

Protéger le droit à la santé grâce à des systèmes de santé inclusifs et résilients accessibles à tous



Document thématique



COMMISSIONER
FOR HUMAN RIGHTS

COMMISSAIRE AUX
DROITS DE L'HOMME

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Protéger le droit à la santé grâce à des systèmes de santé inclusifs et résilients accessibles à tous

Document thématique publié par la
Commissaire aux droits de l'homme
du Conseil de l'Europe

Edition anglaise :
*Protecting the right to health
through inclusive and resilient
health care for all*

Les documents thématiques sont publiés par la Commissaire aux droits de l'homme afin de contribuer au débat et à la réflexion sur d'importantes questions d'actualité concernant les droits de l'homme. Souvent, la Commissaire y formule aussi des recommandations sur la manière de traiter les difficultés mises en évidence.

Les opinions exprimées par les experts dans ces documents ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la Commissaire ou la ligne officielle du Conseil de l'Europe.

Toute demande de reproduction ou de traduction même partielle de ce document doit être adressée à la Direction de la Communication (publishing@coe.int).

Toute autre correspondance relative à ce document doit être adressée au Bureau de la Commissaire aux droits de l'homme.

Les documents thématiques sont disponibles sur le site internet de la Commissaire aux droits de l'homme : www.commissioner.coe.int

Photo de couverture :
©Shutterstock - Sundry Photography

© Conseil de l'Europe,
février 2021

Remerciements :

Ce document de réflexion a été préparé par Dr Rachel HAMMONDS, J.D., Ph.D. en sciences médicales, Groupe de recherche en droit et développement, Faculté de droit de l'Université d'Anvers.

Contenu

INTRODUCTION	5
RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE	9
NORMES ET PRINCIPES RELATIFS AU DROIT À LA SANTÉ	17
1.1 Le cadre juridique international relatif au droit à la santé et à la sécurité sanitaire	18
1.2 Le cadre juridique européen relatif au droit à la santé et à la sécurité sanitaire	20
1.3 Les principes généraux relatifs aux droits de l'homme	22
PARTENAIRES CLÉS POUR LA COOPÉRATION	29
2.1 La société civile	29
2.2 Les structures nationales des droits de l'homme (SNDH)	30
2.3 Les parlements	31
2.4 Les objectifs de développement durable (ODD)	32
BÂTIR DES SYSTÈMES DE SANTÉ INCLUSIFS ET RÉSILIENTS POUR TOUS	35
3.1 Des prestations de services de santé de qualité	35
3.2 Un personnel de santé qualifié	39
3.3 Le financement du secteur de la santé	41
3.4 L'accès aux médicaments et vaccins essentiels	43
3.5 La recherche, l'information et la communication en matière de santé	45
3.6 Un leadership et une bonne gouvernance	46
LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	49
4.1 Sécurité des revenus et protection sociale	49
4.2 Conditions de vie	51
4.3 Éducation	52
4.4 Conditions d'emploi et de travail	53
NOTES DE FIN	55

Introduction

La pandémie de covid-19¹ constitue la plus grande crise de santé publique depuis des générations et fait peser une charge sans précédent sur les systèmes de santé du monde entier. À la fin du mois de janvier 2021, un an après que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ait déclaré une urgence de santé publique, on recensait en Europe près de trois quarts de million de décès imputables ou liés au coronavirus². Alors que les effets à long terme de la pandémie continuent de se faire sentir, la crise sanitaire s'est transformée en une crise des droits, qui se traduit par des violations non seulement du droit à la vie et du droit à la santé, mais aussi de l'ensemble des droits de l'homme. Depuis le début de la crise, la Commissaire aux droits de l'homme a publié de nombreuses déclarations soulignant les nouveaux défis en matière de droits de l'homme liés à la covid-19³. Le présent document thématique se concentre sur le droit de chacun au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, souvent négligé ou « considéré comme acquis ». En son absence, nous ne pouvons pas vivre dans la dignité, et notre aptitude à voter ou à jouir d'autres libertés civiles et politiques, et à travailler, apprendre ou créer s'en trouve considérablement restreinte.

Les États membres du Conseil de l'Europe possèdent certains des systèmes de santé et de protection sociale les plus performants au monde. Pourtant, les inégalités en santé ont mis en lumière des difficultés persistantes en termes d'inclusivité des systèmes de santé dans la région, qui engendrent des coûts sociaux, humains et économiques importants pour les individus et les sociétés⁴. Avant même que la pandémie ne frappe, les données de santé montraient que les disparités dans l'accès aux soins préventifs et curatifs, fondées sur le genre, l'appartenance à une minorité ou le milieu socioéconomique, étaient courantes⁵. Par ailleurs, l'insuffisance des progrès réalisés au niveau régional concernant des déterminants sociaux de la santé majeurs comme l'éducation et la situation socioéconomique, souvent due à des inégalités structurelles sous-jacentes et profondément ancrées, a accru le risque pour les catégories moins favorisées de la population de présenter de moins bons résultats en matière de santé et de vivre moins longtemps que la moyenne.

La combinaison d'obstacles entravant l'accès aux soins de santé a eu des conséquences mortelles lors de la pandémie de covid-19⁶. Cette situation montre que le droit à la santé ne peut être protégé uniquement au niveau individuel. Il exige des systèmes efficaces, à même d'assurer à tous des services préventifs, curatifs et de réadaptation inclusifs, qui ne laissent personne de côté et veillent à ce que les inégalités structurelles ne soient pas amplifiées au fil du temps, mais plutôt anticipées et corrigées.

Les mesures d'austérité mises en œuvre au cours de la dernière décennie ont atrophié, dans certains États, les systèmes sociaux et de santé et la pandémie de covid-19 a révélé les faiblesses et le manque de résilience qui en résultent⁷. Les hôpitaux, les laboratoires et les agences de santé publique ont fonctionné au-delà de leur capacité, les moyens de dépistage ont fait défaut dans de nombreux pays, la fourniture d'équipements de protection individuelle s'est souvent avérée insuffisante et le personnel de santé ainsi que les travailleurs sociaux de première ligne ont été confrontés à des risques accrus de contracter la maladie et de mourir. Ces différents facteurs ont contribué à une surmortalité et à des souffrances souvent évitables dans toute l'Europe.

Le lourd tribut payé par les groupes vulnérables et/ou marginalisés vivant dans des établissements de soins de longue durée, et en particulier par les personnes âgées, est profondément alarmant. À plusieurs reprises, la Commissaire aux droits de l'homme a souligné l'importance pour les États membres de renoncer au placement en institution des personnes âgées, des personnes présentant des troubles physiques ou mentaux ou un handicap et des enfants⁸. La crise de la covid-19 témoigne de l'urgence de mettre en œuvre l'engagement international dans le domaine des droits de l'homme concernant la désinstitutionalisation, énoncé à l'article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)⁹.

La protection et la promotion du droit à la santé n'est pas une tâche facile. Les soins de santé constituent un secteur complexe dans lequel un grand nombre d'acteurs publics et privés travaillent en interdépendance. Vu la situation dramatique qui règne en Europe à la suite de la covid-19, de nombreux États membres du Conseil de l'Europe doivent déployer des efforts concertés pour évaluer l'état de leurs systèmes sanitaires et les améliorer le cas échéant, en vue de garantir le libre accès à des soins de santé publique de haute qualité, « guidés par les besoins des patients plutôt que par le profit, indépendamment de leur sexe, de leur nationalité, de leur religion ou de leur statut socio-économique »¹⁰.

À l'heure où nous tirons collectivement les leçons des différentes réponses apportées par les pays à la covid-19, les États membres du Conseil de l'Europe doivent coopérer et faire preuve de solidarité par-delà les

frontières et les organisations, pour garantir des systèmes de santé à la fois inclusifs et résilients. Afin de définir la voie à suivre pour adopter une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme, notamment dans la période de reprise post-covid, les douze recommandations formulées par la Commissaire à l'intention de tous les États membres du Conseil de l'Europe concernant la manière de mettre en place des systèmes de santé inclusifs et résilients pour tous figurent au début du présent document thématique. Le premier chapitre de ce document passe en revue les engagements universels et européens souscrits par les États membres en matière de santé, en précisant les normes et principes qui devraient sous-tendre et guider les politiques et processus connexes. Le deuxième chapitre présente les principaux partenaires de la gouvernance de la santé susceptibles de faire progresser la coopération et la solidarité afin de remédier aux lacunes en santé mises en évidence et accentuées par la covid-19. Le troisième chapitre examine les six piliers nécessaires à la mise en place de systèmes de santé inclusifs et résilients¹¹. Enfin, le dernier chapitre décrit comment les déterminants sociaux de la santé plus larges renforcent la qualité et l'accessibilité des soins de santé, à savoir la sécurité des revenus et la protection sociale, des conditions de vie satisfaisantes, l'éducation, et des conditions de travail et d'emploi décentes¹².

Recommandations de la Commissaire

A fin de veiller à ce que les droits de l'homme constituent la base de la création de systèmes de santé inclusifs et résilients et de l'élaboration des politiques sociales nécessaires pour garantir à chacun le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, y compris dans le contexte d'une pandémie, et de lutter contre les inégalités en santé au profit des générations actuelles et futures, la Commissaire aux droits de l'homme appelle les États membres du Conseil de l'Europe à :

Accélérer la ratification et améliorer la mise en œuvre des instruments universels et européens pertinents dans le domaine des droits sociaux et à la santé

- ratifier la Charte sociale européenne révisée et accepter d'être liés par la procédure de réclamations collectives, et ratifier le Code européen de sécurité sociale ;
- progresser dans la réalisation des engagements plus larges en matière de droits sociaux consacrés par la Charte sociale européenne et le Code européen de sécurité sociale, lesquels sont indispensables pour réduire les inégalités en matière de santé, et faire avancer l'engagement de ne pas faire de laissés pour compte qui figure dans les Objectifs de développement durable ;
- ratifier la Convention d'Aarhus sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement et prendre part au processus de la Convention-cadre de l'ONU sur les changements climatiques.

Avancer dans l'adoption de mesures visant à promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) en se fondant sur les soins de santé primaires

- mettre au point et maintenir des systèmes de santé dotés de financements suffisants qui assurent à tous des soins curatifs et préventifs de qualité et la promotion de la santé tout au long de la vie, sans exposer les intéressés à des difficultés financières ;
- veiller à ce que des services de santé mentale abordables et de qualité appropriée, composantes essentielles de la CSU, soient accessibles à tous ceux qui en ont besoin ;
- assurer à tous l'accès à l'ensemble des services de santé sexuelle et procréative de bonne qualité, y compris la dispense, dans le cadre scolaire, d'une éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge des enfants ;
- soutenir des systèmes robustes de préparation et d'intervention en cas de situations d'urgence sanitaire et renforcer les capacités aux niveaux national, régional et international, en vue notamment d'atténuer les effets de l'urgence climatique sur la santé.

Faire en sorte que les systèmes sociaux et de santé respectent l'autonomie et la dignité de toutes les personnes

- prendre des mesures immédiates pour garantir la conception de systèmes sociaux et de santé centrés sur la personne et sensibles au stade de la vie, offrant notamment aux personnes âgées divers choix de milieu de vie en vue de limiter autant que possible les soins de longue durée en institution ;
- assurer une transition progressive vers un modèle de vie au sein de la communauté et renoncer au placement en établissements de soins de longue durée des personnes en situation de handicap ou présentant des troubles de santé mentale ;
- adopter des mesures et financer divers programmes permettant aux personnes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques ou d'affections de longue durée d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, et de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel ;
- mettre fin aux pratiques coercitives dans tous les secteurs de la santé, notamment en gynécologie et en psychiatrie, dans les services de santé mentale ainsi que dans ceux destinés aux personnes présentant des déficiences psychosociales.

