Nations Unies A/80/184

Assemblée générale

Distr. générale
17 juillet 2025
Français
Original : anglais

Quatre-vingtième session
Point 72 b) de l'ordre du jour provisoire*
Promotion et protection des droits humains : questions relatives aux droits humains, y compris les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif des droits humains et des libertés fondamentales

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

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, présenté en application de la résolution 51/21 du Conseil des droits de l'homme.

* A/80/150.

25-11704 (F) 180725 250825

Merci de recycler

Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng

Personnels de santé et d'aide à la personne: preneurs de serment et défenseurs du droit à la santé

Résumé

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, s'intéresse aux personnels de santé et d'aide à la personne – preneurs de serment et défenseurs du droit à la santé – et explore la manière dont le droit à la santé est consacré par le droit international et est essentiel à la concrétisation de la paix, de la sécurité et du développement durable, tout en reconnaissant que l'application effective et intégrale du cadre du droit à la santé est indispensable à une vie digne. Elle souligne que les personnels de santé et d'aide à la personne sont à l'avant-garde de la concrétisation du droit à la santé et met en lumière le lien fondamental entre les différents droits humains, que les problèmes mondiaux actuels mettent de plus en plus en évidence.

Elle analyse la manière dont les déterminants sociaux, politiques et commerciaux de la santé se conjuguent pour influencer l'exercice du droit à la santé et d'autres droits connexes par les personnels de santé et d'aide à la personne, en tant que titulaires de droits, ainsi que leur capacité de fournir des services de santé accessibles, disponibles, acceptables et de bonne qualité, et de défendre le droit à la santé pour tous, sans discrimination. Elle estime que le cadre du droit à la santé joue un rôle important dans le règlement des problèmes rencontrés par les personnels de santé et d'aide à la personne, acteurs clés de la paix, de la sécurité et du développement durable.

Sur la base de ces évaluations, la Rapporteuse spéciale recommande une marche à suivre à toutes les parties prenantes, en s'inspirant d'exemples de bonnes pratiques déjà mises en œuvre.

Enfin, la Rapporteuse spéciale souligne que les sociétés qui jouissent d'une paix et d'une sécurité durables sont mieux à même de mettre en place des systèmes de santé résilients et de parvenir à un développement durable. Réciproquement, des systèmes de santé solides et un personnel de santé protégé et disposant des moyens nécessaires contribuent à la cohésion sociale, à la prévention des conflits et à la stabilité à long terme.

I. Introduction

1. Le droit à la santé est consacré par le droit international et est essentiel à la concrétisation de la paix, de la sécurité et du développement durable. L'application effective et intégrale du cadre du droit à la santé est indispensable à une vie digne. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont à l'avant-garde de la concrétisation du droit à la santé. Les problèmes mondiaux actuels mettent de plus en plus en évidence le lien fondamental entre les différents droits humains[1].

2. Les déterminants sociaux, politiques et commerciaux de la santé se conjuguent pour influencer l'exercice du droit à la santé et d'autres droits connexes par les personnels de santé et d'aide à la personne, en tant que titulaires de droits, ainsi que leur capacité de fournir des services de santé accessibles, disponibles, acceptables et de bonne qualité, et de défendre le droit à la santé pour tous, sans discrimination. La Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, estime que le cadre du droit à la santé joue un rôle important dans le règlement des problèmes rencontrés par les personnels de santé et d'aide à la personne, acteurs clés de la paix, de la sécurité et du développement durable.

3. Dans le Pacte pour l'avenir, les États ont réaffirmé qu'il importait d'édifier des sociétés pacifiques, justes et inclusives. Comme la Rapporteuse spéciale l'a fait remarquer, les personnels de santé et d'aide à la personne sont particulièrement bien placés pour agir comme des catalyseurs de l'équité en santé (voir A/HRC/59/48). En conséquence, le droit à la santé de chacun ne peut être réalisé que lorsque les droits des personnels de santé et d'aide à la personne sont respectés et que ces personnels ont la possibilité et les moyens de faire leur travail vital.

4. Les personnels de santé et d'aide à la personne sont l'épine dorsale des systèmes de santé et jouent un rôle décisif dans la réalisation du droit à la santé. Leur dévouement, leurs compétences et leur compassion sont indispensables pour fournir des services de santé essentiels, faire face aux urgences et venir en aide aux populations les plus vulnérables. En temps de crise, que celle-ci soit due à un conflit, à une catastrophe naturelle, à une pandémie ou à une situation dangereuse pour l'environnement, les personnels de santé et d'aide à la personne sont en première ligne, risquant leur propre sécurité pour protéger et soigner autrui.

II. Méthodologie

5. Dans le cadre de la résolution de la Commission des droits de l'homme par laquelle le mandat a été créé (résolution 2002/31), de la résolution 6/29 du Conseil des droits de l'homme par laquelle le mandat a été prorogé et de la dernière résolution du Conseil par laquelle le mandat a été prorogé (résolution 51/21), la Rapporteuse spéciale a désigné les personnels de santé et d'aide à la personne comme une priorité stratégique en vue de la réalisation du droit qu'a toute personne de jouir du droit à la santé (voir A/HRC/47/28).

6. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale s'appuie sur le rapport qu'elle a présenté au Conseil des droits de l'homme à sa cinquante-neuvième session, ainsi que sur les travaux de ses prédécesseurs, qui ont considéré les personnels de santé et d'aide à la personne comme une composante à part entière du droit à la santé et la formation médicale comme un facteur influençant leur capacité de contribuer à permettre aux États de s'acquitter de leur obligation de faire en sorte que les soins de

[1] Voir https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf.

santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (voir A/HRC/59/48).

7. Lors de l'élaboration du présent rapport, la Rapporteuse spéciale a lancé un appel à contributions[2], invitant les parties prenantes à faire part de leur expérience et de leurs connaissances, en privilégiant l'angle de l'égalité réelle, y compris une approche intersectionnelle, antiraciste et anticoloniale.

III. Cadre juridique

A. Droit international des droits humains

8. Outre le cadre mentionné et développé dans les précédents rapports de la Rapporteuse spéciale (ibid.), le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine, notamment l'accès à des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain (E/C.12/2000/4, par. 4). Ce droit suppose également la participation de la population à toutes les décisions politiques ayant des incidences sur le droit à la santé, prises tant à l'échelon de la communauté qu'à l'échelon national et international (ibid., par. 17).

9. Dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 se trouvait réaffirmée l'obligation incombant aux États de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale et sociale, de fortune, de naissance, de handicap ou de toute autre situation. Il y est également souligné que les objectifs de développement durable ne seront pas atteints à moins et jusqu'à ce que les droits humains et la dignité soient garantis pour toutes les personnes, partout, sans laisser personne de côté.

10. La Rapporteuse spéciale rappelle que dans l'observation générale n° 14, adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, celui-ci considère le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé (ibid., par. 11). L'observation générale n° 14 approfondit le paragraphe 2) de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels sur le droit à un environnement naturel et professionnel sain, selon lequel les mesures visant à l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle comprennent notamment les mesures de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ; les mesures visant à assurer un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable et en moyens d'assainissement élémentaires ; les mesures visant à empêcher et réduire l'exposition de la population à certains dangers ayant une incidence directe sur la santé des individus (ibid., par. 15). Elle s'intéresse également à la prophylaxie et au traitement des maladies ainsi qu'à la lutte contre ces maladies, entre autres choses, ce qui inclut la lutte contre les problèmes de santé liés au comportement et la promotion de déterminants sociaux de la bonne santé (ibid., par. 16). En outre, selon le paragraphe 2) d) de l'article 12 du Pacte, les États doivent créer des conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

11. Le droit à la santé emporte également des obligations de réalisation progressive et des obligations ayant un effet immédiat. Le concept de « réalisation progressive » impose d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible pour atteindre

[2] Voir https://www.ohchr.org/fr/calls-for-input/2025/call-submissions-health-and-care-workers.

cet objectif et impose une obligation de non-régression, à moins qu'elle ne soit pleinement justifiée (E/1991/23-E/C.12/1990/8, annexe III, par. 9).

