méthodes pourront être utilisés. Quel que soit le modèle retenu, les planificateurs de la santé devraient examiner non seulement les coûts liés à l'intervention en tant que telle mais aussi les contraintes systémiques qui ont affecté la fourniture des services dans le passé. Les dépenses nécessaires pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de soins de santé de qualité pour les exclus risquent d'être beaucoup plus élevées que pour des groupes disposant de davantage de moyens. De même, les investissements nécessaires pour intervenir auprès de pauvres vivant dans des zones rurales coupées du reste du monde et où pratiquement aucun investissement n'a été effectué pendant des décennies vont à l'évidence être beaucoup plus élevés (coûts liés aux transports, frais de personnel, aux infrastructures sanitaires) que lorsque les destinataires vivent dans des régions bien desservies. Il conviendra également de tenir compte, lors de l'évaluation des coûts, du fait que la

⁷⁵ D. Elson. *Op. cit.* (voir note 14).

maladie constitue une charge plus importante pour les exclus et que les soins de santé coûtent relativement plus cher aux pauvres. Il faudra à l'évidence beaucoup investir pour remédier à ces inégalités ; il importe toutefois de ne pas oublier qu'à long terme l'inaction aura elle aussi un prix et entraînera notamment une baisse de rendement des services publics, un ralentissement de la croissance économique ainsi que des troubles sociaux.

Etant donné qu'il est peu vraisemblable qu'une augmentation de ressources suffise à elle seule à compenser les inégalités, il sera souvent nécessaire de procéder à une redistribution progressive de ces ressources. Quel que soit le contexte, une nouvelle répartition des ressources entre zones géographiques ou entre services est une démarche qui comporte un certain nombre d'enjeux politiques et qui ne pourra être menée à bien que si elle bénéficie d'un large soutien. Le processus de consultation mis en œuvre dans le cadre des SRP permet de mobiliser les parties prenantes et de regrouper ceux qui sont favorables à une redistribution des ressources. L'expérience de l'Afrique du Sud montre qu'il est également souhaitable de prendre en considération les aspects suivants :

- **la transparence**, élément capital dans la mesure où il importe que l'ensemble des parties prenantes comprennent les raisons qui justifient la répartition des ressources ;
- **une action fortement centralisée**. Cet élément est lui aussi essentiel. S'il n'est pas

nécessaire que l'établissement du budget de la santé se fasse de manière centralisée, il est en revanche important qu'une instance centrale s'assure que l'on progresse effectivement vers les objectifs convenus et, selon les besoins, que l'on définisse de nouvelles orientations ;

● **la redistribution des ressources doit s'opérer à un rythme raisonnable**, puisque le but visé est d'assurer la pérennisation du secteur de la santé et d'atténuer les résistances de ceux qui s'opposent au projet de redistribution⁷⁶.

Dans ses directives, le FMI recommande de relier, partiellement ou totalement, les budgets annuels à un cadre de dépenses à moyen terme qui, en général, couvre une période de trois ans ou plus. Le fait d'inscrire les dépenses prioritaires dans un cadre pluriannuel peut en effet faciliter la réaffectation des ressources.

Divers acteurs, qui ont tous des intérêts et des priorités divergents, doivent participer à l'établissement du budget affecté au volet sanitaire d'une SRP. Ce projet de budget, une fois établi par le ministère de la santé, doit en principe être approuvé par les autres ministères et départements, en particulier ceux qui s'occupent de secteurs étroitement liés à la santé comme l'éducation, le logement ou l'eau. Dans certains pays, c'est le ministère des finances ou de la planification qui prend la décision finale concernant les allocations budgétaires. Dans d'autres, il faut également l'approbation du Parlement. Le fait de ne jamais perdre de vue la question

⁷⁶ M. Pearson. *Op. cit.* (voir note 50).

des droits de l'homme lors du choix des critères qui vont orienter l'établissement du budget – en particulier si les choix sont effectués sur la base de consultations avec les bénéficiaires eux-mêmes – peut aider les intéressés à mieux comprendre, et de fait à mieux prendre à leur compte, les décisions qui ont été prises et le budget final qui est approuvé.

AUGMENTATION DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires pour assumer les dépenses proviennent de sources diverses :

- les ressources mobilisées à l'échelon national, notamment par l'impôt, direct et indirect, et redistribuées par le ministère des finances par le biais du budget central ;
- l'aide officielle au développement, bilatérale ou multilatérale, versée directement au département des finances ;
- les fonds bilatéraux ou multilatéraux, octroyés sous forme de prêts ou de subventions affectés à une action de santé spécifique ou à certains hôpitaux et dispensaires de district ;
- les crédits privés pour des services dispensés par des acteurs non étatiques (entreprises privées, ONG, par exemple) ;
- les partenariats public/privé qui ciblent un domaine précis (certains groupes vulnérables, une maladie spécifique, un problème particulier) ;
- les régimes d'assurances nationaux ou communautaires, formels ou informels ;
- les dépenses directes (participation aux

frais médicaux, achat de médicaments ou de vaccins, et autres frais liés aux soins de santé).

L'augmentation des dépenses publiques passe nécessairement par l'accroissement des sources de revenus nationales. Il importe toutefois de veiller à ce que les charges fiscales et la participation financière des usagers n'aillent pas à l'encontre des principes relatifs aux droits de l'homme et ne constituent pas un handicap supplémentaire pour les pauvres. Il est probable que les personnes les plus touchées par l'exclusion ne sont pas assujetties à l'impôt, leur revenu étant inférieur au seuil minimal généralement requis. Les taxes indirectes, comme la taxe sur la valeur ajoutée, sont généralement dégressives, car la part de revenu affecté au paiement de ces taxes est plus élevée pour les pauvres que pour les riches. Les taxes indirectes peuvent également être un facteur de discrimination défavorable aux femmes si, par exemple, les produits taxés sont des produits de consommations courants plus fréquemment achetés par des femmes que par des hommes. On peut atténuer la dégressivité des taxes indirectes en prévoyant une exemption pour des produits achetés principalement par les pauvres, en particulier les femmes.

Dans les pays en développement, il arrive fréquemment que les systèmes de santé prévoient telle ou telle modalité de participation de l'utilisateur pour les soins dispensés dans un hôpital ou un centre de soins. Les traités relatifs aux droits de l'homme, s'ils

Porto Alegre – la budgétisation participative

Le système de la budgétisation participative a vu le jour à Porto Alegre (Brésil) en 1990 et a depuis été étendu à au moins 200 autres municipalités dans tout le pays. Ce système permet aux citoyens de participer directement à l'établissement du budget de la municipalité. Le processus commence par l'organisation d'assemblées publiques qui permettent aux citoyens de délibérer et d'établir les priorités budgétaires et s'achève lorsque les délégués élus directement par des associations de quartier formulent un budget sur la base des demandes des citoyens. Le but de ce procédé est de garantir que les priorités budgétaires correspondent bien aux priorités locales et aux besoins de la population⁷⁷.

n'indiquent pas que cette participation financière constitue une violation des droits de l'homme, font toutefois obligation aux gouvernements de veiller à ce que les services de santé soient accessibles, terme qui englobe l'accessibilité économique (ce qui signifie qu'ils doivent être d'un coût abordable). Les études réalisées sur les effets de la participation financière des usagers montrent qu'il s'agit d'une formule fortement préjudiciable aux pauvres. En Afrique, elle l'est encore davantage pour les femmes que pour les hommes, car les premières disposent généralement d'un revenu inférieur et n'ont guère voix au chapitre dans les décisions du ménage. Les formules d'exemption et de dérogation sont par ailleurs difficiles à mettre en place et à gérer de manière efficace⁷⁸. En outre, on sait désormais que les ressources dégagées à l'aide des montants facturés à l'utilisateur ne sont guère importantes et que cette modalité de financement n'est pas viable à long terme. Enfin, dans la pratique, il est rare que la participation financière de l'utilisateur ait un impact positif sur la non-discrimination, l'égalité et la prise en compte des droits des pauvres.

TRANSPARENCE ET RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE FINANCIÈRE

Une planification budgétaire visant à accroître les ressources nécessaires pour répondre aux besoins prioritaires des pauvres n'aurait guère de sens, s'il n'est pas possible d'exercer un contrôle sur les ressources en question, c'est-à-dire si on ne

peut pas s'assurer que les montants ont été effectivement débloqués et effectivement affectés à la réalisation de l'objectif convenu. La responsabilisation et la transparence dans la gestion des finances et des dépenses ne sont pas seulement des principes fondamentaux des droits de l'homme, mais aussi le fondement d'une bonne gouvernance ainsi que des atouts précieux dans la lutte contre la corruption et le gaspillage. Aux niveaux national et local, la mise en œuvre de la responsabilisation repose sur l'accès à des informations détaillées sur les opérations budgétaires. Chacun peut demander à disposer de ces informations, y accéder et les transmettre, notamment celles qui concernent :

- la destination des fonds publics ;
- le décaissement des fonds (se fait-il rapidement et de manière appropriée ?) ;
- les crédits (sont-ils utilisés de manière optimale ?).

Les groupes de la société civile s'intéressant aux questions budgétaires sont de plus en plus nombreux à analyser les allocations budgétaires des autorités en vue de d'assurer que les crédits parviennent bien à destination. On trouvera dans la section 4 une étude plus approfondie de ces initiatives, ainsi que d'autres approches utilisées pour assurer le suivi et l'évaluation des SRP.

⁷⁷ R. Alsop *et al.*, *Op. cit.* (voir note 48).

⁷⁸ D. Elson, *Op. cit.* (voir note 14).

Mexique: analyse budgétaire

Une analyse du budget du gouvernement effectuée par l'ONG mexicaine Fundar montre que les systèmes destinés à combattre les inégalités contribuent en fait à les renforcer. Au Mexique, le gouvernement a mis en œuvre un mécanisme (FASSAR) de décentralisation des crédits de la santé afin de pouvoir proposer des services aux personnes qui ne bénéficient pas de la sécurité sociale. La population couverte par ce dispositif se concentre essentiellement dans les États pauvres situés dans le sud et le sud-est du pays. Le montant des ressources disponibles par habitant est cependant plus faible dans ces États, qui connaissent pourtant les plus grandes difficultés. L'analyse de Fundar donne à entendre que cette situation est due au fait que la formule de répartition entre États accorde davantage d'importance aux infrastructures existantes et aux personnels qu'aux besoins à satisfaire⁷⁹.

⁷⁹ K. Keith-Brown. *Investing for life: making the link between public spending and reduction of maternal mortality*. Tizapán, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2005. www.fundar.org.mx

⁸⁰ *A high price to pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals*. Bujumbura, Human Rights Watch, 2006. www.hrw.org

BURUNDI : PARTICIPATION DES PATIENTS AUX FRAIS : QUELLES CONSÉQUENCES ?