Garantir à tous un accès non discriminatoire aux services de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé

- lever en amont les obstacles qui entravent un accès inclusif et non discriminatoire à la santé, en vue de protéger efficacement les droits à la santé dont jouissent toutes les personnes, y compris celles appartenant à des groupes défavorisés ou marginalisés ;
- veiller à ce que les services de santé soient sensibles au genre et tiennent compte du large éventail de facteurs qui influent sur la santé des femmes et des hommes ;
- étendre au secteur de la santé les protections contre la discrimination fondée sur l'âge ;
- dispenser une formation initiale et continue aux droits de l'homme et la non-discrimination à l'ensemble du personnel médical, soignant et administratif et intégrer des cours obligatoires dans les programmes universitaires et autres cursus de formation professionnelle concernés ;
- veiller à ce que les processus de suivi et d'évaluation prévoient la collecte de données ventilées selon plusieurs facteurs de stratification (dont l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles, le handicap, l'emplacement géographique et le milieu socioéconomique), dans le respect des garanties européennes en matière de protection des données, et mener des enquêtes qualitatives pour recenser et comprendre les lacunes en termes de couverture des services de santé.

Veiller à ce que les processus décisionnels privilégient une large participation et l'autonomisation

- élargir la participation aux processus de décision concernant les politiques sanitaires et sociales afin de garantir la consultation effective de toutes les parties prenantes aux niveaux local, régional et national, en particulier les structures nationales des droits de l'homme (SNDH) et les représentants de la société civile concernés ;
- mettre en place des processus systématiques et des canaux de sensibilisation pour établir un dialogue avec les représentants des communautés marginalisées afin de garantir la prise en compte effective de leurs points de vue, de leurs préoccupations et de leurs intérêts spécifiques dans les décisions qui les concernent et de remédier aux inégalités structurelles existantes dans leur accès aux soins de santé ;

- prendre des mesures immédiates visant à mettre pleinement en œuvre les droits de participation des personnes en situation de handicap, tels qu'ils sont consacrés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Institutionnaliser les processus de transparence et de responsabilisation tout au long du cycle politique

- renforcer et protéger l'espace dévolu aux organisations de la société civile et aux SNDH telles que les ombudsmans, les organismes de promotion de l'égalité et les commissions des droits de l'homme, afin de leur permettre de contrôler de manière effective la prise de décisions par le gouvernement et de superviser la mise en œuvre des politiques ;
- veiller à ce que les SNDH soient dotées d'un mandat suffisamment large et disposent de l'expertise et des crédits stables nécessaires pour couvrir les droits économiques et sociaux avec efficacité ;
- mettre en œuvre des processus de suivi et de responsabilisation solides à même de renforcer l'État de droit, d'offrir réparation en cas d'atteintes aux droits de l'homme, et de garantir la réalisation en temps utile des ajustements politiques nécessaires ;
- assurer une évaluation et un suivi efficaces des progrès accomplis dans le respect des engagements dans le domaine des droits de l'homme en subventionnant des systèmes adéquats de collecte de données ventilées et en veillant à garantir la transparence à tous les niveaux de gouvernance et dans l'ensemble du système de santé.

Renforcer les engagements en faveur du respect et de la protection des droits du personnel de santé et des services sociaux

- prendre des mesures immédiates, dans le cadre notamment de l'éducation et de la formation, pour garantir la sécurité des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sur leur lieu de travail et mettre en place des conditions de travail adéquates ;
- prendre toutes les mesures requises pour faire en sorte que tous les membres du personnel de santé et des services sociaux soient traités avec le respect et la dignité qui s'imposent, notamment en ce qui concerne leur situation contractuelle, la sécurité des revenus et une juste rémunération ;
- mettre en œuvre des mesures visant à accroître la diversité du personnel de santé et des services sociaux et à éliminer les inégalités entre les femmes et les hommes.

Promouvoir l'accès universel aux médicaments essentiels

- investir dans des travaux de recherche biomédicale et pharmaceutique qui tiennent compte de la dimension de genre, reposent sur des données probantes et répondent de manière adéquate aux besoins de santé de l'ensemble des populations, tout au long de leur vie ;
- engager le dialogue avec tous les acteurs concernés, dont les entreprises pharmaceutiques, afin de renforcer la transparence du processus de développement et de mise sur le marché de nouveaux médicaments et vaccins d'un bon rapport coût-efficacité et fondés sur les besoins des patients plutôt que sur le profit ;
- participer à des forums et processus de collaboration, y compris au sein du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe, afin de faciliter l'échange d'informations et de promouvoir conjointement des réponses efficaces aux défis sanitaires mondiaux, notamment la résistance aux antimicrobiens et la distribution mondiale équitable des produits médicaux et de vaccins ;
- prendre des mesures efficaces visant à protéger des chaînes d'approvisionnement sécurisées pour la production de médicaments et produits médicaux essentiels afin de garantir leur disponibilité sans faille pour la population.

Garantir l'accès, pour tous, à une information exacte et à jour en matière de santé

- renforcer la transparence et la confiance dans l'information en établissant une communication et un dialogue ouverts et fondés sur des éléments probants, notamment les lacunes qui subsistent en matière de données et les recherches en cours ;
- encourager l'éducation à la santé dans le cadre d'initiatives menées dans des établissements d'éducation formelle et non formelle, en fournissant une multitude d'informations indépendantes et factuelles concernant la promotion de la santé, notamment des campagnes de prévention, des informations relatives à une alimentation et un mode de vie sains, et une éducation sexuelle complète ;
- veiller à ce que les informations sanitaires soient aisément accessibles à l'ensemble de la population et présentées sous divers formats et langues ;
- assurer une surveillance réglementaire de l'information en matière de santé afin de garantir son exactitude, son impartialité et sa communication dans un langage neutre.

Garantir des niveaux de financements publics suffisants pour assurer le droit à la santé pour tous

- s'engager à garantir un soutien financier approprié aux secteurs de la santé et de l'aide sociale, étant donné l'impact des politiques d'austérité sur la résilience et l'inclusivité des soins de santé, qui compromet l'accès au droit à la santé pour tous et engendre des coûts plus élevés sur le long terme ;
- veiller à ce que le financement public des systèmes de santé favorise l'accès universel aux soins de santé primaires en tenant compte des données disponibles à l'échelle de la population quant aux obstacles d'ordre financier qui entravent l'accès à des services de prévention, de soins curatifs et de promotion de la santé mentale et physique ;
- entreprendre une budgétisation participative, fondée sur les droits, qui couvre un large pan de la société.

Veiller à une approche globale et cohérente de l'élaboration des politiques sociales et de santé

- mettre en œuvre des mesures de promotion des engagements nationaux, régionaux et internationaux en matière de santé visant à réduire les inégalités dans ce domaine, en adoptant une perspective de « la santé dans toutes les politiques » afin de garantir systématiquement la cohérence des politiques publiques entre les différents secteurs ;
- intégrer les dimensions économique, sociale, environnementale et de gouvernance de la santé à tous les stades de l'élaboration des politiques de manière à éviter les effets néfastes sur la santé et à s'aligner sur les efforts plus généraux en matière de protection sociale ;
- s'attaquer à la fragmentation des systèmes de protection sociale et parvenir à un consensus entre les programmes sanitaires et autres programmes sociaux en établissant un dialogue intersectoriel avec divers partenaires sur des questions telles que la réduction du chômage, le soutien aux projets d'énergie propre et renouvelable et l'amélioration de l'accès à un logement abordable ;
- adopter une approche « une seule santé » dans le cadre de la préparation en matière de santé publique et de la sécurité sanitaire mondiale, en considérant les interactions entre les animaux, les êtres humains et l'environnement comme des facteurs à part entière de la prévention, du dépistage et de l'intervention en cas de maladies, et intensifier les efforts aux niveaux national et international pour protéger les écosystèmes sur lesquels reposent la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale.

Montrer la voie en vue de promouvoir la solidarité internationale et des approches multilatérales de la gouvernance en matière de santé

- développer la solidarité et la coopération internationales, notamment pour servir la production de connaissances scientifiques au profit de l'humanité, afin de renforcer la résilience des systèmes de santé ;
- s'engager en faveur du leadership multilatéral et le renforcer pour relever les défis sanitaires mondiaux en soutenant une Organisation mondiale de la santé habilitée à agir et responsable ;
- soutenir sans relâche l'action menée pour réformer et renforcer le Règlement sanitaire international afin de garantir sa capacité de réponse aux futures urgences de santé publique ;
- participer et contribuer aux programmes de coopération internationale et d'aide au développement qui favorisent les droits de l'homme pour tous.

Chapitre 1

Normes et principes relatifs au droit à la santé

Avec une rapidité et une intensité sans précédent, la pandémie de covid-19 a mis à mal les engagements européens et internationaux en matière de droits de l'homme, y compris le droit à la santé, mettant à l'épreuve la résilience des systèmes de santé dans tous les États membres du Conseil de l'Europe. La plupart de ces derniers ont réagi en prenant des mesures d'urgence restreignant la liberté de circulation, comme l'instauration de confinements stricts ou partiels ou d'obligations de rester chez soi¹³. De telles mesures peuvent s'avérer nécessaires pour éviter la saturation des systèmes de santé et ralentir la propagation du virus, mais elles ont également un impact sur l'accès aux services essentiels, notamment les soins de santé, l'éducation et les services sociaux, ainsi que sur l'économie¹⁴. La covid-19 a souligné l'interdépendance des droits et mis en exergue le caractère fondamental du droit à la santé en tant que condition préalable à l'accès et à l'exercice d'autres droits de l'homme.

Des systèmes de santé résilients contribuent au droit à la santé ainsi qu'à la sécurité sanitaire individuelle et collective en permettant de réduire la vulnérabilité des sociétés aux menaces pour la santé qui se propagent au-delà des frontières nationales¹⁵. Ils sont à la fois solides et souples, capables de s'adapter aux chocs, de réagir et de se réorganiser, tout en veillant à maintenir leur capacité à protéger la vie humaine et à assurer de bons résultats sanitaires pour tous, même en cas de crise de santé publique¹⁶. Les cadres européen et international relatifs à la mise en place de systèmes de santé résilients portent essentiellement sur l'amélioration de l'état de préparation et de la capacité de réaction avant une situation d'urgence et sur le renforcement des systèmes de santé après une situation d'urgence. Coopération, communication et solidarité entre les pays et les organisations internationales sont indispensables pour assurer la résilience des systèmes de santé¹⁷, comme le prévoient les traités européens et internationaux relatifs aux droits de l'homme, le Règlement sanitaire international (RSI) ainsi que les objectifs de développement durable (ODD).

Le présent chapitre expose les normes et principes les plus importants pour des systèmes de santé inclusifs et résilients, tels qu'ils sont énoncés dans les traités universels et européens relatifs aux droits de l'homme et à la sécurité sanitaire.

1.1 Le cadre juridique international relatif au droit à la santé et à la sécurité sanitaire

1.1.1 Instruments universels relatifs aux droits de l'homme

La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptée en 1946 proclame que « 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 »¹⁸. La santé y est définie de manière large : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) de 1948¹⁹, qui affirme des valeurs universelles et énonce les droits dont toute personne peut se prévaloir, établit un engagement général en faveur du droit à la santé.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

Deux pactes juridiquement contraignants ont été adoptés en 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). Tous les États membres du Conseil de l'Europe sont parties à ces deux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et se sont engagés à promouvoir les droits qui y sont énoncés. Faisant écho à la Constitution de l'OMS, l'article 12 du PIDESC reconnaît « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (le droit à la santé). L'article 12-2(c) fait clairement obligation aux États de prendre des mesures pour se préparer aux maladies épidémiques comme la covid-19 et y faire face²⁰.