12. S'agissant des personnels de santé et d'aide à la personne et du droit à des conditions de travail justes et favorables (voir A/HRC/59/48), fixer des limites raisonnables aux heures de travail revêt une importance particulière. Les horaires de travail étendus peuvent conduire à l'épuisement, à l'usure ou à la détresse professionnels, ce qui a des répercussions sur la santé mentale des personnels de santé et d'aide à la personne, ainsi que sur la qualité des soins prodigués[3]. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels permet une certaine latitude en fonction de la complexité sur le terrain, notamment en ce qui concerne le travail posté et l'astreinte, mais demande que les journées de travail plus longues soient compensées par des journées plus courtes, de sorte que la durée moyenne du travail sur plusieurs semaines n'excède pas la norme générale de huit heures par jour (E/C.12/GC/23, par. 35).

13. Selon l'article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la sécurité sociale comprend les assurances sociales et est fondamental pour la promotion des droits des personnels de santé et d'aide à la personne. Ce droit revêt une importance centrale pour garantir la dignité humaine de toutes les personnes confrontées à des circonstances qui les privent de la capacité d'exercer pleinement leurs droits (E/C.12/GC/19, par. 1). Les États doivent mettre en œuvre le droit à la sécurité sociale de manière à garantir des conditions qui sont favorables à la vie, à la santé et à un statut économique décent, et permettent de « jouir sur un pied d'égalité d'une protection adéquate contre les risques et aléas sociaux »[4]. Tous les personnels de santé et d'aide à la personne devraient avoir accès à un système de protection sociale.

14. En accord avec le paragraphe 1) b) de l'article 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la santé est également lié au droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications. Le progrès scientifique crée des applications médicales (E/C.12/GC/25, par. 67) et impose aux États de les rendre disponibles et accessibles à tous, sans discrimination (ibid., par. 70). Il s'agit notamment d'utiliser le progrès scientifique pour protéger les personnels de santé et d'aide à la personne contre les risques professionnels, ainsi que pour améliorer les soins qu'ils prodiguent aux patients conformément à leur devoir de diligence (ibid., par. 52 ; A/75/163, par. 58).

15. Selon l'article 7 de l'Accord de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les pandémies, qui porte spécifiquement sur les personnels de santé et d'aide à la personne, des mesures appropriées devraient être prises dans le but « de mettre en place, de renforcer, de protéger, de préserver et de fidéliser des personnels de santé et d'aide à la personne au niveau national [...], et de leur consacrer des investissements, en vue de prévenir les urgences sanitaires, de s'y préparer et d'y riposter, y compris dans les situations de crise humanitaire, tout en maintenant des fonctions de santé publique et des services de santé essentiels à tout moment ». En outre, « des mesures appropriées [devraient être prises] pour assurer un travail décent, pour protéger de manière continue la sécurité, la santé mentale et le bien-être, et pour renforcer les capacités [du] personnel de santé et d'aide à la personne », ainsi que pour « assurer un travail décent et un environnement sûr et sain aux autres agents essentiels qui fournissent des biens et des services publics essentiels pendant les urgences dues à

[3] Voir https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364201/9789240061583-fre.pdf?sequence=1, p. 1.

[4] Voir https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_375_ing.pdf, par. 187. Voir également https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_394_esp.pdf et https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_439_ing.pdf.

une pandémie ». Il importe également d'éliminer toutes les formes d'inégalité et de discrimination, ainsi que de lutter contre le harcèlement, la violence et les menaces.

B. Droit international du travail

16. La santé au travail englobe de nombreux aspects liés à la santé, notamment l'élimination des dangers d'ordre physique dans l'environnement de travail, la prévention de la violence et du harcèlement au travail et la prise en charge des problèmes de santé mentale qui peuvent être causés par les conditions de travail[5]. Les normes de santé au travail sont un objectif évolutif et changent en fonction des fluctuations économiques, des urgences sanitaires et des conflits, ainsi que des progrès technologiques réalisés par les États Membres[6]. Ces normes sont énumérées dans la Convention sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail[7] et dans la Recommandation sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail[8].

17. En plus de la Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux au travail et son suivi, l'Organisation internationale du Travail a adopté de nombreuses conventions portant sur des droits du travail spécifiques, qui lient les États Parties[9], ainsi que de nombreuses recommandations non contraignantes qui contiennent des orientations détaillées sur les approches approuvées et les meilleures pratiques visant à aider les États à s'acquitter des diverses obligations que leur imposent ces conventions. Elle a également adopté des normes qui s'appliquent spécifiquement au personnel de santé, notamment la Convention sur le personnel infirmier[10], dans

[5] Voir https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-04/ILO_1998_Declaration_FR.pdf, p. 1.

[6] Ibid., p. 1.

[7] Voir https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312332.

[8] Voir https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312534.

[9] Voir : https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312256,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312245,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312243,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID%2CP12100_LANG_CODE:312232%2Cfr ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID%2CP12100_LANG_CODE:312280%2Cfr ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C1-55 ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312332,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312247,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312296,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312242,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312299,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C156 ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID%2CP12100_LANG_CODE:3999810%2Cfr ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C1-83 ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:2551460,en:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312306,fr:NO ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312266 ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312273 ; https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312275,fr:NO.

[10] Voir https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_

laquelle elle constate une pénurie particulière de personnel infirmier et demande que des mesures législatives et réglementaires adaptées aux conditions particulières des établissements de santé soient prises. Elle définit également des normes détaillées que les États doivent respecter lorsqu'ils élaborent des politiques relatives au personnel infirmier.

C. Droit international humanitaire

18. Comme l'ont affirmé la Cour internationale de Justice[11], les organes créés en vertu d'un instrument international relatif aux droits humains (voir A/36/40, annexe XIX, et E/C.12/1/Add.69), les organes régionaux tels que la Cour européenne des droits de l'homme[12] et les tribunaux nationaux[13], dans certains contextes, le droit international des droits humains vient compléter le droit international humanitaire.

19. La Rapporteuse spéciale rappelle que les obligations imposées par le droit international humanitaire qui découlent des Conventions de Genève et des règles de droit international coutumier s'appliquent de la même manière à toutes les parties à un conflit, quelle que soit la partie considérée comme l'agresseur et indépendamment du niveau d'agression affiché par l'autre partie. S'agissant des droits des personnels de santé et d'aide à la personne, les principes de distinction et de nécessité militaire revêtent une importance particulière. Le principe de distinction exige que les parties à un conflit armé n'attaquent jamais les biens de caractère civil, y compris les hôpitaux, les établissements de santé et les personnels civils de santé et d'aide à la personne. Le principe de nécessité militaire autorise les comportements nécessaires à la réalisation d'un objectif militaire légitime qui ne sont pas interdits par la loi, et exige des parties au conflit qu'elles évitent de causer des maux superflus et des souffrances inutiles[14].