L'ONG internationale Human Rights Watch signale qu'au cours des dernières années, les hôpitaux publics du Burundi ont maintenu en détention des centaines de patients se trouvant dans l'incapacité de régler leur facture. Une telle situation est l'aboutissement d'un ensemble de problèmes plus généraux dans le domaine des soins de santé au Burundi. Le Burundi, qui est l'un des pays les plus pauvres du monde, a mis en place un système de recouvrement des coûts dans le cadre des initiatives axées sur les services de santé. Les patients doivent régler la totalité des frais médicaux, y compris les consultations, les tests, les médicaments, le matériel et les frais d'hospitalisation. Il existe bien une caisse d'assurance et un système de franchise destinés à aider les plus pauvres à faire face à ces dépenses, mais ni l'un ni l'autre de ces dispositifs ne fonctionne correctement. Les diverses sources de financement des hôpitaux publics – versements

effectués par les patients, dons directs ou crédits des pouvoirs publics – sont insuffisantes pour permettre à ces établissements d'être opérationnels et de se doter des personnels, équipements et médicaments appropriés. Un financement irrationnel, conjugué à la corruption qui règne au sein d'un personnel généralement sous-payé, ne fait qu'aggraver le problème lié à la pénurie de moyens financiers. Les patients maintenus en détention sont généralement très pauvres et appartiennent fréquemment aux couches les plus vulnérables de la population (veuves, orphelins, mères célibataires ou personnes déplacées par la guerre civile) qui ne peuvent s'appuyer ni sur une famille ni sur un réseau social d'entraide. Pour remédier à cette situation, le président du pays, M. Nkurunziza, a annoncé le 1^{er} mai 2006 la gratuité des soins de santé pour les mères et pour les enfants de moins de cinq ans⁸⁰.

3.4 Élaboration ou mise en œuvre d'une stratégie à long terme

Les instruments relatifs aux droits de l'homme reconnaissent que pratiquement aucun gouvernement ne peut mobiliser suffisamment de ressources pour répondre aux besoins identifiés à l'aide des processus de consultation ou s'acquitter de l'ensemble des obligations qui lui incombent au titre du droit à la santé. Il a par conséquent été convenu de répartir ces obligations en deux catégories :

- celles dont il convient de s'acquitter *dans l'immédiat* ;

- celles que l'on peut remplir graduellement, selon le principe dit de la *réalisation progressive*.

Les obligations qui doivent être *suivies d'effet immédiat* portent sur les éléments suivants :

- non-discrimination et égalité de tous ;
- participation de l'ensemble des parties prenantes ;
- cessation de toute activité ou de toute politique préjudiciable ;
- interdiction de toute démarche qui se solderait à court terme par un retour en

Article 28 de la Déclaration universelle des droits de l'homme :

« Toute personne a droit à ce que règne, sur le plan social et sur le plan international, un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente Déclaration puissent y trouver plein effet. »

Danemark : coopération internationale pour le développement

La politique d'aide au développement danoise est fondée sur la Loi de 1971 relative à la coopération internationale, récemment révisée par le Décret-Loi n° 541 du 10 juillet 1998. Cette loi définit les objectifs de la coopération publique avec les pays en voie de développement :

« L'objectif de l'aide publique au développement accordée aux pays en voie de développement est, à travers une coopération avec les gouvernements et les autorités de ces pays, de soutenir leurs efforts visant à une croissance économique et par cela de contribuer à assurer le progrès social et l'indépendance politique en accord avec les objectifs et principes de la Charte de l'ONU et, de plus, de promouvoir la compréhension et la solidarité mutuelles à travers une coopération culturelle⁸¹. »

⁸¹ www.um.dk

⁸² Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 3, paragraphe 9. www.ohchr.org

⁸³ Action-oriented policy paper on human rights and development. Op. cit. (voir note 25).

arrière ;

● élaboration et application d'un plan ou d'une stratégie définissant la voie à suivre pour parvenir à s'acquitter de l'ensemble des obligations.

Le principe de la *réalisation progressive* repose quant à lui sur la reconnaissance du fait qu'il convient, à court terme, d'opérer un certain nombre de choix, d'établir des priorités et de procéder à des arbitrages. Pour autant, cela n'autorise pas le gouvernement à surseoir durablement à ses obligations, mais lui assigne comme tâche permanente de faire, aussi rapidement et efficacement que possible, tout ce qui est nécessaire pour permettre la pleine réalisation des droits des hommes et des femmes⁸². Cela passe par l'établissement d'un plan précis et concret comportant notamment un ensemble d'objectifs assortis d'un calendrier d'exécution, des critères et des indicateurs qui permettront de mesurer les résultats, ainsi que les grandes lignes d'une stratégie à long terme visant à consacrer un maximum de ressources à la pleine mise en œuvre du droit à la santé.

Une SRP (avec les diverses procédures d'établissement de budget et de calcul des coûts qui l'accompagnent) et un programme précis de suivi et d'évaluation constituent un cadre de référence concret qui permet à la fois de justifier les choix stratégiques visant la satisfaction prioritaire de certains besoins et de s'acquitter des obligations découlant du principe de la réalisation progressive.

LES PRINCIPES DE L'OCDE/CAD RELATIFS À L'INTÉGRATION DES DROITS DE L'HOMME DANS LA COOPÉRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT:

1. Œuvrer par le dialogue à l'élaboration d'une conception commune des liens entre les obligations découlant des droits de l'homme et les priorités de développement.
2. Recenser les axes de soutien aux pays partenaires dans le domaine des droits de l'homme.
3. Veiller aux droits de l'homme dans les processus de construction de l'État.
4. Œuvrer en faveur des droits de l'homme en agissant du côté de la demande.
5. Promouvoir la non-discrimination comme fondement de sociétés plus stables et sans exclus.
6. Prendre en considération la question des droits de l'homme dans les décisions concernant l'alignement et les instruments d'aide.
7. Examiner comment les principes des droits de l'homme et ceux qui visent à assurer l'efficacité de l'aide peuvent se renforcer mutuellement.
8. Ne pas nuire.
9. Adopter une démarche harmonisée et progressive face à une détérioration de la situation dans le domaine des droits de l'homme.
10. Veiller à ce que l'accroissement de l'aide soit porteur de progrès dans le domaine des droits de l'homme⁸³.

3.5 Collaboration avec les donateurs pour la promotion des droits de l'homme dans le cadre des SRP

L'identification des titulaires de droits et des détenteurs de devoirs ne manquera pas

Canada : Loi sur l'exportation des médicaments génériques

En mai 2004, le Canada a adopté une nouvelle législation visant à permettre de délivrer aux fabricants canadiens de médicaments brevetés des licences obligatoires pour les exportations destinées à certains pays à bas revenu. Les produits énumérés dans la législation proviennent de la liste des médicaments essentiels de l'OMS et incluent les antirétroviraux utilisés pour le traitement du VIH/sida⁸⁴.

VIET NAM : SUR LA VOIE DE L'APPROPRIATION NATIONALE DES SRP

Le gouvernement du Viet Nam déploie de nombreux efforts pour tenter d'harmoniser l'action des diverses parties prenantes participant à la mise en œuvre de la SRP nationale conçue pour une période de dix ans et intitulée « stratégie globale de croissance et de réduction de la pauvreté ». Cet effort d'harmonisation vise non seulement les ministères intéressés mais également les donateurs bilatéraux et multilatéraux qui soutiennent la mise en œuvre de la stratégie. Partant du principe qu'il appartient au gouvernement de piloter ce travail d'harmonisation, le ministère de la planification et de l'investissement s'est attaché à définir avec les

partenaires du développement un cadre dans lequel le gouvernement et les donateurs peuvent coopérer et coordonner les activités, les finances, le suivi et l'évaluation. Les donateurs européens poursuivent aujourd'hui le dialogue avec le gouvernement par l'intermédiaire d'un groupe de donateurs attachés aux mêmes principes et planifient leur aide dans le cadre d'ateliers sectoriels organisés sous la direction du gouvernement. Il faut cependant intensifier les efforts visant à aligner les politiques des donateurs sur les impératifs de suivi, en particulier pour réduire la charge que représente l'établissement des rapports. Par ailleurs, la présence dans le pays de plus

de 50 donateurs, dont beaucoup ne font pas encore partie du groupe des donateurs évoqué plus haut, et dont plus de 90 % fournissent une aide au secteur de la santé, nécessite un renforcement du travail d'harmonisation et de coordination. Le gouvernement est de plus en plus en mesure de demander des comptes aux donateurs qui ne tiennent pas leurs engagements ou qui dévient de la stratégie globale de croissance et de réduction de la pauvreté, mais les donateurs doivent s'engager davantage pour assurer une véritable transparence et pour partager avec le gouvernement ou avec leurs pairs des informations sur les flux d'aide⁸⁵.

de mettre en évidence l'impact de l'action des donateurs sur le droit à la santé des pauvres. De nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire doivent compter sur l'aide technique et financière des donateurs pour mettre en œuvre leur SRP. Les titulaires de droits n'ont pourtant que rarement la possibilité de participer, directement ou indirectement, aux décisions des donateurs ou de leur demander de rendre compte de leur action. Or les principes de la participation, de l'inclusion, de la transparence et de la responsabilisation sont indispensables pour maximiser l'efficacité

de l'aide et améliorer la mise en œuvre des programmes d'aide des gouvernements et des donateurs. Les directives publiées par le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques comprennent un certain nombre de recommandations concernant la prise en compte des droits de l'homme dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

● Les partenariats pour le développement doivent être *promus et pilotés au niveau national*, ce qui suppose leur insertion dans

⁸⁴ www.parl.gc.ca

⁸⁵ www.oecd.org

ActionAid : responsabilisation, formation et système de planification

En 2000, ActionAid, une organisation non gouvernementale internationale, a lancé un système axé sur la responsabilisation, la formation et la planification. L'un des objectifs de ce projet est de permettre aux pauvres de jouer un rôle plus important dans le travail de suivi et les processus décisionnels de l'organisation. Parmi les innovations, il faut citer l'introduction de programmes annuels d'examen et de réflexion aux niveaux local, national et mondial, destinés à associer les parties prenantes – en particulier les pauvres, mais aussi les partenaires, les donateurs et les pairs – à l'analyse des dépenses, des plans et des initiatives. D'autres changements ont également été introduits, comme le développement de nouveaux moyens d'incitation visant à promouvoir le système et la mise en place de mécanismes permettant de partager les principales données financières avec des partenaires ayant peu, voire n'ayant aucune expérience, dans le domaine financier. Des tensions persistent entre les deux pôles de la responsabilisation – d'une part, les donateurs et les responsables des programmes, de l'autre les pauvres et les exclus. Les équipes de pays restent cependant très attachées au

un ensemble de procédures démocratiques et participatives. Certes, les pays donateurs travaillent nécessairement en étroite collaboration avec les gouvernements nationaux à l'élaboration et à la mise en œuvre des SRP, mais, tant pour des considérations relatives aux droits de l'homme que pour la viabilité à long terme de la stratégie, il est essentiel de respecter le principe de l'appropriation par le pays intéressé.

● La question de la **prévisibilité des ressources** est capitale ; c'est en effet la condition nécessaire pour que les gouvernements soient en mesure de planifier à long terme l'utilisation de l'aide. Le fait de nouer des partenariats de développement durables fondés sur les principes relatifs aux droits de l'homme permet de se prémunir en partie contre d'éventuels bouleversements politiques dans les pays donateurs. De même, le fait d'intégrer les politiques de coopération pour le développement dans la législation des pays donateurs garantit dans une certaine mesure la prévisibilité à long terme de l'aide et, en cas de changement de gouvernement, le maintien de la politique d'aide. Le Danemark est l'un des pays à avoir pris des initiatives dans ce sens.