Observation générale n° 14 sur le droit à la santé

L'Observation générale n° 14, adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (Comité de l'ONU), précise que les engagements des États comprennent les obligations de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé²¹. Elle indique par ailleurs que le droit à la santé est un droit inclusif qui comprend deux éléments clés : la prestation de soins de santé et les facteurs fondamentaux déterminants,

aussi bien sociaux, environnementaux, économiques et commerciaux, de la santé²². Les États s'engagent à prendre des mesures pour garantir un accès sans discrimination à des systèmes de santé de qualité et à tout l'éventail des déterminants fondamentaux ou des conditions préalables de la santé. La mesure dans laquelle ils progressent dans la réalisation de ces engagements qui se recoupent permet d'évaluer les progrès accomplis. Le Comité de l'ONU a en outre précisé que les États ont « l'obligation fondamentale minimum » d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits économiques et sociaux, auxquels il ne peut être dérogé²³. Le concept d'obligations fondamentales minimales est particulièrement important en cas de crise comme la pandémie de covid-19, car il établit une norme minimale en dessous de laquelle aucun gouvernement ne devrait descendre, même lorsque les ressources sont limitées²⁴. Des enquêtes ont été engagées dans plusieurs États européens afin de déterminer le niveau de respect de ces normes et les améliorations à apporter²⁵.

Conventions spécialisées des Nations Unies relatives aux droits de l'homme

Certains traités spécialisés de l'ONU relatifs aux droits de l'homme ont par la suite mis en avant et expliqué en détail les besoins spécifiques et souvent négligés des femmes, des enfants et des personnes en situation de handicap en matière de santé²⁶. Les femmes devraient bénéficier de services de santé équivalents à ceux dont disposent les hommes et répondant à leurs besoins spécifiques dans ce domaine. C'est pourquoi les programmes de Couverture sanitaire universelle (CSU) prévoient des services de santé sexuelle et procréative, de santé maternelle et néonatale ou encore des services de santé destinés aux enfants et adolescents, accessibles et abordables. Les États se sont également engagés à consulter les personnes en situation de handicap et les organisations qui les représentent et à les associer activement à la planification et au suivi de la mise en œuvre des mesures les concernant.

1.1.2 Sécurité sanitaire mondiale

Le Règlement sanitaire international adopté en 2005 est un traité international sur la santé qui sert de fondement juridique aux mesures de sécurité sanitaire prises au plan mondial²⁷. Tous les membres de l'OMS sont tenus de respecter le RSI et ses dispositions régissant la préparation et les réponses à apporter en cas de déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale telle que la covid-19²⁸.

La surmortalité enregistrée ces derniers mois à la suite de la pandémie, au niveau mondial et dans de nombreux États membres du Conseil de l'Europe, suscite d'importantes préoccupations quant aux mesures de sécurité sanitaire prises par les États.

1.2 Le cadre juridique européen relatif au droit à la santé et à la sécurité sanitaire

1.2.1 Instruments européens relatifs aux droits de l'homme

Le cadre européen des droits de l'homme garantit un large éventail de droits civils, politiques, sociaux et économiques, dont le droit à la santé. Bien que la Convention européenne des droits de l'homme ne consacre pas expressément le droit à la santé, des affaires relatives à la santé ont été portées devant la Cour invoquant la plupart du temps les articles 2, (droit à la vie) 3, (droit de ne pas être soumis à un traitement cruel, inhumain ou dégradant) et 8 (droit au respect de la vie privée)²⁹.

En ce qui concerne les États membres de l'Union européenne, la Charte des droits fondamentaux établit le droit de toute personne d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales³⁰. Le Socle européen des droits sociaux adopté en 2017 par la Commission européenne énonce 20 principes relatifs aux déterminants interconnectés de la santé, dont l'égalité des chances et l'accès au marché du travail, des conditions de travail équitables ainsi que la protection et l'insertion sociales³¹.

La Charte sociale européenne (la Charte) et la Charte révisée, les principaux instruments régionaux pour la promotion des droits sociaux et économiques, consacrent le droit à la protection de la santé (article 11), le droit à la sécurité sociale (article 12) et le droit à l'assistance sociale et médicale (article 13). De plus, elles assurent une large protection d'autres droits sociaux, dont le droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale (article 30) et le droit au logement (article 31)³². La mise en œuvre de la Charte est supervisée par le Comité européen des droits sociaux (CEDS), qui se compose de 15 membres indépendants et impartiaux et a rendu d'importantes conclusions et décisions sur les obligations qui incombent aux États membres concernant les droits inscrits dans la Charte, notamment le droit à la santé.³³ En avril 2020, le CEDS a publié une Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie³⁴.

La mise en place d'une procédure de réclamations collectives par le protocole additionnel adopté en 1995 (et entré en vigueur en 1998) accroît l'efficacité, la rapidité et l'impact de la Charte en donnant aux partenaires sociaux et aux organisations non gouvernementales la possibilité de s'adresser directement au CEDS afin qu'il statue sur l'éventuelle non-application de la Charte par les États parties³⁵. Un certain nombre de réclamations collectives concernant l'accès au droit à la santé et à l'assistance sociale et médicale

sont actuellement pendantes, souvent en combinaison avec l'article E (non-discrimination)³⁶.

La Charte fait écho à la Constitution de l'OMS qui définit le droit à la santé de manière large : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle reconnaît que tous les droits sont interdépendants et que les avancées dans la réalisation du droit à la santé supposent de progresser dans de nombreux domaines qui contribuent à une vie saine, notamment des conditions de travail et environnementales saines et l'égalité entre les femmes et les hommes.

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) veille à la protection des droits des personnes privées de liberté. Établi par la Convention européenne pour la prévention de la torture, qui garantit la protection contre les mauvais traitements³⁷, le CPT a pour vaste mandat de contrôler les conditions de vie dans tous les lieux où des personnes sont privées de leur liberté, notamment les prisons, les centres de rétention pour migrants, les hôpitaux psychiatriques, foyers sociaux et zones de quarantaine. Il a défini dix principes visant à garantir le respect et la protection des normes de santé et de sécurité de toutes les personnes privées de leur liberté, et de celles qui travaillent à leur côté, durant la pandémie de covid-19³⁸.

Conscient de l'importance des déterminants sociaux de la santé (examinés au chapitre 4), le Conseil de l'Europe prône depuis longtemps un renforcement de la protection de la sécurité sociale. Outre l'article 13 de la Charte sociale européenne, qui étend le droit à une assistance sociale et médicale d'urgence à *toute* personne, même sans-papiers, présente sur le territoire d'un État membre³⁹, le Code européen de sécurité sociale établit un niveau plus élevé de protection de la sécurité sociale pour les États membres du Conseil de l'Europe⁴⁰. Créant un modèle de sécurité sociale fondé sur la justice sociale, l'État est réputé responsable de la mise en place et du maintien d'un système de sécurité sociale stable et financièrement sain qui garantisse un niveau de vie décent à ceux qui sont incapables de gagner leur vie en raison de maladie, de chômage, de vieillesse, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de maternité, d'invalidité ou de décès du soutien de famille, allant bien au-delà du modèle préconisé par l'Organisation internationale du travail.

La Convention d'Oviedo adoptée en 1997, seul instrument international juridiquement contraignant sur la protection des droits de l'homme dans le domaine de la biologie et de la médecine, y compris la recherche biomédicale⁴¹, énonce des principes fondamentaux applicables à la pratique médicale quotidienne et est souvent considérée comme le « traité

européen des droits du patient ». Elle revêt une importance particulière compte tenu de la recherche biomédicale poussée qui est requise pour faire face à la pandémie de covid-19 et des questions éthiques relatives à l'équité de l'accès aux soins de santé soulevées par son impact sur les ressources disponibles.

1.2.2 Engagements européens en matière de sécurité sanitaire

L'article 11 (3) de la Charte sociale européenne reflète l'approche du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de sécurité sanitaire, qui prévoit que les États parties doivent prouver, par des modalités permettant le signalement et la notification de maladies ainsi que par la prise de toutes les mesures d'urgence nécessaires en cas d'épidémie, qu'ils sont en mesure de lutter contre des maladies infectieuses⁴².

La coopération dans le domaine de la recherche et l'échange d'informations et de données de santé renforcent la résilience des systèmes de santé et la sécurité sanitaire⁴³. Cela signifie que les États devraient participer à des forums et processus de collaboration, tels que le CEDS et le Comité de bioéthique, afin de faciliter l'échange d'informations et de promouvoir conjointement des réponses efficaces à la pandémie, ainsi que contribuer à d'autres efforts de collaboration concernant des enjeux sanitaires mondiaux, dont la résistance aux antimicrobiens.

1.3 Les principes généraux relatifs aux droits de l'homme

Les instruments européens et internationaux des droits de l'homme consacrent quatre grands principes qui sous-tendent fondamentalement l'accès aux droits sociaux et économiques, dont le droit à la santé.

1.3.1 Non-discrimination

La non-discrimination est un principe transversal qui s'applique à tous les droits de l'homme et constitue une obligation d'application immédiate. Le droit à la santé ne saurait se comprendre comme un « droit d'être en bonne santé » ayant force exécutoire mais comme une obligation faite aux États membres d'assurer l'accès au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ce droit doit bien entendu être garanti à toutes les personnes relevant de la juridiction d'un État, indépendamment de leur identité de genre, de leur origine, de leur appartenance ethnique ou de leur milieu socioéconomique.

Le genre peut avoir une incidence majeure sur l'égalité en matière de santé. Les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'état de

santé et les besoins sanitaires ne sont pas liées uniquement aux différences biologiques, mais aussi à l'impact des normes et des stéréotypes de genre imposés par la société. Il convient d'appliquer à toutes les questions de santé des approches sensibles au genre, qui tiennent compte des normes et des inégalités de genre et qui visent à réduire leurs effets préjudiciables. Les progrès vers la réalisation de l'égalité de genre peuvent être bénéfiques à la santé des hommes comme des femmes et contribuer en fin de compte à faire évoluer les normes et structures qui entravent les efforts visant à favoriser la santé et le bien-être de tous⁴⁴.

Il est bien établi que la discrimination, tant directe qu'indirecte, peut être un obstacle majeur à l'équité en matière de santé. Elle peut avoir pour conséquence que des groupes spécifiques de personnes sont systématiquement désavantagés dans l'accès à leur droit à la santé en raison de facteurs tels que leur religion, leur situation économique, leur origine ethnique, leur statut migratoire, leur âge, leur genre, leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leurs caractéristiques sexuelles, leur état de santé ou d'autres motifs similaires⁴⁵. Des études menées en Suède et en France montrent également que la discrimination perçue est associée de manière distincte à une certaine tendance à renoncer à se faire soigner⁴⁶. Pire encore, il est également prouvé que la discrimination et le racisme ont un impact considérable sur la santé mentale des victimes.

Dans de nombreux États membres, les femmes roms font depuis longtemps l'objet de discrimination dans l'accès à des services de santé procréative de qualité⁴⁷. Dans toute l'Europe, les obstacles discriminatoires qui entravent l'accès aux infrastructures de santé, aux biens et aux services connexes constituent l'un des facteurs qui contribuent à l'espérance de vie réduite des Roms et des Gens du voyage⁴⁸. Partout en Europe, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI) sont confrontées à des obstacles multiples et variés dans l'accès aux soins de santé, qui aggravent les inégalités et la discrimination, et ont au final des conséquences néfastes sur leur santé physique et mentale⁴⁹. Concernant cette dernière, les recherches laissent entendre que, par rapport à la population générale, les personnes LGBTI risquent davantage de connaître des problèmes de santé mentale, et de présenter notamment des taux plus élevés de pensées suicidaires, d'anxiété et d'automutilations dus à des vulnérabilités et discriminations croisées⁵⁰.

Selon les données ventilées relatives à l'incidence de la covid-19 en Angleterre, les personnes d'origine africaine, asiatique ou issues d'autres minorités sont plus susceptibles de contracter le coronavirus et d'en mourir, en raison notamment de la privation de logement et des taux élevés de personnes issues de ces groupes parmi les travailleurs essentiels occupant des emplois en contact direct avec le public⁵¹. Les rapports

faisant régulièrement état d'attitudes discriminatoires sur le plan racial de la part de certains membres du personnel de santé, qui se traduisent par un refus d'accès aux services essentiels, sont extrêmement alarmants⁵². Dans certains pays, des groupes minoritaires, notamment les personnes LGBTI, les migrants sans papiers et les Roms, sont devenus les boucs émissaires de responsables politiques et autres membres des autorités qui les ont accusés d'être à l'origine du virus.