20. Conformément à ces principes du droit international humanitaire, toutes les parties doivent prendre les mesures nécessaires pour épargner les hôpitaux et les lieux de rassemblement de malades et de blessés de la violence et des attaques, à condition qu'ils ne soient pas employés en même temps à un but militaire (art. 27 de la Convention (IV) de La Haye de 1907 et art. 5 de la Convention (IX) de La Haye de 1907 concernant le bombardement par les forces navales). Les Conventions de Genève s'intéressent aux personnels de santé et d'aide à la personne dans un ensemble de dispositions qui définissent des catégories de « personnes protégées » qui doivent être respectées et protégées en tout temps, notamment le personnel médical, le personnel infirmier et le personnel des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et des sociétés de secours volontaires reconnues, ainsi que le personnel régulièrement et uniquement affecté aux hôpitaux civils (art. 24-26 de la Convention (I) de Genève, art. 36 de la Convention (II) de Genève et art. 20 de la Convention (IV) de Genève).

21. Les parties au conflit doivent avoir le même respect pour les hôpitaux et les installations sanitaires et il leur est interdit d'attaquer les établissements fixes et les formations sanitaires mobiles du service militaire, les navires-hôpitaux, les transports de blessés et de malades et de matériel sanitaire, les aéronefs sanitaires, les navires-

ID,P12100_LANG_CODE:312294,fr:NO.

[11] Voir https://www.icj-cij.org/fr/affaire/131, par. 112, et https://www.icj-cij.org/fr/affaire/116, par. 216.

[12] Voir https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22display%22:[%220%22],%22languageisocode%22:[%22FRE%22],%22appno%22:[%2215318/89%22],%22documentcollectionid2%22:[%22GRANDCHAMBER%22],%22itemid%22:[%22001-62566%22]}, par. 44.

[13] Voir https://ihl-databases.icrc.org/fr/national-practice/public-committee-against-torture-israel-et-al-v-government-israel-et-al-supreme, par. 18.

[14] Voir https://www.icj-cij.org/sites/default/files/case-related/95/095-19960708-ADV-01-00-FR.pdf, par. 78.

hôpitaux militaires, les navires-hôpitaux utilisés par des Sociétés nationales de la Croix-Rouge, par des Sociétés de secours ou par des particuliers, les hôpitaux civils, les transports de malades et de blessés et les aéronefs de transport de malades et de blessés (art. 19, 20, 35 et 36 de la Convention (I) de Genève, art. 22, 24 et 29 de la Convention (II) de Genève et art. 18, 21 et 22 de la Convention (IV) de Genève).

22. Si le personnel médical, le personnel des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et le personnel des Sociétés de secours volontaires reconnues, entre autres, sont capturés, ils ne doivent être retenus que dans la mesure où l'état sanitaire et le nombre de prisonniers de guerre l'exigeront et, s'ils sont retenus, ils ne doivent pas être considérés comme des prisonniers de guerre, mais bénéficier au moins de toutes les dispositions applicables aux prisonniers de guerre (art. 28 de la Convention de Genève). Les attaques et les menaces contre le personnel médical qui l'empêchent de s'acquitter de ses fonctions portent atteinte au droit de jouir du meilleur état de santé possible et entravent l'accès universel aux services de santé (voir résolution 69/132 de l'Assemblée générale). Les États devraient veiller à ce que le cadre juridique protège la capacité du personnel médical de fournir des soins sans distinction.

23. Les mécanismes de communication de l'information et les systèmes de surveillance jouent un rôle important dans la collecte de données et l'application du principe de responsabilité. Ils permettent aux parties au conflit, ainsi qu'aux mécanismes d'application indépendants, de mener des enquêtes sur les attaques contre les services de santé (S/2016/722, annexe, par. 29)[15]. Les victimes de violations du droit international humanitaire, notamment le personnel médical, devraient être indemnisées de manière équitable et adéquate (ibid., par. 36).

IV. Les personnels de santé et d'aide à la personne pour le développement durable

24. La cible 3.8 des objectifs de développement durable a été définie pour faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable et continue de montrer la direction à suivre.

25. Le caractère interconnecté du monde d'aujourd'hui a permis le rapprochement des populations et des pays, facilitant la mise en commun d'idées, de progrès scientifiques et d'outils. Cependant, la menace que représentent les maladies infectieuses s'aggrave du fait de l'encombrement croissant des villes, de la persistance des déplacements de masse, de l'intensification des migrations entre pays et des perturbations des écosystèmes mondiaux dues aux changements climatiques[16]. Alors que les objectifs de développement durable visent à mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées d'ici à 2030 (cible 3.3), de nombreux pays restent mal préparés à faire face efficacement à la menace que constituent les maladies infectieuses[17].

26. Pour disposer d'une gouvernance solide, il est nécessaire d'adopter et de déployer des cadres et des moyens d'action globaux adaptés à la dynamique propre à la situation des personnels de santé et d'aide à la personne[18]. En outre, pour remédier

[15] Voir également https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irrc-889-coupland.pdf.

[16] Lawrence Gostin, *Global Health Security: A Blueprint for the Future* (Harvard University Press, 2021), p. 17.

[17] Ibid.

[18] Voir https://www.paho.org/fr/documents/cd606-politique-concernant-les-personnels-sante-lhorizon-2030-renforcement-des-ressources ; Angelica Sousa *et al.*, « A comprehensive health

aux problèmes rencontrés par les personnels de santé et d'aide à la personne et veiller à ce que leur environnement professionnel leur permette de jouir de leurs droits et des droits dont bénéficient toutes les personnes, et pour se montrer à la hauteur de leur rôle de porteurs de devoirs en vertu du droit international, les États doivent protéger les droits des personnels de santé et d'aide à la personne, pour ainsi tirer parti de leur potentiel en tant que principaux défenseurs du droit à la santé et d'autres droits connexes, tout en favorisant une collaboration avec les parties prenantes qui tienne compte des déséquilibres de pouvoir historiques et persistants.

27. L'analyse antiraciste et anticoloniale reste essentielle et il importe d'interroger la manière dont les dynamiques de pouvoir qui perpétuent les inégalités entravent la réalisation du droit à la santé entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci[19]. Les femmes, les personnes en situation de handicap, les personnes migrantes et les personnes travaillant dans des communautés rurales, isolées et mal desservies sont trop souvent mises à l'écart, ce qui compromet l'action menée pour parvenir à l'équité en santé.

28. À l'aide du cadre de l'intersectionnalité, la Rapporteuse spéciale a examiné l'incidence de l'héritage vivant des formes passées et actuelles de racisme, d'apartheid, d'esclavage, de colonialisme et de structures oppressives sur la santé des personnes racisées dans le monde et conclut que le système de santé et la prestation des soins de santé n'échappent pas aux asymétries de pouvoir[20].

29. La Rapporteuse spéciale souligne l'importance de la dépénalisation, entre autres choses. À cet égard, pour pouvoir communiquer toutes les informations qui leur permettraient de bénéficier de soins adéquats, les patients doivent avoir confiance dans les personnels de santé et d'aide à la personne[21], notamment dans les contextes difficiles. La crainte que des informations confidentielles soient divulguées ou la crainte de la stigmatisation ont des effets négatifs sur les résultats en matière de santé : les personnes sont moins disposées à communiquer des informations aux personnels de santé et d'aide à la personne et peuvent même renoncer à consulter, ce qui dans de nombreux cas met leur vie en danger (A/54/38/Rev.1, par. 12 d), et A/64/272, par. 75)[22]. En ce sens, la criminalisation entrave la communication d'informations et contribue à réduire la disponibilité de personnels de santé et d'aide à la personne formés[23], notamment en produisant un effet dissuasif sur eux[24].