● Le **droit à la participation** doit être respecté à toutes les étapes des SRP, ce que les donateurs ne manquent pas de confirmer régulièrement dans leurs directives. Il est toutefois essentiel que les gouvernements donateurs reconnaissent qu'une participation effective nécessite à la fois un soutien financier, un travail de sensibilisation, ainsi que du temps et de la patience – il

convient en effet de ne pas hâter indûment le processus pour respecter des délais fixés par des tiers. Pour s'assurer que la participation est effectivement mise en pratique, il peut être utile de proposer aux donateurs et aux bénéficiaires des indicateurs qui leur permettront d'établir un bilan du fonctionnement du processus participatif à toutes les phases – élaboration, mise en œuvre et suivi – de la SRP.

● Les donateurs doivent **respecter les priorités** fixées par les gouvernements nationaux et être disposés à financer des interventions indispensables mais moins « attrayantes », comme la formation à la gestion.

● Si l'on a jusqu'à présent beaucoup insisté sur la responsabilité du pays bénéficiaire vis-à-vis du donateur, on a moins accordé d'importance à la notion de **responsabilité mutuelle**, soit une responsabilité qui non seulement engage le gouvernement donateur à l'égard de ses contribuables et du gouvernement bénéficiaire, mais qui s'étend précisément aux destinataires du programme d'aide, à savoir les pauvres et les groupes vulnérables. Diverses méthodes novatrices peuvent être utilisées à cette fin, dont l'une consisterait à prévoir dans l'accord conclu entre le donateur et le gouvernement certains dispositifs qui permettraient un contrôle et une responsabilisation mutuels, une autre pouvant être la mise au point de méthodes participatives susceptibles d'aider les communautés locales à exercer un droit de regard critique sur les politiques et les programmes des donateurs.

*système de responsabilisation, de formation et de planification et les programmes de réflexion ont servi de catalyseur pour l'introduction de changements cohérents dans l'ensemble de l'organisation*⁸⁶.

- Les donateurs devraient veiller eux aussi à intégrer les *principes des droits de l'homme dans leurs programmes de coopération pour le développement*, en particulier dans le cadre de la détermination des conditions à observer et des critères qui règlent les pratiques en matière de développement. La référence aux droits de l'homme est un point de repère précieux pour le délicat exercice concernant la fixation des priorités et l'établissement des indispensables arbitrages et peut l'être également pour cette indispensable étape qu'est la sélection des pays appelés à bénéficier de l'aide.

- Lorsqu'un pays donné bénéficie simultanément des conseils et de l'appui de plusieurs donateurs, contradictions et chevauchements d'activités risquent fort de se multiplier. Une telle situation risque d'entraîner de fortes contraintes pour le gouvernement du pays intéressé (qui sera contraint de multiplier comptes rendus et évaluations), d'opérer une ponction sur des ressources humaines et financières déjà peu abondantes et d'hypothéquer le principe de l'appropriation nationale. Bien conscients des problèmes posés par la nécessité d'assurer la coordination et la cohérence des divers programmes de développement, certains donateurs s'attachent à améliorer la situation en *harmonisant leurs politiques et leurs activités* et en s'alignant sur les stratégies du pays intéressé.

⁸⁶ R. David et A. Mancini. *Going against the flow: the struggle to make organisational systems part of the solution rather than part of the problem*. Brighton, Institute of Development Studies, 2004 (Lessons for change in policy and organizations, No. 8). www.livelihoods.org

SECTION 4

Mise en œuvre : le suivi et l'évaluation au service de la transparence et de la responsabilisation

La dernière étape de l'élaboration du volet sanitaire d'une SRP consiste à déterminer de manière rigoureuse les modalités de sa mise en œuvre ainsi que les outils de contrôle et d'évaluation.

Le suivi et l'évaluation sont deux composantes essentielles de la responsabilisation. Le recueil et la diffusion des données relatives à la mise en œuvre de la stratégie responsabilisent les gouvernements et permettent notamment de vérifier s'ils s'acquittent des obligations qui leur incombent eu égard au respect, à la protection et à la mise en œuvre des droits de l'homme. Le travail de suivi a quant à lui pour effet d'accroître l'efficacité des dépenses et des politiques publiques, en particulier dans le secteur des services publics, en permettant d'opérer le cas échéant les ajustements nécessaires, au niveau tant des allocations budgétaires que des pratiques et des mesures administratives. Il peut également contribuer à susciter une véritable volonté politique de changement, en montrant la détermination des pouvoirs publics à mettre en œuvre des politiques favorables aux pauvres, en attirant l'attention sur les domaines dans lesquels la réforme a porté des fruits et en mettant clairement en évidence les conséquences des injustices suscitées par les dispositifs existants. Pour que le

travail de suivi soit véritablement efficace, il importe qu'il soit effectué pendant toute la durée de la mise en œuvre de la stratégie et qu'il fasse l'objet d'une planification rigoureuse dès le lancement des activités relatives à la SRP.

La présente section passe d'abord en revue les initiatives prises par les communautés et la société civile pour assurer un suivi, examine ensuite les mesures prises dans le domaine budgétaire et les conditions requises pour la production de données statistiques nationales sur le droit à la santé et aborde la question des indicateurs et des objectifs nécessaires pour évaluer les progrès accomplis. Elle se termine par un passage en revue des différents mécanismes de recours, notamment l'appareil judiciaire et les rapports internationaux sur les droits de l'homme.

4.1 Suivi assuré par les communautés et la société civile

Les activités de suivi menées à l'échelon communautaire sont généralement initiées par des organisations de la société civile

République-Unie de Tanzanie : un guide en langage simple pour les SRP

En République-Unie de Tanzanie, une organisation de la société civile dénommée Hakikazi Catalyst, a publié, en anglais et en kiswahili, une version du DSRP national adaptée aux besoins du grand public. Rédigé en termes simples et illustré, le guide répond à quelques questions clés touchant notamment à la définition de la pauvreté qui a été adoptée pour l'ensemble du pays et les grandes lignes de la stratégie. Il mentionne les objectifs visés, les activités prévues et les indicateurs utilisés et fournit des informations sur le financement global du projet. Il indique également de quelle manière la stratégie a été élaborée et les éléments susceptibles d'être modifiés ultérieurement. On peut consulter ce guide en ligne sur le site www.hakikazi.org/eng.

et ont souvent pour but de renforcer les moyens d'action des exclus et des marginalisés ainsi que de renseigner sur la mise en œuvre des politiques. Les méthodes utilisées sont les méthodes participatives (voir section 2.1) qui permettent aux collectivités locales d'évaluer le fonctionnement des services sur la base des engagements pris par les autorités. La participation de la société civile au travail de suivi renforce la responsabilisation sociale, permet l'établissement de comptes rendus plus diversifiés et plus détaillés et aide à adopter les mesures qui s'imposent lorsque l'offre de biens et de services laisse à désirer, en termes tant d'efficacité que d'efficience.

Le suivi communautaire et de la société civile peut compléter très utilement les systèmes de contrôle nationaux, compte tenu notamment des difficultés que pose dans de nombreux pays en développement la mise en place de dispositifs efficaces de recueil des statistiques. Dans certains pays, comme l'Afrique du Sud et l'Ouganda, les mécanismes de suivi de la société civile sont intégrés dans les dispositifs de contrôle des pouvoirs publics. Comme nous l'avons indiqué à la section 3, cette approche peut être très constructive si elle repose sur une confiance mutuelle et si l'on respecte suffisamment la séparation des intérêts politiques et financiers de l'État et des organisations de la société civile. La coopération peut jusqu'à un certain point se révéler mutuellement bénéfique, mais il peut arriver, dans certains contextes, que les organisations de la société civile

tiennent à mettre sur pied des systèmes de suivi parallèles afin de préserver leur indépendance.

Qu'il y ait ou non intégration des mécanismes de suivi publics et de ceux de la société civile, les pouvoirs publics sont tenus de favoriser l'instauration des conditions nécessaires pour que la société civile puisse intervenir, ce qui implique nécessairement la promotion du droit à l'information, à la participation et à l'association. En Bolivie, par exemple, le gouvernement a promulgué en 2000 une loi sur le dialogue national qui légitime la participation de la société civile et qui a débouché sur la mise en place du mécanisme national de contrôle social.

L'une des principales raisons d'être de ce mécanisme de contrôle est de vérifier l'impact de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et l'utilisation des ressources financières, notamment celles qui ont pu être dégagées grâce aux mesures d'allègement de la dette prises dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés.

L'un des moyens les plus simples pour promouvoir la participation des collectivités locales et de la société civile aux activités de suivi consiste à informer précisément le public du contenu de la SRP. Le fait est que l'on a souvent tendance à négliger l'étape qui consiste à informer le public des intentions et des ambitions des pouvoirs publics. Il importe que les informations relatives à la SRP soient diffusées sous une forme *accessible* et *compréhensible* par le grand public et, surtout, que l'on accorde une

Inde : les habitants de Bangalore donnent des notes

En 1994, un groupe d'habitants de Bangalore a lancé une initiative visant à permettre aux usagers de donner leur avis (sur des fiches conçues à cet effet) sur la qualité et l'efficacité des services publics de la ville. Des usagers de différents services, notamment des établissements de soins, ont été invités à dire ce qu'ils pensaient de la qualité et de l'efficacité des services, ainsi que du comportement du personnel médical. Leurs réponses ont ensuite été analysées. Les médias ont suivi de près les résultats, et les débats publics engagés par la suite ont été l'occasion de nombreux appels au changement. À la suite de cette initiative, on a pu constater des améliorations sensibles dans les services de la ville, une atténuation globale des problèmes et un recul de la corruption, cette forte sensibilisation de l'opinion ayant à l'évidence incité les prestataires de services à faire ce qu'il fallait pour répondre à cette volonté de changement⁸⁷.

⁸⁷ <http://paf.mahiti.info>

⁸⁸ M. Björkman *et al. Op. cit.* (voir note 54).

⁸⁹ C. Baez et P. Barron. *Community voice and role in district health systems in east and southern Africa: a literature review*. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), juin 2006 (EQUINET Discussion Paper 39), www.equinetfrica.org

⁹⁰ A. Norton *et al. Op. cit.* (voir note 55).

attention toute particulière aux couches les plus pauvres de la population, qui sont les véritables destinataires de la stratégie.

Les pays qui ont mis au point une charte des droits des patients ou qui ont adopté une législation nationale (voir section 3) doivent veiller à les faire connaître à un public aussi large que possible. En Ouganda, par exemple, les droits des patients sont affichés dans les établissements de santé locaux⁸⁸. La définition et la diffusion des

MALAWI : LES FICHES DE NOTATION

Au Malawi, le système d'évaluation sur fiches a été introduit à titre expérimental dans certaines régions du pays. Les usagers attribuent une note aux services, les résultats sont compilés et présentés au personnel du dispensaire par une commission sanitaire locale. Cette commission, élue au cours de réunions de consultation, sert d'intermédiaire entre le personnel sanitaire et la communauté. Tous les aspects des soins sont pris en considération, de la qualité d'écoute du personnel à la qualité des soins dispensés aux enfants sous-alimentés. En outre, les membres du personnel notent eux-mêmes leur propre performance. Les observations et commentaires auxquels cet exercice donne lieu sont utilisés pour améliorer le fonctionnement des services et veiller à ce qu'ils répondent aux besoins de la population locale. Les rapports semblent montrer que l'introduction de ces fiches de notation s'est accompagnée dans tous les endroits intéressés par une amélioration des services et du niveau de confiance de la collectivité⁸⁹.

normes facilitent également le suivi, car elles permettent aux intéressés de disposer d'un critère pour évaluer les services. On pourra également utiliser certaines méthodes participatives pour définir un ensemble d'indicateurs pertinents au niveau local et susceptibles d'être repris pour une évaluation des progrès accomplis au regard des objectifs nationaux.