D'après les données disponibles, les personnes en situation de handicap dans leur ensemble ont présenté des résultats en matière de santé nettement moins bons pendant la pandémie⁵³. Certaines études ont également montré que les chômeurs de longue durée ont beaucoup plus de risques (84 %) de développer des complications à la suite d'une infection au coronavirus⁵⁴. Plus de 95 % des personnes décédées de la covid-19 dans la région européenne de l'OMS étaient âgées de plus de 60 ans. Lorsque les ressources, notamment les lits de réanimation et les respirateurs, se sont faites rares, certains pays ont limité l'accès en fonction de l'âge⁵⁵.

Par conséquent, les États membres du Conseil de l'Europe doivent faire de la promotion d'un accès inclusif et sans discrimination aux soins de santé une priorité absolue. Il leur faut également déployer des efforts particuliers pour veiller en amont à la protection effective des droits des personnes appartenant à des groupes spécifiques qui se heurtent à des difficultés d'accès, notamment les femmes, les Roms, les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes LGBTI, les détenus, les personnes issues de l'immigration ou les migrants.

1.3.2 Participation et autonomisation

La participation est un autre principe transversal des droits de l'homme qui influe sur la qualité et l'efficacité des politiques et des programmes de santé et constitue un outil essentiel pour traiter les problèmes structurels qui entravent l'accès à la santé pour tous⁵⁶. La définition des priorités, la conception des politiques et la prise de décision dans le cadre d'un processus participatif contribuent à faire en sorte que les stratégies et plans d'action nationaux en matière de santé publique reposent sur les suggestions et avis d'un large éventail de citoyens, chercheurs et patients, et pas uniquement sur des données épidémiologiques, schémas pathologiques ou d'autres arguments comme le rapport coût-efficacité⁵⁷.

Lorsqu'un problème de santé touche de manière disproportionnée les membres d'une population vulnérable ou marginalisée, il est essentiel de les associer pleinement à la prise de décision afin de garantir la mise au point de solutions adéquates et durables. La participation effective de membres de la communauté LGBTI, par exemple, aux débats relatifs à la

politique de santé et aux plans de mise en œuvre favorisera l'instauration d'un système de santé inclusif et respectueux des différences, y compris dans les situations de crise⁵⁸.

Pour l'heure, les groupes de patients ont été exclus du processus décisionnel européen concernant la covid-19⁵⁹. La réponse à la pandémie met également en évidence l'importance d'une vaste participation des femmes à la gouvernance de la santé, notamment en temps de crise de santé publique. Malgré de nombreux engagements pris aux niveaux mondial et national, les femmes ont été largement absentes de la prise de décisions liées à la covid-19. Selon une enquête menée auprès des 115 groupes d'experts et groupes décisionnels liés à la covid-19, seuls 3,5 % avaient une composition paritaire, tandis que 85,2 % étaient majoritairement masculins⁶⁰. Les mesures d'urgence en matière de santé publique, comme l'instauration de confinements, ont eu des conséquences imprévues sur les droits de l'homme, notamment une augmentation de la violence fondée sur le genre⁶¹. Les mesures généralisées prises pour « mettre à l'abri » et protéger les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les autres personnes considérées comme davantage à risque de décès face à la covid-19 ont aggravé leur isolement social, un phénomène fortement associé à l'anxiété, à la dépression, à l'automutilation et au suicide à tout moment de l'existence⁶².

Ces différents exemples mettent en exergue l'importance de veiller à ce que les processus décisionnels offrent des possibilités effectives et systématiques de participation aux personnes les plus touchées par les politiques et mesures qui en résultent, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et comme le prévoit la Recommandation du Comité des Ministres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées⁶³.

1.3.3 Réalisation progressive et non-régression

Tous les pays n'ont pas les moyens d'assurer l'accès à des soins de santé de la meilleure qualité possible, et le droit à la santé ne confère pas un droit immédiat et universel au meilleur système de santé au monde⁶⁴. En revanche, les États se sont engagés à réaliser le droit à la santé pour tous de manière progressive, notamment par la mise en place d'un système de soins de santé efficace. Par conséquent, les contraintes économiques affecteront l'étendue des services de santé et des services sociaux connexes proposés par un pays donné, mais on peut raisonnablement s'attendre à une amélioration progressive de l'accès aux soins et aux services afin de le rendre plus inclusif, plutôt que le contraire. Durant une pandémie, les États doivent ainsi être particulièrement attentifs à l'impact des choix opérés par eux sur les groupes dont la vulnérabilité est la plus grande ainsi que sur les

autres personnes concernées, tout particulièrement les familles sur qui, en cas de carence institutionnelle, pèse un écrasant fardeau⁶⁵.

1.3.4 Responsabilisation et transparence

La responsabilisation, en tant que processus continu plus vaste que la responsabilité judiciaire, est un principe fondamental des droits de l'homme qui sous-tend les progrès dans la mise en place de systèmes de santé inclusifs et résilients. Les mécanismes de responsabilisation peuvent jouer un rôle essentiel dans la lutte contre la discrimination et contribuer à promouvoir la protection et l'application des mesures requises pour faire progresser le droit à la santé. Dans le cadre des efforts européens en faveur du respect des engagements relatifs au droit à la santé, les 53 États membres de la région européenne de l'OMS ont lancé en 2019 l'Initiative du Rapport de situation sur l'équité en santé en Europe (HESR). Elle s'emploie à collecter et à analyser des données ventilées sur la santé et ses facteurs fondamentaux déterminants, permettant ainsi de mettre en évidence les lacunes et d'éclairer les processus des politiques sanitaires et sociales⁶⁶.

Malheureusement, les systèmes de santé ont été et sont toujours des lieux où sont commises de graves violations des droits de l'homme aux effets irréversibles, notamment les stérilisations forcées ou les pratiques coercitives en psychiatrie, auxquelles il convient de mettre fin⁶⁷. Dans de tels cas, il est essentiel d'établir la responsabilité pleine et entière afin de favoriser la confiance dans le système et de veiller à ce que de telles pratiques ne se reproduisent pas. Les mécanismes européens de contrôle, dont le CPT, jouent un rôle majeur en attirant l'attention sur les atteintes aux droits de l'homme et en proposant des moyens d'y remédier. Dans de nombreux pays, les détenus et les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants restent confrontés à de mauvaises conditions de détention : ils sont souvent à l'étroit dans des cellules surpeuplées, n'ont pas suffisamment accès à des services de santé de qualité et sont caractérisés par une forte prévalence de maladies infectieuses et chroniques comme la tuberculose, le diabète et le VIH. Cette situation met en exergue la nécessité urgente d'accorder une attention accrue à la santé et aux droits des détenus et du personnel concerné⁶⁸.

La corruption entrave considérablement l'accès aux soins de santé. Selon les estimations de l'OCDE, 45 % de la population à l'échelle mondiale jugent corrompu ou extrêmement corrompu le secteur de la santé de leur pays⁶⁹. La corruption peut se manifester sous diverses formes, dont notamment des paiements informels à des professionnels de santé pour court-circuiter les longues listes d'attente en vue d'une intervention médicale ou d'une simple consultation. Les bas salaires des professionnels de santé, conjugués à un défaut de formation à l'éthique, au manque de transparence des

mécanismes de financement par le système national de santé et au sous-financement des cliniques, sont autant de facteurs susceptibles de créer un terrain propice à la corruption⁷⁰. Cette dernière contribue à l'inégalité d'accès aux soins de santé au détriment des personnes qui ont peu de moyens et pourrait avoir un impact différencié sur les hommes et les femmes⁷¹. La pandémie de covid-19 a particulièrement accru les risques de corruption dans le secteur de la santé du fait du besoin immédiat de fournitures médicales (et donc de la simplification des règles applicables aux marchés publics), d'infrastructures de soins saturées et de personnel médical surchargé.⁷² La crise de la covid-19 a particulièrement accru les risques de corruption dans le secteur de la santé, en raison des besoins immédiats en fournitures médicales et de la simplification des règles d'achat, des établissements médicaux surpeuplés et du personnel médical surchargé. Le Groupe d'États contre la corruption (GRECO) du Conseil de l'Europe a publié des lignes directrices à l'intention de ses 50 États membres pour les aider à prévenir la corruption dans le contexte de la situation d'urgence sanitaire⁷³.

Sur un plan général, la pandémie a mis en lumière l'importance de la transparence de la prise de décision et de la responsabilisation dans de nombreux domaines qui ont eu des incidences sur la santé et la société, depuis les mesures de confinement jusqu'aux dépenses publiques. Les personnes âgées ont souffert de manière disproportionnée de la crise de la covid-19. Des actions en justice ont été engagées dans plusieurs pays, dont la France, l'Italie et l'Espagne, afin de déterminer qui porte la responsabilité des conséquences du manquement aux obligations positives liées à la protection du droit à la santé et à la vie des personnes âgées et des travailleurs des établissements de soins⁷⁴.

De plus, les dysfonctionnements observés dans le cadre de la passation de marchés publics dans de nombreux pays ont montré combien il importe d'exercer un contrôle pour garantir le respect des procédures prescrites par la loi⁷⁵. Si dans certaines circonstances, il peut s'avérer nécessaire de procéder à des ajustements d'urgence des processus de passation de marchés, ceux-ci doivent faire l'objet d'un examen rigoureux afin d'en garantir la légalité⁷⁶.

Chapitre 2

Partenaires clés pour la coopération

Dans leurs efforts visant à garantir et à promouvoir l'accès au meilleur état de santé possible pour tous, les autorités sanitaires s'appuient sur une coopération étroite avec des acteurs importants de la protection des droits de l'homme, qui sensibilisent la société et suscitent sa confiance, qui conseillent les autorités nationales, veillent à ce que les mesures soient proportionnées à leur incidence sur d'autres droits et qui offrent aux citoyens des voies de recours aisément accessibles.

2.1 La société civile

Les organisations de la société civile (OSC) jouent divers rôles clés pour garantir que les personnes et les communautés comprennent leurs droits et demandent justice en cas de violations des droits de l'homme commises au sein des systèmes de santé.

Les OSC représentent non seulement les préoccupations de personnes individuelles mais elles contribuent également à la prise en compte des intérêts de tous les groupes concernés lors de l'élaboration de politiques de santé. Consulter des organisations de défense des droits des femmes, qui représentent le point de vue des victimes de violence fondée sur le genre, permettrait par exemple de garantir la mise en place de mesures d'urgence efficaces en matière de protection et de prévention de ces violences, et de faire connaître ces mesures largement avant l'instauration de tout nouveau confinement⁷⁷. Pendant la crise de la covid-19, les OSC ont continué à défendre les droits de ceux qui ont rarement l'occasion de s'exprimer, tels que les migrants sans papiers⁷⁸.

Les OSC prêtent également assistance aux personnes et groupes, y compris marginalisés ou défavorisés, afin de veiller au respect, à la protection et à la mise en œuvre de leurs droits par le biais de processus judiciaires et d'autres mécanismes de responsabilité. En tant que représentants de groupes directement concernés et témoins des effets des diverses règles et mesures

sur le terrain, les membres de la société civile peuvent également stimuler la recherche interdisciplinaire et les actions de sensibilisation susceptibles de renforcer l'efficacité et la durabilité des stratégies de santé.