30. Bien que les personnels de santé et d'aide à la personne puissent contribuer à la réalisation des droits sexuels et reproductifs de toutes les personnes, les lois et les politiques peuvent restreindre leurs moyens d'action à cet égard. Les cadres juridiques restrictifs liés à la contraception, à la contraception d'urgence, à l'avortement ou à l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers font obstacle à l'accès à la santé reproductive[25].

31. La sécurité au travail et la sécurité des patients sont étroitement liées[26]. On ne peut pas assurer l'une sans assurer l'autre. Pourtant, en 2024, l'OMS a fait état

---

labour market framework for universal health coverage », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 91, nº 11 (2013).

[19] Voir https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/a77197-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest.

[20] Ibid.

[21] Voir https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_ing.pdf, par. 203.

[22] Voir également https://idpc.net/fr/publications/2019/09/ce-que-la-couverture-de-sante-universelle-signifie-pour-les-usagers-de-drogues-un-expose-technique et https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.001.

[23] Voir https://gh.bmj.com/content/7/12/e010409.

[24] Michelle Oberman et Lisa Soleymani Lehmann, « Doctors' duty to provide abortion information », *Journal of Law and the Biosciences*, vol. 10, nº 2 (2023).

[25] Voir https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/126383/9789241507424_eng.pdf.

[26] Voir https://www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who.

d'attaques visant les services de santé et de morts et de blessés parmi les agents de santé pendant les conflits en cours en Afghanistan, au Burkina Faso, en Haïti, en Israël, au Liban, au Mali, au Myanmar, au Nigéria, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, en Somalie, au Soudan, dans le Territoire palestinien occupé et en Ukraine[27]. Les systèmes de santé dans les zones touchées par les conflits sont submergés en raison de la violence, de la destruction des infrastructures, des pénuries de personnel de santé et des déplacements à grande échelle. Certains systèmes de santé, autrefois résilients, sont débordés ou ne sont plus fonctionnels, et les personnes les plus vulnérables, les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques, en pâtissent de manière disproportionnée.

32. Ces épisodes ont une incidence directe et indirecte sur l'accès aux soins de santé (voir résolution 69/132 de l'Assemblée générale), entravant l'exercice du droit à la santé et d'autres droits liés à la santé par les personnels de santé et d'aide à la personne et par toutes les personnes. L'accessibilité et l'acceptabilité des établissements, des produits et des services de santé sont essentielles à l'exercice du droit à la santé. Cette situation nuit aux efforts déployés pour parvenir à un développement durable.

33. Dans les situations de conflit, malgré les nombreuses obligations que le droit international humanitaire impose aux acteurs étatiques et non étatiques, les hôpitaux continuent d'être évacués, fermés ou détruits, ce qui réduit encore la disponibilité des soins de santé, privant parfois les personnes d'accès sur plusieurs centaines de kilomètres (voir S/2024/385). L'accessibilité et l'acceptabilité des établissements, des produits et des services de santé sont essentielles en période de conflit. En particulier, un système de santé fonctionnel, qui assure notamment la protection des personnels de santé et d'aide à la personne, est indispensable à l'exercice du droit à la santé par les personnes touchées par un conflit ou impliquées dans un conflit.

34. La santé et le bien-être des sociétés dépendent souvent du travail non rémunéré et informel, dont la charge revient de manière disproportionnée aux femmes et aux filles, en particulier dans les situations de crise humanitaire et de conflit[28]. En outre, la discrimination liée à la maternité est une réalité qui est ignorée, mal documentée et insuffisamment prise en compte. Partout dans le monde, les femmes qui sont mères font l'objet de discriminations en matière d'accès au marché du travail, de rémunération, d'avancement de carrière et de prise de décision. Ce phénomène est appelé « pénalité pour le fait d'être mère »[29].

35. Les stratégies suivies pour parvenir à un développement durable dans le cadre du droit à la santé doivent se concentrer sur la transformation des rôles non rémunérés et informels en emplois formels et assurer des salaires équitables, une protection sociale et une reconnaissance juridique, tout en mettant en place des garanties visant à prévenir la régression des emplois formels en emplois précaires[30]. Compte tenu de l'histoire du colonialisme et de l'esclavage, les femmes noires et les peuples autochtones font face à des obstacles et à des défis supplémentaires en matière de formation, de recrutement et d'opportunités de croissance[31].

---

[27] Voir https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on-%20health%20care%20statistics&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who.

[28] Anna Barford *et al.*, *Volunteering, Unpaid Care Work, and Gender in Lower-Income Countries* (Volontaires des Nations Unies et Organisation internationale du Travail, 2024).

[29] Contribution de Make Mothers Matter.

[30] Organisation internationale du Travail, *Recommandation de 2015 sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle (nº 204) : Guide à l'intention des travailleurs* (2017).

[31] Ohile Okoro, Omolayo Umaru et Meghana Ray, « Women of color in the health professions: a scoping review of the literature », *Pharmacy*, vol. 12, nº 1 (2024).

36. Une participation véritable des personnels de santé et d'aide à la personne est essentielle à la bonne gouvernance et à la mise en place d'environnements favorables. En dialoguant avec ces personnels à toutes les étapes, de la formulation des politiques à leur évaluation en passant par leur mise en œuvre, les États et les parties prenantes peuvent favoriser l'élaboration de politiques plus équitables, plus pratiques et plus durables. Ces mesures sont ancrées dans le droit à la participation aux affaires publiques, tant comme un droit autonome consacré par l'article 25 a) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques que comme un élément central du droit à la santé (E/C.12/2000/4, par. 54) et permettent de veiller à ce que les politiques et les pratiques reflètent les besoins et les expériences des personnes qui sont directement impliquées dans la prestation des soins de santé, ce qui contribue également à améliorer les taux de mise en œuvre des politiques de santé[32].

37. L'envergure cumulée du secteur dans le monde s'élève à plus de 5 800 milliards de dollars par an et, à ce titre, la santé est un « secteur économique clé, créateur d'emplois »[33]. Loin d'être un fardeau financier, l'investissement dans les systèmes et le personnel de santé est un moteur important de croissance inclusive[34]. La croissance économique et le développement dépendent d'une population en bonne santé, qui dépend de son côté des personnels de santé et d'aide à la personne.

38. L'incapacité à investir dans l'offre mondiale de personnels de santé et d'aide à la personne entraînera une persistance des inefficacités, entravera l'accès aux soins et affaiblira la santé publique et la croissance économique. Les inégalités persisteront, ce qui empêchera tout progrès et nuira à la mobilité sociale[35].

V. Les personnels de santé et d'aide à la personne pour la paix et la sécurité

39. La paix est une condition préalable fondamentale du développement social et économique de l'humanité. La cible 1 de l'objectif de développement durable nº 16 consiste à réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés. Sans une paix durable, les sociétés sont souvent en proie aux conflits, à la violence et à l'instabilité, ce qui peut entraver le progrès et entraîner des pertes en vies humaines et en ressources.

40. Par ailleurs, la violence a des conséquences négatives sur la santé, le développement et le bien-être des enfants, ainsi que sur leur capacité de s'épanouir. En outre, elle provoque des traumatismes et affaiblit l'inclusion sociale, ce qui met les sociétés à l'épreuve à moyen et long terme. Les injustices structurelles, les inégalités et les nouveaux défis en matière de droits humains rendent l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives encore plus inaccessible. Si l'on veut atteindre l'objectif 16 à l'horizon 2030, il faut prendre des mesures pour rétablir la confiance et renforcer la capacité des institutions de garantir la justice pour toutes et tous et faciliter les transitions pacifiques en faveur du développement durable.