4.2 Initiatives budgétaires

Les initiatives prises par la société civile pour suivre la mise en œuvre de la SRP portent de plus en plus fréquemment sur les budgets. L'analyse des ressources et des dépenses permet de s'appuyer sur des données fiables pour vérifier dans quelle mesure les pouvoirs publics font le nécessaire pour concrétiser leurs engagements. Par ailleurs, une analyse budgétaire comporte également un examen des politiques et de leur mise en œuvre, ce qui en fait un outil précieux pour procéder à une évaluation globale de la SRP. Les initiatives relatives au budget se différencient selon :

- les instances intéressées – administration centrale, régionale ou locale ;
- l'objet visé : les questions macroéconomiques, les dépenses ou les recettes ;
- le rôle des pouvoirs publics ;
- la nature des organisations participantes – organisations associatives, organisations à vocation sociale, ONG ou instituts de recherche⁹⁰.

Kenya : système d'information sanitaire du dispensaire de Mtaa

Zabibu Chizi Mwero, membre bénévole de la commission sanitaire du dispensaire, a joué un rôle capital dans la mise au point du système d'information sur la gestion du système sanitaire. Il a commencé par rassembler des données pour le dispensaire de Mtaa, qu'il a inscrites sur des tableaux et des fiches. Les informations en question proviennent des registres médicaux remplis par l'infirmière de service. Zabibu note combien de patients ont été traités pour le paludisme, pour des problèmes respiratoires, pour la bilharziose, et consigne également des données sur la surveillance de la croissance et la vaccination. La commission sanitaire du dispensaire de Mtaa fixe un certain nombre d'objectifs pour chacune des principales activités de l'établissement, examine tous les mois s'ils ont été atteints et utilise ensuite les résultats, ce qui permet aux usagers d'être parfaitement informés de l'action engagée pour résoudre les problèmes sanitaires⁹¹.

⁹¹ C. Baez *et al.*, *Op. cit.* (voir note 89).

⁹² *Dignity counts: a guide to using budget analysis to advance human rights*. Fundar, International Human Rights Internship Program and International Budget Project, 2004. www.iie.org

⁹³ D. Elson, *Op. cit.* (voir note 14).

⁹⁴ M. Robinson. *Budget analysis and policy advocacy: the role of non-governmental public action*. Brighton, Institute of Development Studies, septembre 2006 (IDS Working Paper 279). www.nfd.co.uk

Les initiatives budgétaires se sont révélées particulièrement efficaces pour déterminer dans quelle mesure les pouvoirs publics utilisent effectivement les ressources pour promouvoir l'égalité. En Afrique du Sud, la société civile et les pouvoirs publics ont lancé une initiative (*Women's Budget Initiative*) visant à utiliser l'analyse des politiques et des budgets pour examiner l'allocation des ressources sous l'angle de l'égalité entre hommes et femmes et apprécier l'impact des politiques sur l'égalité entre les sexes et les droits des femmes. D'autres initiatives, comme l'analyse des dépenses de santé effectuée au Mexique par l'ONG Fundar, adoptent quant à elles la perspective des droits de l'homme pour examiner les allocations budgétaires. Fundar a évalué l'évolution des crédits consacrés au secteur de la santé au regard des engagements pris aux niveaux international, régional et national⁹². Des méthodes similaires ont été mises au point pour analyser les dépenses et les recettes publiques, les politiques macroéconomiques et les options budgétaires en prenant comme critère les obligations de promouvoir l'égalité entre les sexes incombant aux pouvoirs publics au titre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes⁹³.

La transparence de l'information est capitale pour toutes les initiatives budgétaires. Il est vrai que certains gouvernements ne souhaitent pas que le grand public puisse avoir un droit de regard sur la gestion du budget. Ils contribueraient pourtant à

renforcer la légitimité de leurs décisions en optant pour une plus grande transparence, c'est-à-dire en permettant aux intéressés d'accéder aux informations sur lesquelles ils fondent leurs choix. Une telle démarche permettrait en outre de limiter les risques de corruption – dépenses injustifiées, détournement des ressources en faveur d'intérêts privés. Les comparaisons internationales du degré de transparence budgétaire établies par le FMI peuvent également contribuer à élargir l'accès aux informations relatives aux ressources et aux dépenses⁹⁴.

Certains pays, dont l'Ouganda et l'Inde, ont adopté une législation qui consacre les droits du citoyen d'accéder aux informations des pouvoirs publics. Même lorsqu'une législation de ce type est en place, il est important de veiller à ce que les responsables locaux soient correctement formés aux questions relatives à la transparence et à la diffusion des informations. En effet, c'est souvent à l'échelon local que la société civile est dans l'impossibilité d'accéder aux informations⁹⁵. Nous avons formulé dans la section 3.2 quelques propositions concernant l'évaluation des besoins d'information des détenteurs de devoirs et des titulaires de droits.

La réussite des initiatives budgétaires passe souvent par un long travail de renforcement des capacités des fonctionnaires, des élus, des chercheurs, ainsi que des pauvres et des exclus eux-mêmes. Une grande partie du personnel des ministères n'est pas familiarisé avec les aspects techniques des questions budgétaires,

et les initiatives en question sont pour eux une bonne occasion d'acquérir les connaissances nécessaires pour traiter ces questions.

4.3 Suivi national et recueil des statistiques

Les gouvernements qui adoptent une SRP mettent généralement en place un mécanisme pour assurer le suivi de la mise en œuvre – l'Ouganda, par exemple, a mis sur pied un système national intégré d'évaluation et de suivi. Dans certains cas, comme nous l'avons vu plus haut, le système national de suivi englobe également le travail de contrôle effectué par la société civile. Divers types d'organisations peuvent fournir des informations, des documents ou des rapports d'enquête susceptibles d'être utilisés pour le suivi de la SRP :

- les commissions sanitaires locales et régionales ;
- les commissions parlementaires ;

- les administrations bénéficiant d'une quasi-totale autonomie ;
- les médiateurs, les commissions nationales chargées des questions relatives aux droits de l'homme ou les rapporteurs spéciaux ;
- les organisations de la société civile ;
- les ONG internationales ;
- les organisations internationales ;
- les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et les rapporteurs spéciaux des Nations Unies.

Les statistiques socio-économiques officielles constituent l'une des sources de données les plus importantes pour le suivi national. Ces données quantitatives sont importantes, car elles permettent aux pouvoirs publics de rendre compte de manière systématique de l'action entreprise contre la pauvreté et en faveur des droits de l'homme. Elles sont également précieuses pour les initiatives de la société civile, dont le but est

INDE : JAN SUNVAIS, LES AUDITIONS PUBLIQUES

Les auditions publiques, qui ont vu le jour grâce à l'initiative d'une organisation locale de travailleurs et d'agriculteurs pauvres du Rajasthan, font désormais partie de l'arsenal de moyens dont disposent les habitants pour contrôler les comptes publics et demander des explications aux fonctionnaires intéressés en cas de détournement

des fonds publics ou de négligence dans la gestion des programmes. Ces auditions, qui bénéficient aujourd'hui de l'appui du gouvernement national, ont été étendues aux zones urbaines, et notamment la capitale, New Delhi. Ces auditions portent parfois expressément sur le droit aux soins de santé. Les informations recueillies sont

utilisées dans les tribunaux lors de procès contre des fonctionnaires corrompus et la législation a été réformée de manière à permettre à tous les habitants d'accéder aux informations concernant tout programme public de lutte contre la pauvreté⁹⁶.

⁹⁵ A. Wood, *Beyond data. A panorama of CSO experiences with PRSP and HIPC monitoring*. La Haye, Cordaid, octobre 2005. www.cordaid.nl
⁹⁶ www.sasnet.org

Philippines : la formule de la vérification des comptes communautaire

La commission de vérification des comptes des Philippines a introduit une formule destinée à permettre à la société civile de participer aux vérifications des comptes. Il s'agit non seulement de s'assurer que la gestion des ressources publiques est responsable et transparente, mais de permettre à la collectivité de donner son point de vue sur la pertinence des dépenses, la question étant notamment de savoir si suffisamment de ressources sont consacrées aux groupes exclus, notamment les femmes. Des contacts ont été pris avec les médias afin que le grand public puisse connaître les résultats de cette formule qui est actuellement adaptée en vue de son application à une échelle beaucoup plus vaste⁹⁷.

⁹⁷ (Étude de cas) *The Philippines: enhancing public transparency and accountability through civil society participation in monitoring government services, in responsiveness and accountability for poverty reduction*. Bergen Seminar Series 2002/2003. www.undp.org/oslocentre
⁹⁸ www.idasa.org.za

de vérifier que les pouvoirs publics honorent leurs engagements.

Les statistiques officielles sont compilées par des instituts nationaux spécialisés ainsi que par des organisations internationales mandatées par l'Etat intéressé. Les organismes chargés du traitement des statistiques officielles se doivent d'être impartiaux, neutres et objectifs. Dans beaucoup de pays en développement, ces organismes ont très peu de moyens. De fait, la mise en place et la gestion d'un système national de statistiques nécessite du temps et des ressources, et le défi à relever est de taille pour tous les pays. Dans des grands pays, essentiellement ruraux, à démographie clairsemée, ne possédant pas de véritables infrastructures ou de réseaux de communication nationaux, la tâche peut même sembler insurmontable. En cas de difficultés techniques de cet ordre, il est important que les donateurs et les gouvernements reconnaissent l'importance d'un système de statistiques performant et investissent dans la mise en place des compétences et des capacités nécessaires.

Les principales fonctions d'un système statistique sont les suivantes :

- recueillir les données provenant de multiples sources ;
- traiter et analyser les informations, pour mettre en évidence les différentiels et cerner les grandes tendances ;
- coordonner et recouper les données provenant de divers secteurs ;
- communiquer les résultats aux usagers

sous une forme appropriée ;

- produire des résultats mesurables et de qualité durablement fiable.

Pour pouvoir mener à bien l'analyse de la santé et de pauvreté, il faut pouvoir s'appuyer aussi bien sur les statistiques globales valant à l'échelle du pays tout entier que sur des données qualificatives plus fines émanant des ménages ou des

AFRIQUE DU SUD : UNE INITIATIVE EN FAVEUR DES ENFANTS

Après la fin de l'apartheid, le nouveau gouvernement sud-africain s'est engagé à tout mettre en œuvre pour améliorer le sort déplorable des enfants du pays, dont plus de 10 millions vivaient dans la pauvreté. Il a commencé par ratifier la Convention des droits de l'enfant et a inscrit les droits de l'homme dans la nouvelle Constitution. IDASA, une ONG nationale, a créé en 1995 une unité spéciale (Children's budget unit) pour vérifier dans quelle mesure les budgets adoptés reflétaient les engagements des pouvoirs publics en matière de droits de l'homme. L'unité fonde son action sur le principe de la mise en œuvre progressive des droits, s'attache à vérifier si l'on utilise le maximum de ressources disponibles pour permettre aux plus démunis d'exercer leurs droits, puis communique les résultats de ses analyses au grand public et au Parlement. L'unité a fait beaucoup pour sensibiliser l'opinion aux besoins particuliers des « orphelins du sida », dépourvus de tout soutien parental, juridique ou financier⁹⁸.