Au Royaume-Uni, par exemple, les OSC ont mis en lumière l'impact disproportionné de la pandémie sur certaines catégories de la population, en particulier la gestion par le gouvernement de la situation des personnes âgées dans les établissements de soin de longue durée⁷⁹. Les préoccupations exprimées par la société civile ont également suscité une enquête parlementaire sur l'incidence de la covid-19 sur l'accès, des personnes handicapées, notamment, aux services de soins de santé⁸⁰. À cet égard, il est apparu par la suite que les personnes handicapées constituaient les deux tiers des décès liés à la covid-19 intervenus au cours de la première moitié du mois de mars 2020.

2.2 Les structures nationales des droits de l'homme (SNDH)

Les structures nationales des droits de l'homme, telles que les institutions des médiateurs, les institutions nationales des droits de l'homme, les commissions des droits de l'homme et les organismes de promotion de l'égalité, sont fondamentales pour la protection et la promotion du droit à la santé. De par leur statut, leur indépendance et leur mission en faveur des droits de l'homme et de l'égalité, elles sont essentielles pour garantir des réponses aux problèmes sanitaires, y compris aux crises de santé publique, qui soient compatibles avec les droits de l'homme. Elles contribuent à faire en sorte que l'élaboration de politiques de santé inclusives s'appuie sur des approches globales des engagements pris par les états en matière de droits de l'homme.

Les SNDH peuvent intervenir en évaluant les politiques publiques et les budgets au regard des normes relatives aux droits de l'homme, en procédant par exemple à des études d'impact sur les droits de l'homme et au suivi de la mise en œuvre des mesures sanitaires. En leur qualité d'organes de plaintes aisément accessibles, elles aident également les individus à faire entendre leurs préoccupations et facilitent l'établissement d'un dialogue constructif entre la société civile et les autorités compétentes contribuant ainsi à l'amélioration des résultats en matière de santé pour tous. Ces structures inscrivent également les concepts de participation et de responsabilité dans le processus d'élaboration des politiques de santé, grâce notamment à une coopération formelle avec les mécanismes régionaux, including European Network of European Human Rights Institutions (ENHRI).

Les SNDH ont dénoncé les effets discriminatoires des mesures de lutte contre la covid-19 et ont appelé les gouvernements à remédier aux inégalités structurelles et à respecter leurs engagements en matière de respect des droits de l'homme pour tous⁸¹. Au cœur de la crise, les SNDH européennes ont poursuivi leur important travail de suivi et ont rendu public les répercussions de la pandémie sur les droits à la santé, au logement, à l'éducation, au travail et à la protection sociale, prodiguant des conseils aux responsables politiques et informant la population de ses droits⁸². La Commission britannique pour l'égalité et les droits de l'homme, par exemple, a été explicitement mentionnée comme contributeur majeur à l'enquête parlementaire susmentionnée concernant les effets disproportionnés de la pandémie de covid-19 sur certains groupes.

Les organismes de promotion de l'égalité ont demandé que l'on continue à mettre l'accent sur les principes d'égalité et de non-discrimination et sur l'importance de protéger les droits des groupes de personnes défavorisées et marginalisées qui ont souvent été les plus durement touchées par la crise⁸³. Cette démarche montre que les SNDH sont en mesure de guider les réponses nationales et régionales à la covid-19, en rapprochant les systèmes nationaux, régionaux et internationaux de protection des droits de l'homme. Les États membres devraient renforcer l'efficacité et l'indépendance des SNDH conformément à la Recommandation de politique générale n°2 de la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (l'ECRI) sur les organismes de promotion de l'égalité chargés de lutter contre le racisme et l'intolérance au niveau national, à la Recommandation actualisée du Comité des Ministres sur le développement de l'institution de l'Ombudsman, et à la Recommandation à venir consacrée aux institutions nationales des droits de l'homme, afin qu'elles puissent jouer le rôle décisif qui est le leur : assurer une approche globale du droit à la santé, y compris en temps de crise⁸⁴. Il importe tout particulièrement que les autorités nationales consultent les SNDH sur les développements politiques et législatifs liés au droit à la santé et qu'elles mettent en œuvre leurs recommandations avec célérité et rigueur.

2.3 Les parlements

Les parlements nationaux permettent l'exercice du droit à la santé grâce à leurs travaux législatifs et au contrôle démocratique qu'ils assurent sur l'action gouvernementale. Le Parlement européen a non seulement publié des rapports et des recommandations sur divers sujets liés à la santé, mais a également mené plusieurs enquêtes d'opinion auprès des citoyens européens à propos des mesures adoptées en réponse à la crise sanitaire⁸⁵.

Les parlements nationaux agissent de concert avec les OSC et les SNDH pour veiller à ce que l'élaboration des politiques et programmes fasse progresser les engagements en matière de droits. Par ailleurs, dans le cadre des obligations qui leur incombent en vertu des traités internationaux et européens relatifs aux droits de l'homme, ils sont tenus d'établir des rapports périodiques sur les avancées enregistrées. Au niveau européen, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) joue un rôle important et multiforme dans la promotion des droits de l'homme grâce au dialogue qu'elle entretient avec les organisations internationales, les gouvernements, les parlements nationaux et la société civile. Ses vastes compétences englobent la conduite d'enquêtes sur les violations des droits de l'homme et la formulation de recommandations contribuant à fixer des priorités dans toute la région du Conseil de l'Europe et au-delà⁸⁶.

Dès 2016, l'APCE avait adopté une résolution sur la gestion des urgences de santé publique, appelant toutes les parties prenantes à coopérer étroitement pour améliorer l'état de préparation aux situations d'urgence au niveau international, avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), bien gérée et responsable, au sommet de cette structure, et, à la base, des systèmes nationaux de santé efficaces, équitables et résilients⁸⁷. L'APCE a été particulièrement active durant la pandémie de covid-19, mettant en exergue l'impact de la crise sur un large éventail de droits de l'homme et interagissant avec l'OMS pour assurer que les parlementaires mettent leurs compétences et leur influence au service de la réponse à la pandémie⁸⁸.

2.4 Les objectifs de développement durable (ODD)

Les engagements en faveur des ODD lient le Conseil de l'Europe et les parlements nationaux au large éventail d'objectifs mondiaux inscrits dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies, concernant la coopération internationale et la réalisation des droits sociaux et économiques pour tous⁸⁹. Le cadre des ODD englobe de vastes processus pluriannuels de suivi et de responsabilité qui transcendent les cadres nationaux et encouragent la coopération internationale pour relever les défis transfrontaliers.

Le troisième ODD, qui vise à garantir une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, inclut la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), considérée comme l'un des nombreux éléments interdépendants et indispensables. Le cadre de suivi des ODD, auquel participent tous les États membres du Conseil de l'Europe, contribue à les responsabiliser à cet égard grâce à la fixation de cibles et d'indicateurs et à l'instauration d'un suivi, d'une évaluation et de rapports réguliers.

Les États membres du Conseil de l'Europe ont réaffirmé leur engagement en faveur de la couverture sanitaire universelle dans la Déclaration éponyme de 2019. Ce document établit que la santé mentale et le bien-être sont des composantes essentielles de la couverture sanitaire universelle et souligne l'importance de mettre en place des systèmes de santé solides et résilients, condition préalable pour toucher toutes les personnes et se préparer aux pandémies⁹⁰.

Chapitre 3

Bâtir des systèmes de santé inclusifs et résilients pour tous

La réalisation du droit à la santé pour tous exige la mise en place de systèmes de santé inclusifs et résilients. Les systèmes de santé englobent « l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé »⁹¹. Les composants essentiels de systèmes de santé publique de qualité sont établis de longue date et comprennent : des prestations de services de santé de qualité ; un personnel de santé qualifié ; un financement adéquat du secteur de la santé ; l'accès aux médicaments et vaccins essentiels ; des systèmes de recherche et d'information sanitaires ; et enfin un leadership et une bonne gouvernance⁹². Ces six éléments constitutifs interdépendants doivent opérer de concert dans le cadre politique et institutionnel d'un pays afin d'offrir un système de santé efficace, inclusif et résilient.

3.1 Des prestations de services de santé de qualité

Un système de santé doit dispenser des services de santé de qualité, à un coût abordable et accessibles à tous, quand et partout où cela est nécessaire.

L'accès aux soins est un aspect essentiel du droit fondamental à la santé. Pourtant, les inégalités d'accès aux soins de santé sont en train de s'accroître dans les États membres du Conseil de l'Europe, en raison notamment des barrières financières, géographiques et linguistiques, de la corruption, des inégalités socioéconomiques, de certaines politiques migratoires et sécuritaires et de la crise économique de 2008 et des mesures d'austérité qui en ont découlé, qui ont eu des répercussions sur les systèmes de santé⁹³. Malgré les efforts considérables déployés pour promouvoir la couverture sanitaire universelle, les inégalités en matière de santé entre les groupes de population subsistent ou se sont aggravées au cours des dix à quinze dernières années dans bon nombre des 53 pays de la région européenne de l'OMS⁹⁴.

3.1.1 Accessibilité financière

La réalisation de la couverture sanitaire universelle signifie que l'ensemble de la population a accès à une gamme complète de prestations de soins de santé.

Les lacunes dans la couverture des services de santé publique ou les disparités en termes de prestations se traduisent par des restes à charge importants pour les usagers et entraînent pour certains des problèmes d'accessibilité financière. Ces inégalités conduisent à un phénomène de renoncement ou de recours tardif aux soins, susceptible d'avoir des conséquences désastreuses tant pour la santé individuelle que publique et de donner lieu, à long terme, à une augmentation des dépenses de santé. Dans beaucoup d'États, les soins de santé mentale, les services de planning familial ou les soins dentaires sont exclus des programmes de couverture sanitaire universelle. Les restes à charge ont également un impact différent sur les comportements des femmes et des hommes en matière de prévention et de quête de traitement ; une forte corrélation a ainsi été établie entre un coût élevé des services de santé et une mortalité masculine prématurée due à des maladies cardio-vasculaires⁹⁵. Dans les pays où la protection financière est relativement faible, les dépenses de santé imprévues sont principalement liées aux paiements directs à la charge du patient afin de se procurer des médicaments pour les soins ambulatoires. Cette situation nuit à l'équité car la structure de financement de la santé transfère les coûts vers les personnes démunies et les utilisateurs réguliers des soins de santé, y compris à ceux souffrant de maladies chroniques⁹⁶. Les frais imposés aux patients encouragent également une utilisation inefficace des services médicaux, dans la mesure où les personnes retardent leur recours aux services de soins de prévention et de promotion de la santé.

Les États devraient donc s'efforcer de garantir à tous les citoyens le même éventail de services offerts par les différents prestataires de santé, composé notamment de soins hospitaliers, de soins de santé primaires et spécialisés ambulatoires et de produits pharmaceutiques. Avec le vieillissement de la population européenne et l'augmentation des maladies chroniques, de nouveaux traitements plus coûteux sont devenus nécessaires. Le renforcement des soins de santé primaires permet d'assurer la dispense des soins au sein de la communauté et à un stade précoce, contribuant ainsi à offrir des soins abordables, complets et continus à toutes les personnes tout au long de la vie, au moyen de services de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que de soins palliatifs⁹⁷.

3.1.2 Accessibilité

L'isolement géographique de nombreuses régions et la ségrégation spatiale ou en matière de logement dont pâtissent certains groupes, notamment la population rom, peuvent entraver l'accessibilité des services de santé physique et mentale. Pour les personnes à mobilité réduite, les centres de santé et les hôpitaux doivent être équipés d'ascenseurs ou de rampes d'accès opérationnels pour garantir l'égalité d'accès.

Dans le cadre de leurs obligations au titre de la CDPH, les États membres du Conseil de l'Europe sont tenus de prendre des mesures pour garantir aux personnes en situation de handicap une gamme complète de services de proximité⁹⁸. Partout en Europe, trop d'États continuent à privilégier le placement des personnes en situation de handicap dans des établissements de soins de longue durée. Le défaut d'accès à différentes options de soins appropriées, y compris de proximité, est inacceptable et constitue une violation des droits de l'homme et du droit international, tels que consacrés par l'article 19 de la CDPH, notamment l'obligation de reconnaître à toutes les personnes en situation de handicap « le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes ».