41. L'objectif 17 souligne qu'il importe de revitaliser le Partenariat mondial pour le développement durable. Dans le Programme 2030 et, plus récemment, dans le Pacte pour l'avenir, qui sont universels, il est demandé à tous les États d'agir pour ne laisser personne de côté.

[32] Voir https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015002468?via%3Dihub, p. 1648.

[33] Voir https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3&isAllowed=y, p. 9.

[34] Ibid., p. 16.

[35] Ibid., p. 22.

42. La réglementation peut indirectement influencer la demande et l'offre de main-d'œuvre et la gestion des coûts de formation, améliorer la répartition géographique des praticiens et favoriser ou décourager la mobilité internationale[36]. Elle joue un rôle essentiel pour garantir l'accès aux services de santé et d'aide à la personne, ainsi que la qualité de ces services, et pour limiter les préjudices subis par les patients, tout en trouvant un équilibre avec l'accès aux services de santé.

43. L'émigration des personnels de santé et d'aide à la personne hors de leur pays d'origine exacerbe les difficultés liées à la pénurie de personnel, ce qui crée un cercle vicieux[37]. En 2020, l'OMS, l'Organisation internationale du Travail et l'Organisation de coopération et de développement économiques ont mis en place la plateforme internationale sur la mobilité des personnels de santé, qui vise à faciliter un dialogue et une action politiques solides sur la mobilité des personnels de santé en renforçant le suivi, en apportant un appui aux pays, et en permettant la production et la mise en commun de connaissances[38]. Ces instruments se conjuguent pour aider les États à s'acquitter de leurs obligations envers les travailleurs migrants et pour promouvoir des stratégies de recrutement durables qui réduisent au minimum les préjudices causés aux pays qui font face aux pénuries les plus graves de personnels de santé et d'aide à la personne[39].

44. Les personnels de santé et d'aide à la personne dont l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont souvent des motifs de discrimination font l'objet de manière disproportionnée de discrimination dans les établissements de soins de santé, craignant de perdre leur emploi ou de subir des violences et des formes de harcèlement[40]. La discrimination généralisée et persistante en matière d'emploi a des effets négatifs sur la santé, la rémunération, les possibilités d'emploi, la productivité sur le lieu de travail et la satisfaction professionnelle des personnes LGBTIQA+ dans tous les secteurs, notamment le secteur de la santé[41]. La stigmatisation et les préjugés persistent, ce qui conduit à l'exclusion sociale de ces groupes de personnels de santé et d'aide à la personne[42].

45. La violence au travail dans les établissements de santé et de soins représente un risque important pour la santé des personnels de santé et d'aide à la personne et suscite également de vives inquiétudes[43]. Conformément au cadre juridique décrit ci-dessus (voir A/HRC/59/48 en particulier), les États sont tenus de promulguer et d'appliquer des lois interdisant la discrimination, le harcèlement et la violence et doivent prendre des mesures proactives pour prévenir de tels comportements et mener des enquêtes à leur sujet, par l'intermédiaire de campagnes de sensibilisation, d'une éducation fondée sur les droits et de mécanismes de plainte accessibles[44].

---

[36] Arvo Kuddo *et al.*, *Balancing Regulations to Promote Jobs* (Groupe de la Banque mondiale, 2015) ; Organisation internationale du Travail, *Emploi et questions sociales dans le monde – Tendances 2021* (2021), p. 114 et 115.

[37] Voir https://www.who.int/teams/health-workforce/migration.

[38] Voir https://www.who.int/publications/m/item/the-international-platform-onhealth-worker-mobility.

[39] Ibid., sect. A.iii et iv.

[40] Voir https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9007258.

[41] Brad Sears et Christy Mallory, « Employment discrimination against LGBT people: existence and impact », *in Gender Identity and Sexual Orientation Discrimination in the Workplace* (2014), p. 40-2.

[42] Voir https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614902.

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

[44] Organisation internationale du Travail, Convention de 2019 sur la violence et le harcèlement (nº 190), art. 2 et 4 à 11 ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

46. Les conflits ont des répercussions négatives sur d'autres déterminants sous-jacents, car ils peuvent entraîner l'effondrement des systèmes, notamment de santé, et la désintégration des infrastructures. Les conflits peuvent également entraîner une détérioration de la situation en matière de santé publique en occasionnant des blessures corporelles et une mauvaise santé mentale, en aggravant la malnutrition, en particulier chez les enfants, et en favorisant l'apparition de maladies transmissibles[45].

47. Les États sont tenus de veiller à ce que les conflits ne portent pas atteinte aux services de santé. Toutefois, un certain nombre de barrières matérielles se dressent en périodes de conflit, entravant gravement l'accès aux établissements et aux services de santé. Certains obstacles, comme les détours forcés, les arrêts obligatoires aux points de contrôle, l'imposition d'autorisations de voyage et les séances d'interrogatoire des patients, finissent par détériorer leur état de santé. Dans certains cas, plusieurs agents de santé auraient été explicitement interrogés sur la manière dont ils avaient traité des blessés[46].

48. L'ancien Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover, a indiqué que l'obligation de réaliser le droit à la santé en créant, offrant et favorisant les conditions propices à son exercice peut également se heurter à des difficultés dans les situations de conflit à cause d'un manque de moyens ou pour des raisons de sécurité (voir A/68/297). Les États devraient toutefois mettre à disposition les minimums fondamentaux en ce qui concerne les établissements, les produits et les services de santé. Cela est d'une importance particulière dans les situations de conflit prolongé et d'après-conflit, ainsi que dans les régions qui connaissent une présence militaire constante ou sont sous occupation.

49. Dans le cadre de ces systèmes complexes, un personnel résistant et bien accompagné est d'une importance capitale. La croissance de la population et l'évolution démographique des sociétés entraînent une augmentation des besoins en matière de disponibilité de soins de santé de qualité, ce qui renforce l'importance du secteur de la santé au sein des sociétés[47]. En l'absence de mesures stratégiques concernant le personnel de santé au niveau mondial, il restera impossible d'atteindre les objectifs de santé et de développement, et les sociétés seront vulnérables face à la multiplication des urgences sanitaires[48].

50. Les régions en proie à des conflits armés sont également plus vulnérables aux crises concomitantes. Les conflits armés surchargent et affaiblissent les systèmes de santé et sapent la capacité des personnels de santé et d'aide à la personne de faire face aux crises sanitaires (voir résolution 2439 (2018) du Conseil de sécurité) et de maintenir les fonctions essentielles alors même que les établissements de santé continuent d'être pris pour cible[49].

51. En juillet 2024, une épidémie de variole simienne (mpox) a été déclarée en République centrafricaine après l'enregistrement de cas dans la capitale du pays, Bangui. Au cours des mois d'été, des inondations auraient détruit 1 700 habitations[50]. Les déplacements vers le pays en raison des conflits dans les États voisins ont encore accru la pression sur le système humanitaire. Quelque 2,8 millions de personnes, soit

[45] Organisation mondiale de la Santé, « Briefing note on the potential impact of conflict in Iraq: March 2003 » (Genève, 2003), p. 1.

[46] Contribution d'Addameer.

[47] Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, *Promouvoir la santé et la croissance: investir dans le personnel de santé* (2016), p. 4.

[48] Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* (2016), p. 11.

[49] Contribution du Professeur Arawi.

[50] Voir https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/04/2024-SHCC-CAR.pdf.