Mexique : budget public et mortalité maternelle

Au cours de l'année 2002, l'organisation de recherche Fundar, spécialisée dans les questions budgétaires, a évalué le montant des ressources publiques consacré à la réduction de la mortalité maternelle. Un premier examen a permis de constater que les services de santé de base ne suffisaient pas à assurer une réduction de la mortalité maternelle chez les populations pauvres. En effet, les services proposés aux communautés marginalisées étaient assurés par des unités mobiles ; ils n'étaient ni assez étendus ni d'assez bonne qualité pour permettre un véritable suivi médical, pour permettre aux femmes ayant besoin de soins plus poussés d'être dirigées au moment opportun et dans de bonnes conditions vers les services compétents ; ils ne permettaient pas non plus d'accéder aux services d'urgence et ne disposaient pas du matériel nécessaire pour effectuer des transfusions sanguines. C'est une réduction des ressources qui était à l'origine de ces carences qui affectaient le fonctionnement même du système. En effet, le programme mis au place pour augmenter le taux de couverture de services visait surtout à assurer un accès universel aux services de santé de base, raison pour laquelle il s'était attaché davantage à accroître le nombre

communautés. Les données et informations statistiques peuvent provenir de sources diverses, dont certaines sont déjà constituées, et d'autres restent à mettre en place. Le choix de la source dépendra principalement du type d'information et du niveau de spécificité recherchés :

- Les **recensements nationaux** permettent d'obtenir le profil statistique le plus complet ; il s'agit cependant d'un processus long et coûteux qui, de ce fait, n'est généralement entrepris que tous les dix ans.
- Les **enquêtes par sondage** peuvent être effectuées à des intervalles plus fréquents et permettent d'obtenir un tableau approximatif de la situation nationale.
- Les **enquêtes ciblées** sur un groupe vulnérable particulier, comme les communautés autochtones et les personnes déplacées à l'intérieur du pays, peuvent aider à déterminer la nature des problèmes rencontrés par ce groupe, surtout lorsqu'il est possible de comparer les résultats obtenus aux moyennes nationales.
- Les **archives administratives**, comme les registres des centres de santé, les dossiers scolaires ou les informations détenues par les administrations locales, peuvent renseigner de manière précise sur une multitude de questions ; elle présentent cependant le fâcheux désavantage de ne pas prendre en compte ceux qui n'utilisent pas les services en question, comme les personnes très pauvres ou certaines catégories de la population.

Dans la perspective des droits de l'homme, il est essentiel que la désagrégation des données soit poussée aussi loin que possible et, de manière idéale, en fonction des motifs de discrimination qui tombent sous le coup de la loi, comme le sexe, l'âge, le handicap, l'origine ethnique, la langue, la situation sociale et économique, le statut politique, l'origine régionale des personnes. Il n'est cependant pas toujours possible d'atteindre le niveau de précision voulu dans le découpage. Par ailleurs, une désagrégation des données par sexe, groupes d'âge, régions ou circonscriptions administratives peut être moins difficile à réaliser qu'une ventilation par origine ethnique, laquelle fait appel à des critères à la fois subjectifs (la manière dont l'individu définit lui-même son identité) et objectifs (la langue). Qui plus est, les initiatives visant à produire des données désagrégées risquent parfois de toucher certains points particulièrement sensibles sur le plan social ou politique – il peut arriver, par exemple, que certains groupes minoritaires craignent d'être pénalisés s'ils sont nommément désignés. Il importe que les personnes chargées de recueillir les données tiennent compte de ces aspects, ainsi que de la nécessité de respecter la vie privée et la confidentialité.

Dans certains pays soucieux de promouvoir la cohésion sociale, diverses restrictions légales empêchent de ventiler les données sur la base de considérations ethniques. Ces restrictions peuvent être tout à fait justifiées, mais il arrive également que des gouvernements utilisent ce risque

des bénéficiaires des services de santé qu'à assurer un accès effectif à ces services. C'est ainsi que les allocations par habitant sont passées, entre 1998 et 2001, de US \$4,6 à 3,8 et que les États affichant les taux de pauvreté les plus élevés se sont retrouvés avec les allocations par habitant les plus faibles⁹⁹.

INDICATEURS STRUCTURELS, INDICATEURS OPÉRATIONNELS ET INDICATEURS DE RÉSULTATS : l'approche du HCDH concernant les indicateurs pour la promotion et le suivi de la mise en œuvre des droits de l'homme

Le HCDH a mis au point un cadre conceptuel et méthodologique sur la manière d'utiliser certains d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour assurer la promotion et le suivi de la mise en œuvre des droits de l'homme. L'approche définie dans ce cadre vise à associer systématiquement les normes universelles relatives aux droits de l'homme à une série d'indicateurs contextuels et opérationnels pertinents à l'échelon national.

Pour être plus précis, le cadre en question, qui définit une approche commune pour les droits civils et politiques et pour les droits économiques, sociaux et culturels, décompose le contenu normatif des droits, tel qu'il est défini dans les principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, pour en extraire certaines caractéristiques permettant la mise au point d'indicateurs appropriés (indicateurs structurels, indicateurs opérationnels et indicateurs de résultats) qui porteront sur les mesures prises par l'État intéressé pour s'acquitter de ses obligations. Les indicateurs structurels porteront sur la ratification ou l'adoption des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, les indicateurs opérationnels sur les

efforts déployés par le principal détenteur de devoirs, l'État, pour s'acquitter des obligations découlant des normes, les indicateurs de résultats sur l'aboutissement concret de ces efforts, envisagé dans la perspective des titulaires des droits. On constate donc que cette approche s'inscrit dans le cadre global des obligations qui incombent à l'État au titre des droits de l'homme et consiste essentiellement en une évaluation des engagements pris par l'État, des mesures adoptées pour concrétiser ces engagements et des résultats obtenus.

Le cadre met l'accent sur deux catégories d'indicateurs et de systèmes de production de données : a) les indicateurs qui sont ou peuvent être compilés par des systèmes statistiques officiels et se fondent sur des enquêtes et des registres administratifs, sources d'informations auxquelles on peut généralement accéder sans difficultés ; b) les indicateurs ou les informations émanant de sources non gouvernementales ou d'organisations de défense des droits de l'homme qui s'occupent essentiellement des cas de violation des droits signalés par des victimes, des témoins ou des ONG.

À partir de ce cadre et en consultation avec des experts, une liste représentative d'indicateurs a été établie pour un certain nombre de droits. La validation de ces indicateurs se fait actuellement dans le cadre de consultations avec des experts et de séances de travail qui se déroulent au niveau national. S'agissant du droit de chacun au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, le cadre retient cinq facteurs : « la santé génésique », « la mortalité infantile et les soins de santé infantile », « l'hygiène du milieu et du travail », « la prophylaxie, le traitement des maladies et la lutte contre les maladies », « l'accessibilité des équipements sanitaires et des médicaments essentiels » ainsi que l'ensemble des indicateurs (structurels, de méthode et de résultats) correspondants.

Le cadre mis au point par le HCDH est présenté dans un rapport sur l'utilisation d'indicateurs pour la surveillance de l'application des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme (HRI/MC/2006/7) qui peut être consulté à l'adresse www.ohchr.org.

⁹⁹ D. Diaz et H. Hofbauer. *The public budget and maternal mortality in Mexico: an overview of the experience*. Washington, D.C., International Budget Project, Center on International Budget and Policy Priorities, novembre 2004. www.internationalbudget.org



Khalil T. (OMS - 2003387)

de tensions sociales comme un prétexte pour empêcher la publication de données qui pourraient être politiquement parlant embarrassantes. Dans des situations de ce genre, les organisations de la société civile, les donateurs et les autres parties prenantes devront vraisemblablement élaborer des stratégies en vue de démontrer clairement l'utilité des statistiques, de faire pression sur les pouvoirs publics et de parvenir à supprimer les restrictions en question.

4.4 Indicateurs

Les données recueillies à l'aide du système statistique national sont utilisées pour la mise au point d'indicateurs des grandes tendances socio-économiques. Les indicateurs servent à mesurer divers paramètres à un moment donné ; grâce à eux, on dispose d'un niveau de référence qui permet, par comparaison avec les résultats obtenus

ultérieurement, de mettre en lumière les changements et les évolutions, mais aussi de déceler les écarts naissants et les signes de régression. Dans le secteur de la santé, ces indicateurs englobent généralement les taux de mortalité et de morbidité, le nombre de médecins exerçant dans le pays et les taux de couverture vaccinale. Il est essentiel de pouvoir disposer de données fiables pour être en mesure de sélectionner des indicateurs.

Le HCDH définit les indicateurs des droits de l'homme comme l'ensemble d'informations concrètes faisant le point sur un événement, une activité ou une situation susceptibles d'être rattachés aux règles, normes et principes relatifs aux droits de l'homme. Dans beaucoup de cas, les indicateurs utilisés dans le cadre des OMD peuvent être rattachés aux normes et règles relatives aux droits de l'homme. La réduction des taux de mortalité infantile et maternelle, par exemple, peut être considérée comme un élément clé de la réalisation du droit à la santé. Les indicateurs sélectionnés pour mesurer la mise en œuvre de la stratégie sanitaire devront porter sur les divers éléments du droit à la santé énoncés dans l'observation générale n° 14, notamment la santé génésique, la mortalité infantile et les soins de santé infantile, l'assainissement, l'eau potable, le cadre de vie et l'environnement professionnel, les mesures prises pour prévenir, traiter et combattre les maladies, l'accès aux établissements de soins et aux médicaments essentiels.

Dans tous les pays, il importe que les

Bangladesh : le système de suivi des aînés

HelpAge International et le centre d'intégration des ressources du Bangladesh ont mis sur pied un projet de suivi dont le but est de permettre aux personnes âgées d'accéder plus facilement aux allocations de vieillesse et autres services publics. Le projet concernait 3 325 personnes à Pubail, réparties dans 54 villages, et 2 401 personnes à Srirankhathi, réparties dans 26 villages. Dans un premier temps, les intéressés ont effectué leur propre recensement, pour découvrir qu'ils étaient beaucoup plus nombreux que ce que laissait entendre le précédent recensement. À Srirankhathi, par exemple, 9 % de la population avaient plus de 60 ans, alors que le chiffre du recensement officiel n'était que de 6 %. Ce projet a permis d'augmenter sensiblement le nombre de personnes qui perçoivent l'allocation vieillesse à laquelle elles ont droit. L'année 2005 a vu une augmentation de cette allocation (de US \$2,5 à 2,6 par mois) ainsi que du nombre de bénéficiaires (de 1 million à 1,3 million)¹⁰⁰.

¹⁰⁰ HelpAge International Asia/Pacific. *Older citizens' monitoring: the experience of Bangladesh, Chiang Mai (Thaïlande), 2007.* www.helpage.org

indicateurs retenus reflètent les objectifs et engagements politiques et soient élaborés en conséquence. Dans les pays où il existe une charte des droits des patients ou qui ont adopté une législation ad hoc, les indicateurs devraient porter sur la mise en œuvre des normes convenues en matière de prestation de services ; ils donneront ainsi une image fidèle du degré d'application des dispositifs juridiques, de la mise en œuvre des politiques et de la situation sanitaire.