La pandémie de covid-19 a révélé et amplifié les préjugés existants qui font obstacle à l'accès aux soins de santé des personnes en situation de handicap placées en institution⁹⁹. Ainsi, en Roumanie, les personnes en situation de handicap ayant contracté la covid-19 en milieu institutionnel ont été placées en quarantaine au lieu d'être hospitalisées, ce qui n'était pas le cas pour les personnes valides¹⁰⁰. De telles violations des droits de l'homme ont mis en lumière l'importance de mettre un terme aux soins de longue durée en institution et d'accroître les investissements dans les services de proximité¹⁰¹.

De nombreuses personnes en situation de handicap sont par ailleurs en bonne santé et leur handicap ne les expose pas en soi à un risque accru de contracter la covid-19 ou d'en décéder. Mais beaucoup présentent des comorbidités spécifiques qui augmentent la dangerosité du virus à leur égard. Au cours de la crise sanitaire, des contraintes juridiques, sociales, économiques et environnementales ont mis à mal la dignité et les droits des personnes en situation de handicap, les empêchant d'accéder à des soins préventifs et curatifs de qualité. Ces obstacles les rendent plus vulnérables au risque de contamination par le coronavirus, et se traduisent par une discrimination directe et une violation du droit à la santé, voire du droit à la vie¹⁰². La pandémie de covid-19 devrait nous enseigner à tous que les normes applicables ne sont pas juste des idéaux : le fait de ne pas les mettre en œuvre entraîne des souffrances et des pertes en vies humaines, qui auraient pu et auraient dû être évitées ou atténuées¹⁰³.

Les délais excessifs pour pouvoir bénéficier de services médicaux préventifs entravent également l'accessibilité des soins de santé et participent aux inégalités de santé observées en Europe¹⁰⁴. La covid-19 a encore aggravé la situation en termes de morbidité et de mortalité prématurée du fait du renoncement au traitement de maladies telles que les cancers ou le diabète, de leur interruption ou report, et de la désorganisation des services de dépistage préventif¹⁰⁵.

Le Comité européen des droits sociaux (CEDS) a souligné qu'une « législation ou une pratique qui nie le droit à l'assistance médicale aux ressortissants étrangers présents sur le territoire d'un État partie, fussent-ils en situation irrégulière, est contraire à la Charte »¹⁰⁶. Les ressortissants étrangers, surtout s'ils sont sans papiers, sont davantage susceptibles de contracter des maladies infectieuses en raison de multiples facteurs de risque qui se recoupent, notamment le défaut d'accès au logement et aux soins de santé préventifs et une mauvaise alimentation¹⁰⁷. Pendant la crise de la covid-19, certains États ont pris des mesures positives pour garantir les droits de l'homme, y compris les droits à la santé, à tous¹⁰⁸.

3.1.3 Des soins de qualité

Une étude réalisée en 2018 par l'OMS sur des adultes présentant des déficiences psychosociales ou intellectuelles et vivant en institution dans la région européenne a révélé des lacunes constantes en ce qui concerne le respect des engagements pris en matière de droits de l'homme aux niveaux national, régional et mondial¹⁰⁹. À titre d'exemple, l'autonomie individuelle des résidents de certaines institutions n'était pas respectée et les carences constatées dans d'autres composantes clés du système de santé, comme la fourniture d'informations sanitaires ou de médicaments essentiels et la dotation en personnel, ont également entravé l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des soins de santé¹¹⁰. Les pensionnaires étaient mal informés de leurs options de traitement et dans l'incapacité de contester les décisions prises à leur égard. L'étude a également révélé une pénurie de médicaments psychotropes indispensables dans de nombreux établissements ainsi qu'un manque de personnel, notamment de professionnels de santé mentale, qui affectaient la qualité des soins. Un rapport établi par le CPT en décembre 2020 a conclu que le déficit persistant de personnel suffisamment formé dans les établissements psychiatriques et les foyers sociaux d'un État membre avait conduit à des mauvais traitements systématiques infligés aux patients et à l'utilisation abusive des moyens de contention¹¹¹.

L'intensification dangereuse du placement en institutions des personnes âgées requérant des soins de longue durée en Europe doit également être traitée en priorité¹¹². Cette tendance est contraire à l'exigence de qualité concernant la conception de systèmes sanitaires et sociaux centrés sur les

personnes et sensibles au cycle de vie. En avril 2020, le Bureau régional de l'Europe de l'OMS a fait état d'un grand nombre de décès dans les établissements de soins de longue durée, en particulier de personnes âgées¹¹³. La non-prise en compte persistante de la situation et le manque de préparation de ce secteur ont contribué à la surmortalité des personnes âgées, par rapport à tout autre groupe, pendant la pandémie de covid-19¹¹⁴.

Un accès adéquat aux traitements anti-douleur est essentiel pour garantir des soins de santé de qualité. Malgré l'existence de médicaments peu coûteux et efficaces permettant de soulager les douleurs, des dizaines de millions de personnes dans le monde continuent d'endurer chaque année des souffrances modérées à fortes sans bénéficier d'un traitement, et ce pour diverses raisons, notamment l'incapacité à mettre en place des systèmes d'approvisionnement en médicaments fonctionnels ou des politiques de traitement de la douleur et de soins palliatifs, la piètre formation du personnel de santé, les réglementations et pratiques inutilement restrictives en matière de contrôle des médicaments et le coût artificiellement excessif des traitements antidouleur¹¹⁵.

La pandémie de covid-19 a eu une incidence marquée sur le respect des droits sexuels et reproductifs et sur l'accès aux services concernés, qui est un élément clé de l'obligation de garantir les droits humains des femmes et un moyen de faire progresser l'égalité de genre¹¹⁶. Plusieurs États ont refusé aux femmes la présence d'un compagnon de leur choix lors de l'accouchement, les privant ainsi de leurs droits à ce moment précis. En revanche, d'autres pays ont été capables d'élaborer de nouvelles approches qui respectent les droits des femmes tout en maintenant les protocoles de sécurité liés à la covid-19, démontrant ainsi que la pandémie peut offrir des possibilités d'innovation qui améliorent l'accès aux services de santé et renforcent ainsi la résilience de ces services¹¹⁷.

3.2 Un personnel de santé qualifié

Les États membres du Conseil de l'Europe se sont engagés à garantir la mise à disposition d'une main d'œuvre qualifiée et dotée de ressources financières suffisantes, en particulier des prestataires de services de santé et du personnel administratif et d'appui, dans les secteurs public et privé. Les professionnels de santé sont essentiels au renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne, des capacités de santé publique et de la préparation, de la surveillance et des interventions en cas de crise¹¹⁸.

Malgré ces engagements relatifs aux ressources humaines, le manque d'investissement et la sous-estimation constants du personnel de santé ont

affaibli la capacité de prestation des services de santé, laissant certains pays démunis face à l'envolée des demandes de soins provoquée par la covid-19 en raison de facteurs tels qu'une « fuite des cerveaux » dans certains États membres du Conseil de l'Europe ou une dépendance excessive à l'égard des travailleurs migrants dans d'autres. Le respect des droits de chaque travailleur à un environnement professionnel sûr et sain s'applique aussi bien au secteur public que privé dans le domaine de la santé et reste un droit fondamental même en période d'urgence sanitaire. La pandémie de covid-19 a exposé le personnel soignant et les travailleurs sociaux à divers problèmes de sécurité au travail, notamment des pénuries d'équipements de protection individuelle, essentiels pour les protéger du virus et éviter aussi qu'ils ne le propagent. Plus particulièrement les premiers mois de la pandémie, les personnes placées dans des établissements psychiatriques et leurs soignants ont été confrontés à des ruptures de stock importantes d'équipements de protection individuelle et de masques, les exposant ainsi à des risques accrus pour leur santé¹¹⁹. Ces pénuries ont fait courir les mêmes risques aux personnes en situation de handicap et à leurs assistants personnels.

Il est capital de prêter attention aux salaires et à la formation et d'investir dans ces domaines afin de disposer d'un effectif suffisant de professionnels de santé dotés de l'ensemble des compétences requises. Il n'existe pas de norme relative à la composition optimale du personnel de santé, mais il est à noter que l'emploi dans le secteur sanitaire a perdu de son attrait dans beaucoup d'États membres du Conseil de l'Europe, en raison notamment des salaires anormalement bas, des horaires de travail excessifs et de l'insuffisance des mesures prises pour réduire le stress et améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. La pénurie de personnel de santé a compromis la sécurité sur le lieu de travail, la mise en quarantaine requise des soignants exposés à la covid-19 faisant peser une pression supplémentaire sur les professionnels de santé qualifiés. La nécessité de répondre aux exigences extrêmes de la crise de la covid19 dans un contexte marqué par le manque de personnel et de ressources ou opérant régulièrement au maximum des capacités amplifie les lacunes actuelles dans l'accès aux soins et nuie à la qualité de la réponse à la pandémie¹²⁰.

La surcharge de travail et le bilan très lourd en vies humaines liés à la covid-19 ont mis à rude épreuve la santé physique et mentale du personnel de santé et des services sociaux. Certains États ont apporté un soutien psychologique, financier et pratique pour protéger la santé mentale et le bien-être des professionnels de santé et leur permettre de remplir leur mission pendant la crise¹²¹. Ainsi, l'Arménie, la Lettonie et la Macédoine du Nord ont versé des primes aux personnels de santé et de nombreux pays ont élargi les possibilités de garde d'enfants. La reconnaissance de leur

rôle vital met en lumière la nécessité de respecter en toute circonstance leur contribution décisive grâce à des rémunérations appropriées et des investissements constants permettant de garantir des effectifs suffisants. La question de la ségrégation sur le marché du travail et de la surreprésentation des femmes dans les postes de soins à la personne faiblement rémunérés doit également être abordée¹²².

Les défis posés par la covid-19 sont une occasion d'innover et de transformer les programmes de formation des futurs médecins, personnels soignants et travailleurs sociaux. Les améliorations et les réformes doivent être poursuivies en consultation avec un large éventail de représentants des professionnels de santé. Un recours accru à des solutions numériques ou de télésanté innovantes pourrait contribuer à remédier à certains problèmes de capacité des systèmes de santé, notamment la pénurie de personnel, qui a nui à la disponibilité de soins primaires et préventifs de qualité, parmi lesquels les soins prénatals. L'Allemagne et l'Italie ont adapté leur offre de soins de santé maternelle, développé l'utilisation de la télésanté lorsque les circonstances s'y prêtent et augmenté le nombre et la portée des réunions de coordination pour partager les informations¹²³.

Dans toute l'Europe, les personnes appartenant à des groupes minoritaires, notamment les personnes LGBTI, les personnes en situation de handicap, les Roms, les migrants et les travailleurs du sexe, ont fait état d'attitudes discriminatoires et négatives lors de l'accès aux services de santé, se traduisant par une dégradation significative de leurs résultats en matière de santé¹²⁴. Ces attitudes, liées à une stigmatisation sociale fondée sur les préjugés et la partialité des soignants, sont souvent imputables à un manque de formation et de connaissances du personnel de santé. L'éducation aux droits de l'homme et à la non-discrimination devrait figurer dans tous les cursus de formation des professionnels de santé, au même titre que la problématique LGBTI. Les contenus devraient être élaborés en concertation avec des représentants du personnel de santé et ceux des groupes concernés. La modification des programmes d'études médicales ainsi que la formation et la sensibilisation des soignants peuvent aider ces derniers à tenir compte des différences et à les respecter davantage. Il est essentiel que les identités LGBTI ne soient pas pathologisées ou leur corps médicalisé par le personnel de santé¹²⁵.