46 % de la population de la République centrafricaine, seront extrêmement vulnérables, au point que l'aide humanitaire seule ne suffira pas à assurer leur bien-être[51].

52. Selon le principe d'acceptabilité, les établissements, les produits et les services de santé doivent respecter l'éthique médicale. Le droit international humanitaire impose également l'impartialité médicale dans le traitement des blessés[52]. Il s'ensuit que les professionnels de santé ont des obligations en ce qui concerne la prestation de services de santé aux personnes touchées par un conflit ou impliquées dans un conflit. Refuser de soigner des personnes blessées lors d'un conflit ou bien réserver un traitement préférentiel aux personnes de même allégeance constitue une atteinte directe au droit à la santé.

53. Dans une déclaration, l'Expert indépendant chargé d'examiner la situation des droits de l'homme en Haïti a fait remarquer que « seuls 37 % des établissements de santé de la capitale, Port-au-Prince, [étaient] pleinement fonctionnels et [étaient] difficilement accessibles pour des raisons de sécurité »[53]. L'insécurité liée aux attaques entraîne également un exode des personnels de santé et d'aide à la personne, ce qui surcharge encore davantage le personnel restant (voir S/2024/385). Ces attaques affaiblissent le fonctionnement des systèmes de santé et accroissent la vulnérabilité des personnels de santé et d'aide à la personne. Rien qu'en 2023, des acteurs étatiques et non étatiques ont perpétré au moins 600 attaques ayant endommagé ou détruit des établissements de santé dans des contextes de conflits[54].

54. Par ailleurs, les conflits armés engendrent des déplacements massifs, de mauvaises conditions d'hygiène et de logement, ainsi qu'une nutrition inadaptée, ce qui entraîne une multiplication des cas de maladies infectieuses et accroît le risque d'apparition de maladies endémiques et d'épidémies dans les régions touchées par les conflits[55]. En retour, les épidémies et les mauvais résultats en matière de santé causent une instabilité sociale et politique qui alimente de nouveaux conflits[56], perpétuant ainsi un cercle vicieux qui exacerbe les conflits en cours et sape davantage les efforts visant à instaurer la paix et la sécurité (voir résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité).

55. En 2024, au niveau mondial, 925 travailleurs ont été tués par les attaques systématiques lancées contre le personnel et les établissements de santé[57]. Des soignants ont été tués chez eux, dans les hôpitaux et au cours de leurs déplacements dans l'exercice de leurs fonctions[58], ou à la suite d'enlèvements, d'agressions et d'actes de violence[59].

---

[51] Voir https://www.unocha.org/publications/report/central-african-republic/central-african-republic-humanitarian-response-plan-january-2024.

[52] Voir https://www.icrc.org/en/publication/4104-health-care-danger-responsibilities-health-care-personnel-working-armed-conflicts, p. 35.

[53] Voir https://www.ohchr.org/en/press-releases/2025/01/haiti-un-expert-william-oneill-says-deeply-concerned-attacks-health-care.

[54] Voir https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2024/05/2023-SHCC-Critical-Conditions.pdf, p. 13.

[55] Voir http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11807-1.pdf.

[56] Voir https://www.un.org/peacebuilding/sites/www.un.org.peacebuilding/files/un_pb_review-_who_health_peace_thematic_paper_final_0.pdf.

[57] Voir https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on-%20health%20care%20statistics&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who.

[58] Voir https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2024/05/2023-SHCC-Critical-Conditions.pdf, p. 8.

[59] Voir https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on-%20health%20care%20statistics&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who.

56. Entre octobre 2023 et juin 2024, 500 agents de santé auraient été tués pendant que les Forces de défense israéliennes menaient des attaques systématiques contre les hôpitaux et les installations médicales à Gaza, ce qui a suscité des réactions particulièrement vives au niveau international, notamment un appel à mettre fin aux meurtres de personnes protégées, ce qui inclut les personnels de santé, et à ce qu'une enquête impartiale sur ces meurtres soit immédiatement lancée par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme pour amener les auteurs à répondre de leurs actes[60].

57. Ces épisodes ont une incidence directe et indirecte sur l'accès aux soins de santé (voir résolution 69/132 de l'Assemblée générale), entravant l'exercice du droit à la santé et d'autres droits connexes par les personnels de santé et d'aide à la personne et par toutes les personnes.

VI. Attaques, intimidations et représailles éventuelles subies par les personnels de santé et d'aide à la personne

58. Les personnels de santé et d'aide à la personne, ce qui inclut le personnel paramédical, font l'objet de représailles en raison des activités de sensibilisation qu'ils mènent dans le monde. Ils ont été la cible de violences, notamment de bombardements d'hôpitaux et de prisons, dans les zones de guerre, parce qu'ils prennent en charge tous les patients. Le droit à la santé est mis à mal, les personnels de santé et d'aide à la personne favorables à des politiques équitables dans les pays autoritaires risquent d'être réduits au silence et les agents de santé détenus ont été torturés de manière généralisée et méthodique. Des témoignages ont révélé le recours à des méthodes telles que le maintien dans des positions douloureuses, les chocs électriques, les violences sexuelles, le bandage prolongé des yeux et la privation de nourriture et de sommeil dans certains cas[61]. Par exemple, en 2024, des professionnels de santé auraient été emprisonnés dans plusieurs pays africains pour avoir manifesté contre les bas salaires, qui les empêchaient de prodiguer des soins[62].

59. La stigmatisation et le manque de soutien juridique pour les victimes peuvent avoir pour corollaire des menaces contre les travailleurs qui défendent la justice. Ces actes reflètent des structures de pouvoir systémiques qui perpétuent les désavantages, en particulier pour les femmes et les communautés à faible revenu, ce qui montre que des mécanismes de protection des agents de santé en tant que défenseurs des droits humains sont nécessaires.

60. La Safeguarding Health in Conflict Coalition enregistre systématiquement les faits de violence touchant les services de santé depuis plusieurs années. En 2024, elle a recensé environ 3 623 incidents dans le monde[63]. Si les cas consignés brossent déjà un tableau sombre, l'ampleur réelle du problème est bien plus grande. De nombreuses attaques ne sont pas signalées en raison de l'insécurité, de la censure ou de la peur des représailles, entre autres. Dans certains cas, notamment dans le cadre des conflits où les services de santé ont fait l'objet d'attaques répétées, les personnels de santé et d'aide à la personne en sont venus à accepter ces risques comme faisant partie de leur travail, continuant à travailler sous la menace, sans protection adéquate[64].

[60] Voir https://www.un.org/unispal/wp-content/uploads/2024/06/Statement-on-the-killing-and-arbitrary-detention-of-health-workers-in-Gaza-25-June.pdf.

[61] Contribution d'Addameer.

[62] Voir https://actionaid.org/news/2025/crippling-budget-cuts-leave-africas-public-sector-workers-underpaid-overworked-and.

[63] Contribution du projet « Researching the Impact of Attacks on Healthcare ».

[64] Contribution d'Insecurity Insight.

61. En violation flagrante du droit des droits humains, de nombreux auteurs d'attaques et de menaces contre les personnels de santé et d'aide à la personne ne sont pas amenés à répondre de leurs actes. L'absence de justice pour ces crimes crée un environnement d'impunité et donne aux personnels de santé et d'aide à la personne le sentiment d'être abandonnés et de ne pas être protégés[65].