Nous proposons ci-dessous quelques indicateurs :

- la période d'application et la portée de la législation nationale relative à la mise en œuvre du droit à la santé ;
- l'aide nette officielle au développement pour le secteur de la santé reçue ou fournie, exprimée en pourcentage des dépenses publiques ou du revenu national brut ;
- le pourcentage de la population bénéficiant d'un programme de sensibilisation sur la transmission des maladies (comme le VIH/sida) ;
- l'incidence des décès/maladies imputables à des environnements naturels ou professionnels dangereux.

Il convient également de définir des indicateurs permettant d'apprécier dans quelle mesure les normes et principes relatifs aux droits de l'homme – notamment la non-discrimination, la participation, la responsabilisation et la transparence – sont respectés. Par exemple :

Non-discrimination :

- législation interdisant la violence contre les femmes et les pratiques traditionnelles nocives ;
- législation permettant aux migrants d'accéder à toute la gamme des services de santé ;
- part du budget de la santé allouée aux soins à la mère ;
- pourcentage d'accouchements effectués par un personnel médical qualifié ;
- pourcentage d'enfants bénéficiant d'un programme de complémentation alimentaire ;
- taux de fertilité chez les adolescents.

Participation, information et responsabilisation :

- portée des lois nationales sur les droits à l'information, la décentralisation, la participation de la société civile et l'association ;
- nombre d'organisations de la société civile enregistrées jouant un rôle actif dans la promotion et la protection du droit à la santé ;
- représentation des femmes et autres personnes provenant de groupes marginalisés et exclus dans les commissions sanitaires nationales, régionales et locales ;
- part du budget du secteur affecté à la promotion de la participation ;
- informations sur les budgets (recettes et dépenses) au niveau national et régional ;
- informations sur les droits à prestations et les normes minimales en matière de prestation de services ;
- présence d'une institution chargée de



Pierre Vitot (OMS/212117)

la défense des droits de l'homme ou d'un médiateur travaillant sur les questions de santé ;

- nombre de rapports sur des questions sanitaires remis en temps voulu aux organes de suivi des traités.

4.5 Objectifs

Les objectifs sont de précieux alliés pour les indicateurs dans la mesure où ils définissent les avancées que le pays souhaite accomplir à moyen et à long terme. Sans objectif clairement défini, la dynamique mise en place risque de ne pas pouvoir se maintenir durablement et les efforts et ressources d'être mobilisés pour d'autres causes. Il importe à cet égard d'éviter le piège de l'irréalisme (viser trop haut) ou de la complaisance (se contenter de peu). Il importe que ces objectifs constituent un défi qu'il est possible de relever, moyennant les ressources et la détermination nécessaires. Ils doivent être établis pour la fin de la mise en œuvre de la SRP, mais aussi à intervalles réguliers pendant tout le processus. Il importe également de fixer quelques objectifs intermédiaires, car ce sont eux qui, à l'aide des indicateurs pertinents, permettent de déterminer si les progrès ont lieu dans tous les domaines ou s'il existe certains secteurs qui laissent à désirer et dans lesquels il faut intervenir rapidement. Il s'agit là d'un aspect essentiel, non seulement pour le succès de la SRP, mais parce que cela permet de constater que l'Etat intéressé s'acquitte de l'obligation qui lui incombe d'assurer une mise en œuvre progressive des droits de

l'homme.

Les nombreux objectifs internationaux qui ont été établis dans le secteur de la santé ainsi que les objectifs plus techniques liés à des interventions ou à des problèmes sanitaires spécifiques offrent un cadre de référence global pour l'établissement des objectifs nationaux. Ces objectifs, notamment les OMD, constituent autant d'indicateurs des progrès et de la coopération au niveau international. Il convient de les adapter à la spécificité et aux priorités du pays intéressé. Les gouvernements devraient, en tenant compte des difficultés

LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Les objectifs liés à la santé :

- Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.
- Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.
- D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle.
- D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.
- Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre.
- Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.
- En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.



propres au pays et du degré d'importance de l'aide extérieure, s'attacher à accomplir rapidement des progrès sensibles, en allant si possible au-delà des objectifs fixés par la communauté internationale¹⁰¹. A partir des objectifs nationaux, il est possible de définir un certain nombre d'objectifs infranationaux et locaux. Les objectifs seront d'autant plus pertinents et d'autant plus susceptibles d'une véritable appropriation par les acteurs locaux qu'ils feront appel à la participation de la société civile et aux processus participatifs. Il importe également que les stratégies qui visent à couvrir l'ensemble de la population n'occultent pas la nécessité de promouvoir l'égalité et d'améliorer le sort des personnes vivant dans une extrême pauvreté, des exclus et des laissés-pour-compte.

BUTS ET OBJECTIFS APPROUVÉS PAR LES GOUVERNEMENTS

Le fait de se référer à des objectifs internationalement reconnus tels les OMD et d'autres issus de conférences internationales donne de la légitimité aux objectifs et assure une cohérence, mais cela peut aussi plaider efficacement pour la mobilisation d'un soutien de la part de partenaires pour le développement et des ministères intéressés :

- Les OMD. Ces huit objectifs sont la traduction des divers engagements pris par les gouvernements à l'occasion d'un ensemble de conférences des Nations Unies qui se sont déroulées dans les années 1990. L'action à entreprendre en faveur des

pauvres dans le domaine de la santé et des déterminants de la santé figure au premier plan dans les OMD. Au niveau national, les OMD doivent être complétés par des objectifs pertinents au niveau local – notamment en ce qui concerne les risques sanitaires liés aux traumatismes, aux maladies non transmissibles ou aux facteurs environnementaux – ou par des objectifs visant d'une manière générale à renforcer les systèmes de santé. La désagrégation des données par critères (origine ethnique, région, sexe, etc.) est à cet égard capitale, car c'est le seul moyen d'éviter qu'une vision globale empêche de percevoir des disparités flagrantes en matière de progrès économique et social.

- La Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994 et la session spéciale (CIPD+5) créée en 1999 par l'Assemblée générale des Nations Unies¹⁰² définissent plusieurs objectifs précis dans le domaine des droits génésiques.
- Les résolutions formulées lors des Assemblées mondiale de la Santé peuvent également comprendre certains objectifs concernant telle ou telle question sanitaire et sont à ce titre d'un grand intérêt pour la définition des objectifs sanitaires qu'il convient d'intégrer dans les SRP.

BUTS ET OBJECTIFS DES INITIATIVES PRISES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

À côté des grands objectifs sanitaires internationaux, on trouve un certain nombre d'objectifs spécifiques qui peuvent par exemple concerner l'éradication de telle ou

¹⁰¹ J. Vandemoortele et R. Roy. *Making sense of MDG costing*. New York, Poverty Group, Programme des Nations Unies pour le développement, août 2004. www.undp.org

¹⁰² www.unfpa.org

Brésil

Avec l'aide du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Brésil a élaboré un ratio d'équité applicable, dans le cadre des OMD, dans l'ensemble des régions, États et municipalités, désagrégé par sexe, revenu, race/origine ethnique, handicap, niveau d'instruction et localisation géographique)¹⁰³.

telle maladie ou la réalisation d'un certain taux de couverture vaccinale. Ces objectifs, qui s'inscrivent dans le cadre d'un programme ou d'une activité technique déterminés, peuvent se révéler utiles et pertinents dans certains contextes nationaux et sont susceptibles de bénéficier de l'appui de divers acteurs. Parmi les objectifs sanitaires liés à une maladie spécifique, on peut citer :

- l'accès universel, d'ici à 2010, à des programmes complets de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida ;
- la réduction de moitié, d'ici à 2010, de la charge de morbidité due au paludisme.

4.6. Responsabilisation politique, judiciaire et quasi judiciaire

La responsabilisation des acteurs intéressés est un facteur clé dont nous avons souligné l'importance tout au long de cette brochure. Nous avons évoqué les divers dispositifs et institutions susceptibles de promouvoir la responsabilisation du niveau local au plan international. La section 2 comporte une analyse des divers mécanismes de responsabilisation accessibles aux pauvres et aux exclus. La section 3 porte sur la définition de normes minimales susceptibles d'être invoquées pour demander des comptes aux décideurs et aux prestataires de services, ainsi que sur la mise en place des institutions permettant de garantir la responsabilité des administrations et l'accès aux voies de recours. Nous avons également rappelé dans cette même section

qu'il est essentiel que l'établissement du budget se fasse dans la transparence et de manière responsable. Nous avons passé en revue, dans la première partie de la présente section, les méthodes à utiliser pour promouvoir la responsabilisation sociale, notamment dans le cadre du suivi communautaire et des initiatives relatives au budget. Nous avons ensuite examiné le rôle des systèmes statistiques nationaux, des objectifs et des indicateurs. La dernière partie de cette section est consacrée aux institutions politiques, judiciaires et quasi judiciaires qui favorisent une responsabilisation dans le domaine des normes et principes relatifs aux droits de l'homme. Il est important, pour assurer la mise en œuvre du volet sanitaire de la SRP, de faciliter le travail de ces institutions en leur fournissant notamment des informations complètes sur les politiques et les enjeux sanitaires.

LES PROCÉDURES PARLEMENTAIRES ET AUTRES DISPOSITIFS POLITIQUES

Les possibilités qu'offre le système national de gouvernance en matière de contrôle et de responsabilisation varient selon la nature ou le degré de complexité du système parlementaire national. Dans un système démocratique pluripartite, les parlements disposent généralement de certains dispositifs, comme les commissions parlementaires pluripartites qui peuvent être habilitées à soumettre l'action des pouvoirs publics à un examen impartial destiné à vérifier qu'elle est conforme aux engagements de l'État. La participation de

¹⁰³ hdr.undp.org

Afrique du Sud : une action en justice pour assurer la fourniture de névirapine

En décembre 2001, la Haute Cour de Pretoria a rendu un arrêt dans le cadre de l'affaire qui opposait le Ministère de la Santé d'Afrique du Sud à une organisation de la société civile (Treatment Action Campaign) militant pour la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida. L'enjeu du litige était la reconnaissance concrète du droit d'accéder à des soins de santé et l'obligation pour l'État de fournir de la névirapine aux femmes enceintes séropositives de façon à réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. À l'époque, la fourniture de névirapine n'était assurée par les pouvoirs publics que dans 18 établissements pilotes. Dans son arrêt, la Cour demande à l'État de fournir immédiatement de la névirapine aux femmes enceintes touchées par le VIH et devant accoucher dans des

représentants de groupes exclus aux séances des commissions parlementaires ou d'autres organes de contrôle peut jouer un rôle capital dans la mise en œuvre des droits socio-économiques garantis par la Constitution¹⁰⁴.

Il existe diverses manières de renforcer le contrôle parlementaire de la mise en œuvre des politiques sanitaires et mesures connexes :

- demander à des instituts de recherche ou à des universités d'effectuer des recherches ou des vérifications des comptes ;
- veiller à ce que les ONG puissent accéder à tous les documents publics pertinents ;
- faciliter le travail des ONG en réduisant les contraintes administratives qui freinent la procédure de reconnaissance officielle ou en leur octroyant un soutien financier ;
- permettre aux médias de traiter des questions touchant l'efficacité de l'action publique ou les encourager à sensibiliser l'opinion aux questions présentant un intérêt pour le secteur de la santé ;
- demander à des institutions indépendantes d'effectuer des recherches sur le budget et les activités du pouvoir exécutif¹⁰⁵.