3.3 Le financement du secteur de la santé

Sans un financement correct et transparent, les systèmes de santé ne pourront pas répondre aux besoins de santé individuels et collectifs. Les États membres du Conseil de l'Europe financent et organisent de diverses manières leurs systèmes de santé publique. Quelles que soient les solutions

retenues, ils se sont tous engagés à progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle grâce à des mécanismes de financement de la santé assurant des soins de qualité pour tous¹²⁶. Cet engagement exige que des fonds publics suffisants, provenant de la fiscalité générale et/ou des cotisations obligatoires à l'assurance maladie, soient alloués au système de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Le droit à la santé s'applique en toute circonstance, que le système de santé soit financé par des fonds publics ou privés¹²⁷. La plupart des États disposent d'un système panachant régime obligatoire d'assurance maladie financé par l'État et caisse d'assurance maladie privée. Cependant, la prestation privée de services de santé ne change en rien le rôle de l'État en tant que garant ultime du droit à la santé pour tous. Les régimes privés d'assurance maladie remplissent des fonctions différentes dans chaque pays et peuvent permettre d'élargir la palette des choix individuels. Mais il apparaît également qu'ils contribuent à l'inégalité d'accès aux soins de santé et ne permettent pas d'aider à contenir les coûts ou à renforcer l'efficacité¹²⁸. Il incombe aux États d'adopter des cadres réglementaires solides et d'instaurer un contrôle efficace des régimes d'assurance privés afin de déceler et d'éliminer les pratiques d'exclusion telles que le fait de limiter les affiliations aux personnes riches et à faible risque, un facteur contribuant aux inégalités en santé. Pour protéger le droit à la santé, les États doivent veiller, au moyen de mesures de réglementation et d'application appropriées, à ce que les prestataires de santé et les organismes d'assurance maladie privés et publics facilitent l'accès à des soins de qualité sur une base non discriminatoire.

À la suite de la crise financière de 2008, de nombreux États européens ont mis en place des mesures d'austérité résultant en une réduction du financement de la santé publique, lesquelles ont contribué à des lacunes dans la couverture des services de santé¹²⁹. Il est clairement démontré que les réductions budgétaires affectant les soins primaires et les dépenses de santé publique ont un effet négatif sur les résultats en matière de santé et notamment sur l'espérance de vie¹³⁰.

Les mesures d'austérité, par exemple l'introduction de la participation financière des utilisateurs aux services de base, ont fragilisé les soins de santé primaires dans de nombreux États membres ainsi que les fondements des systèmes de santé¹³¹. Ainsi, en Espagne, les mesures d'austérité auxquelles les professionnels de la santé s'étaient largement opposés auraient entraîné une augmentation des problèmes de malnutrition et de santé mentale, et renforcé le sentiment de dégradation de la qualité des soins et de l'état de santé¹³². La politique de rigueur nuit grandement à l'inclusion, frappant le plus durement les personnes marginalisées et vulnérables, celles bénéficiant de petits revenus ou de faibles revenus fixes, notamment les

personnes âgées, les enfants et les personnes en situation de handicap qui sont les plus touchées. En Suède, les mesures d'austérité, en particulier la limitation des services publics et les réductions fiscales, sont associées au pourcentage élevé (45 %) de décès liés à la covid-19 de personnes âgées placées en institution et au manque d'unités de soins intensifs au cours du premier semestre 2020¹³³. Les économies à court terme, telles que les réductions de personnel, des stocks de médicaments et d'équipements de protection individuelle, peuvent avoir des conséquences importantes à long terme sur la résilience des systèmes de santé. Un investissement public soutenu et durable dans les différentes composantes du système de santé, y compris dans le personnel, est essentiel pour garantir des systèmes de santé inclusifs¹³⁴.

La collecte de données ventilées sur l'impact du financement de la santé permettra aux pays d'identifier comment et où les décisions en matière de financement et d'investissement peuvent contribuer à réduire les écarts dans l'accessibilité des services de santé. Les ministères de la Santé doivent travailler en collaboration avec des économistes du secteur pour déterminer les besoins d'investissement nécessaires à des systèmes de santé inclusifs, efficaces et efficaces afin d'accroître leur résilience à moyen et long terme et de combler les lacunes en matière d'équité. Au lendemain de la pandémie, il conviendra de ne pas répéter les erreurs commises lors de la crise économique précédente en réduisant les capacités du système de santé.

3.4 L'accès aux médicaments et vaccins essentiels

En vertu du droit à la santé, l'accès aux médicaments essentiels pour tous est une obligation fondamentale et devrait faire partie des programmes nationaux de couverture sanitaire universelle. L'industrie pharmaceutique a joué un rôle incontestable dans ce contexte, en investissant massivement dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments. Si elle reste un acteur clé de la santé, des inquiétudes ont été exprimées ces dernières années quant à l'envolée des prix des médicaments, qui se traduit par des coûts particulièrement exorbitants pour les traitements anticancéreux et contre l'hépatite C¹³⁵. En conséquence, les systèmes de santé publique sont confrontés à des augmentations constantes des coûts dans ce domaine, ce qui met en péril leur capacité à remplir leur rôle. Afin d'assurer la viabilité de ces systèmes et l'accessibilité de médicaments abordables et innovants dans le long terme, les États membres devraient renforcer leur coopération avec l'OMS et soutenir ses efforts visant à accroître la transparence concernant les coûts réels de la recherche et du développement pharmaceutiques, et à proposer des alternatives aux

modèles actuels d'innovation et de production pharmaceutiques fondés sur les brevets.

Pour permettre à tous l'accès à des médicaments de qualité, la recherche médicale doit également prendre en compte l'égalité de genre. Dans le passé, les femmes étaient exclues de la plupart des essais cliniques en raison de la perception de risques potentiels liés à la procréation. De ce fait, la plupart des médicaments actuellement sur le marché ont été homologués sur la base d'essais cliniques menés sur des personnes de sexe masculin¹³⁶. L'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes préconise d'investir davantage dans une recherche médicale et des services de santé prenant en considération l'impact du sexe et du genre sur les différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne l'état de santé¹³⁷. Certains États membres fixent encore un âge minimum pour pouvoir bénéficier de certains médicaments, notamment l'hormonothérapie pour les personnes transgenres¹³⁸.

La crise de la covid-19 a mis en évidence l'importance de protéger les chaînes d'approvisionnement en dispositifs médicaux essentiels, dont les médicaments et les équipements. Dans les premiers mois de la pandémie, les pénuries de fournitures médicales clés, y compris de tests de dépistage et de respirateurs, ont été à l'origine de morts inutiles dans de nombreux pays. Lorsque des pandémies virales se développent au sein d'une population, l'évolution du virus donne lieu à des variants qui génèrent une pression supplémentaire sur le système de santé. Bloquer la transmission, par le biais de tests et de vaccins, réduit les possibilités de mutation du virus.¹³⁹ Les ruptures dans les chaînes d'approvisionnement ont également généré des pénuries d'autres médicaments et traitements et empêché l'accès de certaines femmes à leurs droits sexuels et reproductifs, notamment à la contraception d'urgence¹⁴⁰. Il a aussi été fait état d'interruptions dans les soins prodigués aux personnes transgenres et intersexes¹⁴¹.

Le lancement du vaccin contre la covid-19 en Europe soulève des questions éthiques et logistiques qui mettront à l'épreuve l'inclusivité et la résilience des systèmes de santé. Les discussions d'ordre éthique à propos des groupes prioritaires pour la vaccination doivent être transparentes et ouvertes¹⁴². Il faut mettre en oeuvre des stratégies afin d'éviter des inégalités d'accès au vaccin, telles que la vaccination payante et des risques de manipulation du système. De telles stratégies devraient également être adaptées aux besoins de ceux qui sont systématiquement désavantagés dans l'accès aux soins de santé. Une planification efficace de la distribution des produits exige la participation de nombreux partenaires extérieurs au secteur de la santé et une coopération transfrontalière pour assurer une répartition juste et équitable des vaccins au niveau mondial, ce qui est une condition préalable essentielle à la relance post-covid-19. Les rapports

faisant état d'un « nationalisme en matière de vaccin », dans lequel les pays les plus riches accaparent les stocks disponibles, laissant les autres dans l'incapacité de vacciner même leurs populations les plus vulnérables, sont profondément alarmants¹⁴³. Il convient de soutenir les initiatives visant à créer des mécanismes de partage des risques au niveau mondial, par le biais d'achats groupés et de distribution équitable des vaccins contre la covid-19, car elles permettent un accès équitable pour tous les pays, qu'ils soient riches ou pauvres, à une immunisation efficace¹⁴⁴.

3.5 La recherche, l'information et la communication en matière de santé

Un système fonctionnel d'information et de recherche en santé est essentiel pour veiller à ce que les autorités sanitaires et les autres parties prenantes disposent de données actualisées leur permettant d'évaluer les politiques et d'améliorer les performances du système de santé. Les mécanismes de suivi et de collecte de données sanitaires ventilées devraient, de par leur conception, être prospectifs et faciliter l'identification des lacunes qui se font jour ou des évolutions démographiques pertinentes. À titre d'exemple, l'impact du vieillissement de la population sur la demande de services de santé et l'accès à ces derniers constituera un défi de plus en plus important dans toute l'Europe, nécessitant des recherches et des données interdisciplinaires en matière de santé d'excellente qualité¹⁴⁵.

Le suivi de la disponibilité des différents services de santé est également crucial lorsqu'il s'agit de recenser les problèmes d'accès et de couverture. Celui-ci devrait porter sur des données telles que le pourcentage de la population confrontée à des difficultés d'accès aux soins de santé en raison de leur éloignement ou de problèmes de transport, ou encore sur la disponibilité de supports éducatifs, présentés dans des formats respectueux de la diversité culturelle et accessibles. Le processus devrait également inclure le suivi des temps d'attente pour accéder aux services curatifs, mais aussi de prévention ou de promotion de la santé¹⁴⁶. Les États sont appelés à recueillir les informations, dans le respect des garanties européennes en matière de protection des données, s'agissant des facteurs de stratification multiples, dont l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles, le handicap, l'emplacement géographique et le milieu socioéconomique, et mener des enquêtes qualitatives pour comprendre les lacunes en termes de couverture des services et les pénuries de personnel de santé. Les systèmes d'information et de recherche en santé jouent également un rôle essentiel dans la planification de l'état de préparation aux situations d'urgence. Des investissements soutenus dans ces domaines contribueront à une meilleure préparation

des États membres du Conseil de l'Europe aux futures crises sanitaires. Il est également important de partager largement les bénéfices de la recherche scientifique afin que les nouvelles options en matière de traitement des maladies non-contagieuses soient plus accessibles au niveau mondial.

La covid-19 a mis en évidence l'importance de renforcer la confiance dans la recherche scientifique et les politiques publiques, grâce notamment à des stratégies bien conçues et adaptables de communication sur la santé garantissant une diffusion rapide, transparente et précise des nouvelles connaissances scientifiques dans des formats accessibles¹⁴⁷. Tout particulièrement dans les situations de crise, lorsque la sensibilisation de la population est essentielle, les restrictions au libre accès à l'information ou la tendance à ressasser les erreurs passées ou les incertitudes restantes, ou à émettre des avertissements généraux et non fondés, au lieu d'apaiser les inquiétudes des citoyens risquent fort d'éroder la confiance et la solidarité, compromettant ainsi l'efficacité des mesures prises pour faire face à la crise. « L'infodémie » sur la covid-19 a montré combien une communication transparente est essentielle pour permettre au public de comprendre la situation, prendre des décisions éclairées, détecter la désinformation et limiter les rumeurs. Dans le cadre d'une déclaration conjointe, plusieurs institutions des Nations Unies ont appelé instamment les États Membres à mobiliser et à écouter leurs communautés au moment où ils élaborent leurs plans d'action nationaux, et à donner à ces communautés les moyens de concevoir des solutions et de lutter contre la diffusion d'informations fausses et trompeuses¹⁴⁸.