62. Au Soudan, des civils en quête de sécurité auraient subi des violations flagrantes des droits humains, notamment des violences sexuelles et fondées sur le genre, et auraient été privés de produits vitaux, tels que la nourriture, l'eau, les soins de santé reproductive, le carburant et d'autres produits de première nécessité[66]. Les établissements de santé des villes, notamment les établissements de santé infantile, les centres médicaux et un centre de vaccination, ont été endommagés à de multiples reprises[67]. Des conducteurs ambulanciers, des médecins, des gynécologues, des étudiants en médecine, des infirmiers, des pharmaciens, des vaccinateurs et d'autres membres du personnel de santé auraient été abattus et tués à leur domicile au cours d'attaques généralisées lancées contre des civils ou lors de bombardements d'hôpitaux[68].

63. À Gaza, les personnels de santé et d'aide à la personne sont contraints de travailler dans des conditions très précaires et dangereuses. Malgré le manque de matériel, de nourriture, de carburant et d'eau, ils continuent de défendre le droit à la santé en prodiguant des soins aux blessés. Dans son avis consultatif rendu le 19 juillet 2024, la Cour internationale de Justice a conclu, entre autres, que la présence continue d'Israël dans le Territoire palestinien occupé était illégale[69].

64. En outre, dans un appel urgent[70] lancé à Israël par divers titulaires de mandat, et dans les documents reçus au titre du présent rapport, des parties prenantes ont fait état de récentes violations des droits humains liées aux offensives et attaques ciblées lancées par Israël[71]. Entre octobre 2023 et le 2 juillet 2025, au moins 479 travailleurs humanitaires, dont 326 membres du personnel des Nations Unies, ont été tués à Gaza[72].

65. Entre le 7 octobre 2023 et le 11 juin 2025, l'OMS a enregistré 735 attaques contre les infrastructures de santé à Gaza[73]. Au moins 96 agents de santé libérés ont témoigné qu'ils avaient été soumis à la torture et à des mauvais traitements, avaient été privés de nourriture et d'eau, avaient reçu des menaces de viol et de violence

---

[65] Ibid.

[66] Nations Unies, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Déclaration prononcée par Tlaleng Mofokeng, Présidente du Comité de coordination, à l'occasion de la trente-sixième session extraordinaire du Conseil des droits de l'homme, consacrée aux effets du conflit actuel au Soudan sur les droits de l'homme », 11 mai 2023. Disponible à l'adresse suivante : www.ohchr.org/en/special-procedures-human-rights-council/coordination-committee-outreach-archive.

[67] Voir https://youtu.be/8aYE6sN-rak?si=mC5_B8q6yG-GnDAn.

[68] Voir https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/06/57.-11-24-June-2025-Attacks-on-Health-Care-in-Sudan.pdf.

[69] Disponible à l'adresse suivante : https://www.icj-cij.org/fr/node/204176.

[70] Disponible à l'adresse suivante : https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=29643 et https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=28640.

[71] Disponible à l'adresse suivante : https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=29757 et https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=29387.

[72] Voir www.ochaopt.org/content/humanitarian-situation-update-302-gaza-strip. Voir également Médecins sans frontières, « Pourquoi nous n'accepterons pas l'expression "incidents regrettables" à Gaza », 4 avril 2024.

[73] Disponible à l'adresse suivante : www.emro.who.int/images/stories/palestine/Sitrep_61.pdf.

sexuelle, et avaient fait l'objet de traitements dégradants pendant leur détention par les Israéliens[74].

66. Alors que les personnels de santé et d'aide à la personne subissent eux-mêmes un génocide (voir A/HRC/59/23), ils travaillent sans relâche pour prodiguer des soins tout en étant soumis à un siège israélien inhumain qui entrave délibérément l'accès aux fournitures médicales essentielles, à l'électricité et à l'eau potable à Gaza. Sur fond de lutte pour leur propre survie, les agents de santé palestiniens continuent de défendre le droit à la santé et à la vie elle-même[75].

67. Plus généralement, même après la fin des conflits, l'état des services de santé et des personnels de santé et d'aide à la personne reste désespéré (voir S/2024/385). Les effets cumulés de ces difficultés font ressortir que des stratégies globales visant à restaurer et à renforcer le système de santé dans un contexte de violence et de troubles politiques sont nécessaires. Les défis qui se posent en ce qui concerne le fonctionnement des systèmes de santé dans les situations de conflit vont de pair avec le fait que le personnel n'est souvent pas payé, ou l'est en retard, ce qui aggrave ce problème[76]. Les menaces qui pèsent en permanence sur les personnels de santé et d'aide à la personne non seulement mettent en péril leur sécurité et leur dignité, mais constituent également une atteinte directe aux droits humains fondamentaux et aux principes humanitaires d'impartialité et de neutralité[77].

VII. Bonnes pratiques

68. L'idée selon laquelle les personnels de santé et d'aide à la personne non seulement s'acquittent de tâches cliniques, mais sont aussi des défenseurs du droit à la santé, s'est élargie pour inclure les activités de sensibilisation, le changement systémique et le renforcement des moyens d'action des populations[78].

69. Au Pérou, le mécanisme intersectoriel de protection des défenseurs des droits humains reconnaît que les personnels de santé et d'aide à la personne pourraient être considérés comme des défenseurs des droits humains dès lors qu'ils mènent des activités de promotion, de protection ou de défense des droits humains, notamment le droit à la santé et à la vie. Des cas sont enregistrés et traités depuis juin 2019 dans ce cadre[79].

70. Au Chili, les personnels de santé et d'aide à la personne assurant les soins de santé primaires jouent le rôle de médiateurs entre différents acteurs sociaux, facilitant le dialogue et la collaboration pour améliorer les conditions de vie et de santé. Des stratégies ont été élaborées, notamment l'établissement de priorités pour l'affectation de ressources financières d'un montant total de 1 081 000 000 dollars par l'intermédiaire du programme de soutien à la gestion locale[80].

71. Au Mexique, des mesures préventives et correctrices, la surveillance de la santé au travail et une stratégie relative à des environnements de travail sûrs et sains ont été propices au renforcement d'environnements de travail plus sûrs, plus équitables et plus sains, ce qui a permis non seulement de réduire les accidents et les maladies,

[74] Voir www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_46b.pdf?Ua=1 ; « Nearly 600 attacks on healthcare in Gaza and West Bank since war began: WHO », disponible à l'adresse suivante : https://news.un.org/en/story/2024/01/1145317 ; www.hrw.org/fr/news/2024/08/26/israel-des-professionnels-de-sante-palestiniens-ont-ete-tortures.

[75] Contribution d'Al-Haq.

[76] Contribution du projet « Researching the Impact of Attacks on Healthcare ».

[77] Contribution de l'International Planned Parenthood Federation.

[78] Contribution de Derrick Mark Wasike.

[79] Contribution du Pérou.

[80] Contribution du Chili.

mais aussi d'améliorer l'environnement de travail, de promouvoir le respect des droits des travailleurs et de favoriser la stabilité sociale et économique des entreprises et des communautés[81].

72. Au Guatemala, à la suite de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), les normes de biosécurité ont été renforcées, ce qui a eu des effets positifs sur la santé des membres du personnel, de leur famille et des patients. Reconnaissant qu'il est essentiel que les personnels de santé prennent soin d'eux-mêmes afin de prodiguer des soins de qualité, l'Institut guatémaltèque de sécurité sociale a mis en place des mesures spécifiques, notamment des examens médicaux annuels obligatoires et une formation relative à la santé mentale[82].

73. En Malaisie, on reconnaît de plus en plus les responsabilités plus larges relatives à la défense et au respect du droit à la santé à différents niveaux. Au niveau international, la Malaisie a envoyé du personnel de santé, notamment des infirmières et infirmiers, pour contribuer aux activités humanitaires liées à la crise des réfugiés rohingya[83].