JUDICIAIRE

Il ne peut y avoir de véritable responsabilisation sans l'existence de moyens de recours en cas de violation des droits de l'homme. Ce sont les tribunaux nationaux qui, pendant de nombreuses années, ont été saisis des affaires liées à des violations

des droits de l'homme et ce n'est que depuis peu de temps qu'ils interviennent expressément pour des atteintes aux droits économiques et sociaux. Ces derniers étant par nature des droits collectifs et comportant en outre des incidences budgétaires, leur défense par la voie judiciaire est plus difficile que celle des droits civils et politiques. D'une manière générale, l'action en justice est difficile, coûteuse et reste de ce fait difficilement accessible aux pauvres.

Les centres de consultations juridiques et parajuridiques peuvent certes faciliter l'accès aux tribunaux, mais il arrive que ces derniers soient inefficaces, corrompus, soient étrangers à la réalité quotidienne des pauvres et nourrissent des préjugés à l'encontre des groupes marginalisés, notamment les femmes.

Cependant, lorsque des organisations de la société civile peuvent saisir la justice au nom des exclus, la procédure judiciaire peut constituer l'amorce d'une action sociale et politique de plus grande envergure. Comme les affaires Grootboom¹⁰⁶ et Campagne Action Traitement l'ont clairement montré (voir ci-dessous), les affaires concernant les droits sociaux et économiques sont recevables en justice et les magistrats sont habilités à statuer sur ces questions. Dans le cadre de cette dernière affaire, mais aussi de beaucoup d'autres, l'action en justice a contribué à mettre les pouvoirs publics en demeure de s'acquitter des obligations qui leur incombent au titre de la Constitution nationale comme des traités internationaux et a permis et consacré la reconnaissance

¹⁰⁴ *Programming for justice; access for all. A practitioner's guide to a human rights-based approach to access to justice.* Bangkok, Asia-Pacific Rights and Justice Initiative, Programme des Nations Unies pour le développement, 2005. www.undp.org

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ *Government of the Republic of South Africa and Others v Grootboom and Others.* 2000 (11) BCLR 1169 (CC). www.communitylawcentre.org.za

établissements publics, ainsi qu'à leurs enfants, si cela est indiqué du point de vue médical. La Cour a également demandé au gouvernement d'élaborer et de mettre en œuvre un programme global visant à réduire la transmission de la mère à l'enfant, notamment à l'aide de traitements à base de névirapine ou autres médicaments appropriés, de proposer des services de consultation et de dépistage volontaires et de fournir du lait de remplacement. Cet arrêt, qui a été confirmé par la Cour constitutionnelle en 2002, a amené les pouvoirs publics à adopter un programme complet sur la transmission de la mère à l'enfant¹⁰⁷.

des droits des exclus.

Dans beaucoup de pays, notamment dans ceux qui sortent depuis peu d'un conflit, le règlement des litiges locaux est assuré par des tribunaux coutumiers. D'une manière générale, les pauvres peuvent plus facilement accéder à ces derniers qu'à l'institution judiciaire officielle ; pour autant, rien ne garantit vraiment qu'ils soient attachés au respect des droits de tous et soient exempts de toute discrimination. S'agissant par exemple, des questions touchant la succession, la propriété, le mariage précoce et la violence contre les femmes, les enfants et les femmes risquent fort d'être largement défavorisés dans les systèmes juridiques traditionnels ou le droit coutumier¹⁰⁸. Les programmes mis en œuvre pour faciliter l'accès à la justice collaborent avec ces tribunaux coutumiers pour mieux faire connaître, et faire davantage respecter, les normes et principes relatifs aux droits de

l'homme.

Institutions nationales de protection des droits de l'homme

Les institutions nationales de défense des droits de l'homme sont des organes quasi judiciaires ou des organes officiels dont le mandat comprend l'instruction des plaintes dans les cas de violation de droits de l'homme, la promotion de l'éducation dans le domaine des droits de l'homme et l'examen des législations. La plupart des quelque 100 institutions de ce type réparties dans le monde entier se classent en deux grandes catégories : les commissions des droits de l'homme et les médiateurs. Certaines institutions nationales « spécialisées » protègent les droits de certaines catégories de la population – minorités ethniques et linguistiques, populations autochtones, enfants, réfugiés, femmes.

Les « principes de Paris », adoptés par l'Assemblée générale dans sa résolution

ARGENTINE : UN VACCIN CONTRE LA FIÈVRE HÉMORRAGIQUE

La fièvre hémorragique est devenue endémique dans la pampa argentine. L'outil le plus efficace dans la lutte contre cette maladie est un vaccin hautement performant qu'il est devenu de plus en plus difficile de se procurer, les laboratoires privés ayant jugé que sa production n'était pas assez rentable. Le Centre des études sociales et juridiques a introduit une action en justice, au nom du

droit à la santé, et a finalement obtenu gain de cause. Le tribunal, se référant aux obligations juridiques découlant aussi bien de la Constitution argentine que des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, a rappelé que, lorsque, pour des raisons économiques ou commerciales, les institutions privées ne sont pas en mesure de fournir des soins de santé à la population, il appartient à l'État

de mobiliser les ressources nécessaires pour s'en charger lui-même. Le tribunal a également soumis aux pouvoirs publics un programme d'action précis et vérifié qu'il était effectivement appliqué. Le Centre des études sociales et juridiques continue de faire pression sur le gouvernement pour obtenir d'autres avancées¹⁰⁹.

107 *Minister of Health v Treatment Action Campaign*. Bellville, Afrique du Sud, Community Law Centre, University of Western Cape, 2002. www.communitylawcentre.org.za

108 W. Ncube, éd. *Law, culture, tradition and children's rights in Eastern and Southern Africa*. Brookfield, VT, Aldershot, 1998.

109 *Viceconte, Mariela c. Estado Nacional (Ministerio de Salud y Ministerio de Economía de la Nación) s/ acción de amparo*. Argentine, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso-Administrativo Federal, 2 juin 1998. www.esccr-net.org

Inde : une action en justice contre la discrimination

Le collectif d'avocats VIH/sida Unit s'attache à aider les personnes vivant avec le VIH/sida pour toutes les questions d'ordre juridique. Il a par exemple adressé une requête à la Haute Cour de Bombay, au nom d'une personne qui avait été licenciée par une entreprise du secteur public en raison de sa séropositivité. La Haute Cour a donné raison au requérant et exigé qu'il soit réembauché et qu'il reçoive une compensation pour sa période de non-emploi¹¹⁰.

Brésil : le rapporteur national sur le droit à la santé

En octobre 2002, le Brésil a nommé six rapporteurs nationaux qui seront chargés d'un travail de suivi sur les droits économiques, sociaux et culturels, l'un d'entre eux étant expressément chargé du droit à la santé. Sélectionnés par un conseil constitué de représentants d'ONG et d'organismes des Nations Unies, ces rapporteurs sont chargés de prendre connaissance des plaintes, d'effectuer des enquêtes dans le cadre des violations alléguées et d'établir des rapports annuels. Ils peuvent également recommander des réformes des politiques et des législations. Les candidats sont sélectionnés sur la base de leurs compétences techniques et de leur attachement à des principes fondamentaux des droits de la personne, comme l'égalité et la non-discrimination¹¹¹.

A/RES/48/134 du 20 décembre 1993¹¹² fournissent des orientations sur le rôle, la composition, le statut et les fonctions des institutions nationales de défense des droits de l'homme (voir également la section 3). L'efficacité de ces institutions dépend de leur mandat, des ressources dont elles disposent ainsi que des relations qu'elles entretiennent avec la société civile et les pouvoirs publics. Par exemple, la Commission sud-africaine des droits de l'homme vérifie que les droits socio-économiques sont effectivement mis en œuvre à l'échelon national en s'appuyant sur un mécanisme spécifique qui prévoit notamment des enquêtes régulières auprès des autorités gouvernementales, visant à vérifier qu'elles s'acquittent dûment des obligations liées à la Constitution et aux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme.

Le système international de compte rendu sur les droits de l'homme.

Il existe sept organes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme chargés de contrôler l'application des principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et contenant des dispositions sur le droit à la santé et autres droits de la personne liés à la santé. Constitués d'experts indépendants, ces organes de contrôle examinent les rapports que les États sont tenus de présenter périodiquement. Ils peuvent également être amenés à prendre connaissance de rapports fournis, par exemple, par des ONG ou des organismes des Nations Unies, certains d'entre

eux ayant même vocation à connaître des plaintes formulées par des particuliers qui ont des raisons d'estimer que leurs droits ont été violés. Les rapports de ces organes peuvent favoriser une meilleure compréhension de la situation de tel ou tel pays dans le domaine des droits de l'homme et permettre la mobilisation nécessaire pour modifier les politiques et les pratiques lorsque cela s'avère nécessaire.

¹¹⁰ *HIV/AIDS and human rights in a nutshell. Op. cit.* (voir note 69).

¹¹¹ www.gajop.org.br

¹¹² *Institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme. Résolution 48/134 du 20 décembre 1993 de l'Assemblée générale des Nations Unies.* www.un.org

SECTION 5

Instrumentes relatifs aux droits de l'homme, résolutions et déclarations internationales, documents et organisations utiles à consulter

Nous proposons dans cette section un aperçu de l'évolution des activités relatives au droit et à la santé et à la pauvreté dans le domaine du développement. Nous présentons dans la deuxième partie une liste des principales références dans le domaine du droit à la santé ainsi que des documents utiles à toute personne désireuse de s'informer davantage sur les questions relatives à la santé, à la pauvreté et aux droits de l'homme. Tous les documents présentés dans la première partie figurent dans la liste des références.

5.1 L'évolution du droit à la santé et de la notion de pauvreté dans le domaine du développement

Le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint figure depuis de nombreuses années parmi les droits fondamentaux. Il est consacré par le préambule de la Constitution de l'OMS (1948) et réaffirmé dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) sur les soins de santé primaires. La définition la plus autorisée du droit à la santé est celle énoncée à l'article 12 du PIDRESC.

Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

Préambule :

« La possession du meilleur état de santé

qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Les campagnes organisées par la société civile, notamment autour de questions relatives à la santé génésique et sexuelle et au VIH/sida, ont favorisé l'ouverture d'un large débat sur l'interprétation et l'application du droit à la santé. Par ailleurs, l'intérêt de plus en plus marqué dans les pays en développement et les pays développés pour l'utilisation d'un cadre de droits, ainsi que les recherches et le travail de sensibilisation effectués par des spécialistes et des institutions des Nations Unies, ont contribué

à confirmer l'importance des droits de l'homme dans les programmes de développement internationaux. Cette tendance est confirmée par la place prépondérante accordée aux droits génésiques et aux droits de la femme dans les rapports de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994)¹¹³, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1998)¹¹⁴ et les directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme (1998)¹¹⁵.

En 2000, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a adopté l'observation générale n° 14, qui définit précisément le contenu normatif du droit à la santé, les obligations qui lui sont associées et les mesures nécessaires à sa mise en œuvre¹¹⁶. Deux ans plus tard, la Commission des droits de l'homme a nommé un rapporteur spécial, dont le mandat porte essentiellement sur le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Le rapporteur poursuit aujourd'hui un important travail de sensibilisation et de promotion axé sur ce droit fondamental de la personne. Parallèlement, les professionnels de la santé ont engagé avec les spécialistes des droits de l'homme une réflexion sur les relations entre la santé et les droits de l'homme et sur les conséquences pratiques qui en découlent ; tous reconnaissent que les droits de l'homme peuvent jouer un rôle décisif dans l'amélioration de la situation sanitaire. La brochure intitulée *25 questions et réponses sur la santé et les droits*

de l'homme, publiée par l'OMS en 2002, constitue une introduction accessible à ces questions¹¹⁷.

S'il y a déjà un certain temps que l'on étudie le lien entre la pauvreté et la maladie, comme en témoigne la place éminente accordée à la santé dans les OMD, l'intérêt pour le rôle capital que la santé peut jouer dans le développement macroéconomique est quant à lui plus récent. La publication *Pauvreté et santé*, publiée conjointement par l'OCDE et l'OMS¹¹⁸, est un document de référence précis sur cette question, contenant toute une gamme de recommandations. En 2001, la Commission Macroéconomie et Santé a publié un rapport intitulé *Investir dans la santé pour le développement économique*¹¹⁹, qui étudie de manière systématique le potentiel que représente la santé dans le développement économique mondial.

Les praticiens du développement, et tout particulièrement ceux du PNUD et de l'UNICEF, ainsi qu'un grand nombre d'organisations de la société civile, ont collaboré avec leurs collègues spécialistes des droits de l'homme pour étudier les liens entre la pauvreté et les droits de l'homme. Les organisations de la société civile, comme la campagne en faveur de la reconnaissance du droit à la santé¹²⁰, sont de plus en plus nombreuses à inscrire leur réflexion sur la problématique de la santé et de la pauvreté dans la perspective des droits de l'homme. Leurs activités montrent clairement comment on peut s'appuyer sur les droits de l'homme pour renforcer les moyens d'action

¹¹³ *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, septembre 1994. www.unfpa.org

¹¹⁴ *Beijing declaration and platform for action*. Fourth World Conference on Women, UN Doc. A/CONF.177/20 et Add.1, 1995.

¹¹⁵ *Directives internationales concernant le VIH/Sida et les droits de l'homme*. Version révisée de 2006. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme / Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. www2.ohchr.org

¹¹⁶ Observation générale n° 14 (2000). *Op. cit.* (voir note 2).

¹¹⁷ *25 questions-réponses sur la santé et les droits humains*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Série Santé et droits humains, n° 1, juillet 2002. www.who.int/hhr

¹¹⁸ *Pauvreté et santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé / Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2003 (Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD). www.who.int

¹¹⁹ Commission sur la macroéconomie et la santé. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001. www.who.int

¹²⁰ www.phmovement.org

des personnes et des communautés marginalisées et infléchir les politiques afin qu'elles servent davantage les intérêts des plus démunis.

En 2001, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a entrepris d'examiner de quelle manière il serait possible d'introduire les principes relatifs aux droits de l'homme dans l'élaboration des politiques de développement, et notamment des SRP. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a répondu à cette préoccupation en élaborant cette approche dans trois documents : *Les droits de l'homme et la lutte contre la pauvreté : cadre conceptuel*¹²¹, *Principles and guidelines: a human rights approach to poverty reduction strategies*¹²², et *Revendiquer les objectifs du Millénaire pour le développement : une approche fondée sur les droits de l'homme*¹²³. Avec ces trois documents, les praticiens disposent d'orientations concrètes sur la manière d'utiliser les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme dans le cadre des SRP. L'OMS s'est attachée depuis à poursuivre cette réflexion en appliquant cette approche au domaine de la santé et en mettant en lumière toutes les implications pratiques.

5.2 Principales références et organisations dans les domaines du droit à la santé et de la pauvreté

Instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme

Ceci est une sélection des principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme qui concernent le droit à la santé et/ou d'autres droits de l'homme en rapport avec la santé :

- Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.
www.ohchr.org
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1965.
www2.ohchr.org
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966.
www2.ohchr.org
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966.
www2.ohchr.org
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979.
www2.ohchr.org
- Déclaration sur le droit au développement, 1986.
www2.ohchr.org

¹²¹ *Les droits de l'homme et la lutte contre la pauvreté - Cadre conceptuel*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2004. www.ohchr.org

¹²² *Principles and Guidelines: a human rights approach to poverty reduction strategies*.

Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2006. www.ohchr.org

¹²³ *Revendiquer les objectifs du Millénaire pour le développement : une approche fondée sur les droits de l'homme*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2008. www.ohchr.org

- Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006.
www2.ohchr.org
 - Convention relative aux droits de l'enfant, 1989.
www2.ohchr.org
 - Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, 1990.
www2.ohchr.org
- ★ *Pour une liste plus complète des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, consulter le site www2.ohchr.org ou www.who.int/hhr/readings/en.*

Résolutions et textes de référence de l'OMS

- Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948.
www.who.int/governance/eb/constitution/fr/index.html
- Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaire, 1978.
www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- Déclaration de Copenhague sur le développement social et Programme d'action du Sommet mondial pour le développement social, 1995 et 2000.
www.un.org
- Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA. Adoptée par l'Assemblée générale le 27 juin 2001 dans la résolution S-26/2.
www.un.org
- Consensus de Monterrey, Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey (Mexique), 18-22 mars 2002 (A/Conf.198/11).
www.un.org
- Déclaration du Millénaire, Résolution 55/2 de l'Assemblée générale du 8 septembre 2000.
www.un.org
- La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement.
www.who.int/mdg/goals/fr/index.html
- Déclaration de Johannesburg sur le développement durable et Plan de mise en œuvre du Sommet mondial pour le développement durable, 2002.
www.un.org

Documents de conférence des Nations Unies

- Déclaration et programme d'action de Vienne, 1993.
www.ohchr.org

Documents de l'OMC

- Déclaration ministérielle adoptée à la quatrième session de la Conférence ministérielle, Doha, 9-14 novembre 2001. (WT/MIN(01)DEC/1), 20 novembre 2001. www.wto.org
- Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), signé le 15 avril 1994 à Marrakech (Maroc). www.wto.org

Instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme

- Convention américaine relative aux droits de l'homme, 1969. www.corteidh.or.cr
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 1981. www.achpr.org
- Convention européenne des droits de l'homme, 1950. www.coe.int

Documents utiles et propositions de lecture

- J. Asher. *The right to health: a resource manual for NGOs*, 2004. http://shr.aaas.org/Right_to_Health_Manual/index.shtml
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 : le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12) (E/C.12/2000/4, CESCR), 11 août 2000. www.ohchr.org
- U. Jonsson. *Human rights approach to development programming*. Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2003. www.unicef.org/rightsresults/files/HRB-DP_Urban_Jonsson_April_2003.pdf
- *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme, 2006*. Version mise à jour. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. www.ohchr.org

- Commission macroéconomie et santé. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
www.who.int
- *Pauvreté et santé*. Série des lignes directrices du CAD. Genève, Organisation mondiale de la Santé / Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf>
- *Les droits de l'homme et la lutte contre la pauvreté: cadre conceptuel*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2004 (HR/PUB/04/1)
www.ohchr.org
- D. Elson et A. Norton. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. Overseas Development Institute, 2002.
www.odi.org.uk/pppg/publications/books/budget.html
- *Réduction de la pauvreté et droits de l'homme : note de pratique*. Programme des Nations Unies pour le développement, juin 2003.
www.undp.org/governance/docs/HRPN_French.pdf
- *Principles and Guidelines: a human rights approach to poverty reduction strategies*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2006.
www.ohchr.org
- *Claiming the MDGs: a human rights approach*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2008.
www.ohchr.org
- Commission des droits de l'homme des Nations Unies. *L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) : évaluation des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CLSP) dans l'optique des droits de l'homme*. Conseil économique et social des Nations Unies. 18 janvier 2001 (E/CN.4/2001/56).
www.ohchr.org
- Rapport mondial sur le développement humain, 2000. *Droits de l'homme et développement humain*, Programme des Nations Unies pour le développement, 2000.
<http://hdr.undp.org/reports/global/2000>
- J. Klugman, réd. *A sourcebook for poverty reduction strategies*. Banque mondiale, Washington, D.C., 2002.
www.worldbank.org
- *PRSPs: their significance for health: second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1).
www.who.int/hdp/en/prpspsig.pdf

- Série de publications Santé et droits de l'homme. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
<http://www.who.int/hhr/activities/publications>
N° 1 *25 questions/réponses sur la santé et les droits humains, juillet 2002.*
www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionFrench.pdf
N° 2 *Santé et absence de discrimination, août 2001.*
www.who.int/hhr/activities/en/Health%20and%20Freedom%20from%20Discrimination%20French.pdf
N° 3 *The right to water, 2003.*
www.who.int/docstore/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.pdf
N° 4 *Migrations internationales, Santé et droits humains, décembre 2003.*
www.who.int/hhr/2005%20PRT%2016325%20Add%201%20Rev%201%20Migr_HHR-French%20edition.pdf
- *Health & Human Rights Fact Sheet Series.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
<http://www.who.int/hhr/activities/factsheets/en/index.html>

Liste d'organisations qui s'occupent des droits de l'homme, de la santé et de la réduction de la pauvreté

- Banque mondiale
www.worldbank.org
- CARE
www.careinternational.org.uk
- Center for Economic and Social Rights
www.cesr.org
- Commonwealth Medical Trust
www.commat.org
- Conseil international pour l'étude des droits de l'homme
www.ichrp.org
- Fundar
www.fundar.org.mx
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
www.hchr.org
- International Network for Economic, Social & Cultural Rights
www.ohchr.org
- Organisation mondiale de la Santé
www.who.int
- Oxfam International
www.oxfam.org
- PNUD
www.undp.org

- Save the Children
www.savethechildren.org.uk
- UNICEF
www.unicef.org
- Wemos Foundation
www.wemos.nl

La pauvreté et la mauvaise santé sont étroitement liées à l'absence de pouvoir, à la marginalisation et à l'exclusion. Le principal enjeu actuel pour affronter efficacement la pauvreté est d'affaiblir le cycle de l'impuissance et de renforcer les capacités des femmes et des hommes pour leur permettre de mieux contrôler leur vie. Dans ce contexte, la pauvreté est de plus en plus considérée comme l'absence de possibilité de jouir de tout un ensemble de droits de l'homme - civils, culturels, économiques, politiques et sociaux. La santé constitue un droit humain fondamental, particulièrement important pour réduire la pauvreté. Un corps sain permet aux adultes de travailler et aux enfants d'apprendre, autant d'éléments cruciaux pour sortir de la pauvreté.

La question de la pauvreté, de la santé et des droits de l'homme ne peut être traitée par une seule institution mondiale et exige une action interdisciplinaire et coordonnée. C'est pourquoi l'OMS et le HCDH ont collaboré avec de nombreuses parties intéressées pour rédiger ce guide qui se veut un outil offert aux décideurs en matière de politique de santé pour concevoir, appliquer et suivre une stratégie de réduction de la pauvreté par une approche fondée sur les droits de l'homme. Ce guide contient des conseils et suggestions pratiques ainsi que des exemples de bonne pratique pris dans le monde entier.

SÉRIE DE PUBLICATIONS SANTÉ ET DROITS DE L'HOMME, N° 5

Pour plus d'informations, s'adresser à :
Conseillère, Santé et droits de l'homme,
Département Éthique, équité, commerce et droits de l'homme
Groupe Information, bases factuelles et recherche (IER/ETH)
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20,
CH-1211, Genève 27,
Suisse
Téléphone : + 41 22 791 2523
Site web Santé et droits de l'homme : www.who.int/hhr

Haut-Commissariat des Nations Unies
aux droits de l'homme
Palais des Nations
Avenue de la Paix 8-14,
CH-1211, Genève 10,
Suisse
Site web : www.ohchr.org