74. En Inde, les personnels de santé et d'aide à la personne ne sont pas seulement des professionnels de santé : ce sont aussi des éducateurs, des porte-paroles, des artisans de la paix et des défenseurs des droits humains, et leur rôle est profondément ancré dans les cadres politiques nationaux relatifs à la santé[84].

75. Au Burundi, les professionnels de santé ont pris de plus en plus conscience que leur rôle ne se limite pas la prestation de soins médicaux, mais qu'il consiste également à défendre les droits des patients à un traitement digne, équitable et respectueux. À cet égard, la Rapporteuse spéciale a été informée que les prestataires de santé orientaient les victimes de violence fondée sur le genre vers des services d'écoute et de soins et que les infirmières et les infirmiers et les médecins commençaient à sensibiliser les patients à leurs droits à l'information, au consentement éclairé et à la confidentialité[85].

76. Dans plusieurs pays, les professionnels de santé sont formés à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté et les inégalités, qui sont essentiels à la promotion de l'équité en santé. Les personnels de santé et d'aide à la personne participent également à des initiatives multisectorielles, notamment la collaboration avec la société civile et les syndicats, afin d'améliorer l'accès aux médicaments et les conditions de travail[86].

77. La série de films *Caring with Courage* du Conseil international des infirmières met en lumière la diversité des rôles joués par les infirmières dans la lutte contre les principaux problèmes de santé dans le monde, notamment la montée des troubles de santé mentale. La campagne #NursesforPeace du Conseil fournit des ressources humanitaires essentielles, apporte un appui en matière de santé mentale et propose des formations à la préparation aux situations d'urgence et au leadership destinées tant aux infirmières individuelles qu'aux organisations d'infirmières[87].

[81] Contribution du Mexique.
[82] Contribution du Guatemala.
[83] Contribution de la Malaisie.
[84] Contribution de l'Inde.
[85] Contribution du Burundi.
[86] Contribution de l'International Planned Parenthood Federation.
[87] Contribution du Conseil international des infirmières.

VIII. Conclusion

78. **Les droits découlant du droit à la santé incluent le droit à un système de protection de la santé (soins de santé et déterminants sociaux sous-jacents de la santé) qui assure l'égalité des chances pour permettre aux personnes de jouir du meilleur état de santé possible.**

79. **En outre, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels définit les obligations dont les États Parties doivent s'acquitter pour donner effet au droit à la santé (voir E/C.12/2000/4).**

80. **L'obligation de respecter le droit à la santé exige des États notamment qu'ils s'abstiennent de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes et qu'ils évitent d'imposer des pratiques discriminatoires concernant la situation et les besoins des femmes en matière de santé[88].**

81. **Les obligations fondamentales minimales comprennent des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour la réalisation intégrale du droit à la santé, notamment par l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action nationaux dans le domaine de la santé publique[89].**

82. **L'obligation de protéger englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'État d'adopter une législation ou de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers. Les États devraient également veiller à ce qu'aucun tiers ne limite l'accès de la population à l'information relative à la santé et aux services de santé[90].**

83. **S'agissant des personnels de santé et d'aide à la personne en tant qu'acteurs clés du développement durable, les États ont également l'obligation de prendre des mesures positives pour aider les particuliers et les communautés à exercer le droit à la santé.**

IX. Recommandations

84. **Dans le prolongement du fait que les États ont réaffirmé que tous les droits humains sont universels, indivisibles, intimement liés, interdépendants et complémentaires[91], la Rapporteuse spéciale affirme que les personnels de santé et d'aide à la personne sont des défenseurs essentiels du droit à la santé.**

85. **Seuls des États peuvent être Parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et doivent donc assumer en fin de compte la responsabilité de le respecter, mais tous les membres de la société − les particuliers (dont les professionnels de la santé), les familles, les communautés locales, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les organisations de la société civile et le secteur des entreprises privées − ont une part de responsabilité dans la réalisation du droit à la santé.**

86. **Les sociétés qui jouissent d'une paix et d'une sécurité durables sont mieux à même de mettre en place des systèmes de santé résilients et de parvenir à un développement durable. Dans le même ordre d'idées, des systèmes de santé solides et un personnel de santé protégé et disposant des moyens nécessaires**

[88] Voir www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights.
[89] Ibid.
[90] Ibid.
[91] See https://docs.un.org/fr/A/RES/79/1.

contribuent à la cohésion sociale, à la prévention des conflits et à la stabilité à long terme.

87. **Sur la base de ces évaluations, la Rapporteuse spéciale souhaite formuler les recommandations suivantes à l'intention de toutes les parties prenantes :**

a) **Les États devraient adopter le cadre du droit à la santé et élaborer d'autres cadres de protection pour pouvoir s'appuyer sur leurs connaissances spécialisées et leurs compétences afin d'instaurer rapidement un monde caractérisé par le respect et la promotion universels des droits humains et de la dignité humaine, l'état de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination**[92] **;**

b) **Les parties prenantes devraient renforcer le rôle des personnels de santé et d'aide à la personne dans le cadre des forums politiques de haut niveau pour la paix, la sécurité et le développement durable et faciliter la mise en place de mécanismes transparents de communication et de boucles durables de remontée de l'information pour leur participation. Les parties prenantes dans le domaine de la gouvernance de la santé sont essentielles pour garantir que la participation se concrétise sous la forme d'une promotion des droits et des environnements de travail favorables**[93] **;**

c) **Les États, les conseils professionnels et les autorités de réglementation devraient adopter des mesures de sensibilisation efficaces et mettre en place des stratégies pluridisciplinaires de prévention de la violence, du harcèlement et des préjudices subis par les personnels de santé et d'aide à la personne ;**

d) **Les personnels de santé et d'aide à la personne ont l'autorité et la crédibilité nécessaires pour travailler de manière constructive sur les questions liées à la consolidation de la paix et au règlement des conflits, et leur participation, notamment celle des personnels appartenant à des groupes en situation de vulnérabilité, doit être encouragée et réelle ;**

e) **Les parties prenantes devraient multiplier les initiatives et former les professionnels de santé à la médiation en matière de paix et de conflits et à la sensibilisation, afin de renforcer leur rôle dans la consolidation de la paix et le développement durable ;**

f) **Il est nécessaire de réaliser des investissements soutenus dans les cadres juridiques, la protection sociale, la rémunération équitable et le soutien systémique pour que les agents de santé puissent continuer de défendre le droit à la santé pour tous, partout dans le monde ;**

g) **Dans les contextes de crise, de conflit, de guerre et de génocide, les États doivent appliquer à la fois le droit international humanitaire et le droit des droits humains, car ils ont tous deux pour objectif de protéger toutes les personnes et sont fondés sur le principe du respect de la vie, du bien-être et de la dignité humaine de la personne ;**

h) **Les parties prenantes devraient veiller à ce que les violations du droit à la santé fassent l'objet d'une surveillance effective. Le pouvoir préventif de l'alerte précoce et les droits humains devraient être mis au premier plan des enquêtes indépendantes, de l'accès à la justice et des mécanismes d'application du principe de responsabilité ;**

---

[92] Ibid.

[93] Tim Martineau *et al.*, « Improving health workforce governance : the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health », *Human Resources for Health*, 26 mai 2022.

i) **Les États Parties devraient instaurer un environnement propre à faciliter l'exercice de ces responsabilités (voir E/C.12/2000/4), notamment pour garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité d'établissements, de produits et de services de santé de qualité.**