Dans le même ordre d'idées, l'impact des programmes préventifs de santé publique, tels que le dépistage massif du cancer ou les campagnes de vaccination infantile, est affaibli dès lors que la communication et l'éducation sanitaires ne font pas partie des domaines prioritaires¹⁴⁹. L'instruction en matière de santé dans les écoles, via des méthodes accessibles et adaptées à l'âge, contribue également à sensibiliser le public à l'importance des activités de promotion de la santé, favorisant ainsi l'autonomisation dans la prise de décision y afférente dès le plus jeune âge.

Pour certaines personnes handicapées, l'accès à des informations vitales sur la covid-19 a constitué un véritable défi¹⁵⁰. Les États doivent veiller à la production rapide d'informations pour tous, y compris en langue des signes, en braille et dans des versions « faciles à lire ». Les pays doivent également garantir la mise à disposition d'informations sur la santé dans les langues régionales et minoritaires afin que l'ensemble de la population soit informé sans délai et encouragé à adopter les mesures incitatives et préventives appropriées¹⁵¹.

3.6 Un leadership et une bonne gouvernance

La crise de la covid-19 a montré très clairement l'importance d'une gouvernance efficace. Dans leur analyse des principaux enseignements à tirer pour développer la résilience des systèmes de santé face à la pandémie, les experts ont souligné le rôle central du leadership et de la bonne gouvernance¹⁵². Les pouvoirs locaux et régionaux, en particulier, ont été en première ligne dans la lutte contre la propagation de la pandémie et l'atténuation de son impact sur la société.

La bonne gouvernance et le leadership sont indissociables de toutes les autres composantes des systèmes de santé, notamment des vastes processus permettant aux États de respecter leurs engagements juridiques et politiques. Si l'utilisation stratégique des informations et de la recherche en matière de santé est un volet fondamental de la fonction de leadership et de gouvernance, une gouvernance efficace suppose également l'engagement et la réglementation des acteurs du secteur privé, à but lucratif ou non. Dans la plupart des pays, le ministère de la Santé joue le rôle de régulateur et de chef de file dans la gouvernance du secteur de la santé, un rôle qui peut être partagé avec d'autres ministères nationaux et les autorités locales à des niveaux décentralisés.

Un système de santé inclusif et résilient, fondé sur une couverture universelle et desservant les personnes défavorisées, est prêt à répondre efficacement aux urgences de santé publique. La préparation aux situations d'urgence nécessite des mécanismes de gouvernance intégrés à même de soutenir un processus continu de planification, de mise en œuvre, de suivi et de révision des plans nationaux et infranationaux de préparation et d'intervention en cas de pandémie. Les systèmes bien préparés sont davantage en mesure de faire face à une hausse soudaine de la demande, permettant ainsi de sauver des vies et d'atténuer potentiellement les effets collatéraux sur la société¹⁵³.

Un leadership fort est également requis pour résister aux pressions visant à amputer les financements alloués à la préparation aux situations d'urgence en période de crise économique. Dans la Déclaration politique de 2019 sur la couverture sanitaire universelle, les dirigeants politiques se sont engagés à « renforcer les systèmes de préparation et d'intervention sanitaires d'urgence, ainsi que les capacités aux niveaux national, régional et international, notamment pour atténuer les effets des changements climatiques et des catastrophes naturelles sur la santé »¹⁵⁴.

La solidarité et la coopération sont des éléments clés d'une bonne gouvernance. La solidarité mondiale a stimulé les travaux de recherche d'un vaccin contre la covid-19 et il sera particulièrement important de

garantir un financement et une distribution continus à l'échelle planétaire. Le soutien des États membres du Conseil de l'Europe aux efforts de production, d'achat et de distribution de vaccins au niveau mondial sera un bon indicateur de l'engagement européen en faveur de la solidarité mondiale et de la reconnaissance du fait que le vaccin doit être accessible partout, pour assurer la sécurité de chacun¹⁵⁵.

Enfin, une bonne gouvernance digne de ce nom exige d'adopter une approche holistique des politiques publiques dite « la santé dans toutes les politiques », fondée sur les droits. Les mesures de restriction ont affecté la jouissance des droits de l'homme de tout un chacun, mais certaines catégories de la population, notamment les personnes handicapées, les personnes âgées, les enfants et les migrants, ont été notablement plus impactées par les mesures de confinement liées à la covid-19¹⁵⁶. L'accumulation des conséquences sociales, économiques et sanitaires de ces confinements a contraint les gouvernements à réfléchir attentivement à la mise en place de réponses plus ciblées, permettant d'assouplir certaines restrictions sans que l'infection ne se propage de manière exponentielle. La fermeture prolongée des écoles a par exemple généré des coûts économique et sociaux excessifs à court, moyen et long terme.¹⁵⁷ En plus de tirer les leçons du passé, la bonne gouvernance nous impose d'anticiper et de redoubler d'efforts pour faire face aux risques sanitaires actuellement connus. Cela inclut le fait d'identifier et de combattre le changement climatique en tant que moteur des nouvelles menaces sanitaires, d'améliorer la coordination à l'échelle régionale et internationale au profit de l'approche « Une seule santé » et de renforcer le leadership multilatéral¹⁵⁸.

Chapitre 4

Les principaux déterminants sociaux de la santé

Outre l'existence de systèmes de santé inclusifs et résilients, des recherches approfondies ont permis de mettre en évidence quatre déterminants sociaux essentiels à la création et au maintien de conditions propices au droit à la santé pour tous, à savoir la sécurité des revenus et la protection sociale, des conditions de vie satisfaisantes, l'éducation, et des conditions de travail et d'emploi décentes. Ces facteurs fondamentaux sont interdépendants et doivent être abordés dans leur globalité pour contribuer à la mise en place de systèmes de santé inclusifs et résilients ainsi qu'à de bons résultats en matière de santé au niveau individuel et à l'échelle d'une population. La stigmatisation et la discrimination existantes viennent souvent amplifier les déterminants sociaux examinés ci-après, rendant certains groupes particulièrement vulnérables, notamment les Roms, les personnes LGBTI, les personnes âgées, les migrants et autres.

4.1 Sécurité des revenus et protection sociale

Les différences en termes de sécurité des revenus et de protection sociale constituent le principal problème le plus souvent associé aux inégalités en santé au sein des pays de la région européenne de l'OMS. Quelque 35 à 46 % des inégalités en santé autodéclarées, en santé mentale et en satisfaction par rapport à la vie citées y sont liées¹⁵⁹. La corrélation entre des niveaux de revenus faibles et un mauvais état de santé a été établie de longue date, et les données probantes montrent clairement la nécessité de mener des efforts concertés dans le domaine de la sécurité sociale pour améliorer les résultats en matière de santé de toute personne¹⁶⁰. En vertu du Code européen de sécurité sociale (révisé) adopté en 1990, les États s'engagent à faire des progrès dans de nombreux aspects de la protection sociale, notamment les pensions de vieillesse, ou les prestations de chômage et d'invalidité¹⁶¹.

L'insécurité et la non-maîtrise des revenus ont de fortes répercussions sur la santé. Les personnes qui sont au plus bas de l'échelle sociale des nations industrialisées sont plus souvent exposées à l'anxiété et au stress, et donc au risque de maladie grave et de décès prématuré¹⁶². Bien que l'espérance de vie moyenne dans les 52 pays de la région européenne de l'OMS ait augmenté dans l'ensemble, les inégalités en matière de santé restent importantes entre les groupes sociaux. Ainsi, lorsqu'une personne appartient à l'un des groupes les plus défavorisés, elle verra son espérance de vie réduite, d'une durée pouvant aller jusqu'à sept ans pour une femme et jusqu'à 15 ans pour un homme. Autre constat inquiétant : les écarts en matière de santé entre les groupes socioéconomiques augmentent avec l'âge¹⁶³. La pandémie de covid-19 a mis en évidence de façon alarmante un lien direct entre pauvreté et hausse de la mortalité consécutive à l'infection¹⁶⁴.

Au cours des deux dernières décennies, de nombreux travailleurs ont connu une détérioration de leurs conditions d'emploi, souvent accompagnée de garanties de protection sociale insuffisantes. Deux évolutions, à savoir la multiplication des contrats précaires, tels que les contrats « zéro heure » et les politiques de l'emploi qui incitent à remplacer les contrats de travailleurs salariés par des contrats de « faux indépendants », ont renforcé l'insécurité économique, contrairement aux objectifs de la Charte sociale européenne et du Code européen de sécurité sociale¹⁶⁵. La crise de la covid-19 a mis en exergue les conséquences de ces mesures dans de nombreux pays et tient lieu de signal d'alarme pour les États membres du Conseil de l'Europe pour qu'ils ratifient les instruments européens dans les domaines des droits sociaux et de la sécurité sociale, tels que la Charte révisée, sa procédure de réclamations collectives et le Code européen de sécurité sociale.

Il est également crucial de bien comprendre la dimension de genre de la sécurité des revenus et de la protection sociale, et d'en tenir compte, afin d'améliorer les résultats en matière de santé pour tous et tout au long de la vie. L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et la plus forte propension des femmes à travailler à temps partiel et dans des secteurs moins valorisés sur le plan économique, comme l'enseignement primaire et les métiers des soins à la personne, contribuent tous deux à la différence du montant des pensions entre les sexes, ainsi qu'à l'insécurité des revenus et à la pauvreté à un âge plus avancé. Le Comité européen des droits sociaux (CEDS) a constaté des violations du droit à l'égalité de rémunération et du droit à l'égalité des chances dans la vie professionnelle dans 14 des 15 pays appliquant la procédure de réclamations collectives de la Charte sociale européenne, ce qui démontre le potentiel de ce mécanisme pour ce qui est de la promotion des droits sociaux, dont le droit à la santé¹⁶⁶.

4.2 Conditions de vie

Les conditions de vie, qui comprennent l'offre de logements, la pauvreté énergétique, les conditions environnementales, telles que la qualité de l'eau et de l'air ou l'accès aux espaces verts, et l'insécurité dans certains quartiers, sont associées à quelque 22 à 30 % des inégalités en santé, en santé mentale et en satisfaction par rapport à la vie identifiées dans les données autodéclarées¹⁶⁷. La Commissaire aux droits de l'homme a mis en évidence l'importance du logement, notamment la nécessité de trouver des solutions à long terme pour les personnes sans abri, en tant que moyen essentiel de promouvoir le droit à la santé¹⁶⁸.

Selon les recherches menées, les logements et environnements intérieurs de mauvaise qualité peuvent causer ou contribuer à l'apparition de maladies et de traumatismes évitables, notamment des maladies respiratoires, neurologiques et cardiovasculaires, et des cancers. Un environnement urbain dégradé, caractérisé par une pollution atmosphérique et sonore et un manque de possibilités de mobilité, présente également des risques pour la santé. Une étude française a montré que le taux démesurément élevé d'infections au coronavirus dans certains quartiers était principalement lié à des logements surpeuplés et insalubres, où il est souvent impossible d'appliquer correctement les mesures sanitaires en raison du manque d'accès à de l'eau propre et à des installations d'assainissement¹⁶⁹. L'incidence de la crise de la covid-19 sur les revenus n'a fait qu'aggraver encore le problème du manque de logements abordables dans de nombreux pays, mettant ainsi en lumière la nécessité d'initier une réflexion dans ce domaine et de déployer des efforts supplémentaires pour honorer les engagements pris au titre de l'article 31 de la Charte sociale européenne garantissant le droit au logement, qui fait partie intégrante de la réalisation du droit à la santé. Le rapport de situation sur l'équité en santé, établi en 2019 par l'OMS, montre que le moyen le plus rentable de combler l'écart en matière de santé est d'investir davantage dans le logement et les équipements publics¹⁷⁰.

Dans l'Europe entière, le sentiment d'insécurité et la peur de la criminalité ou de la violence éprouvés à l'égard de son quartier d'habitation contribuent au développement de problèmes de santé mentale, en particulier chez les femmes¹⁷¹. De plus en plus d'éléments probants montrent également que les environnements dangereux ont des conséquences préjudiciables directes sur la santé humaine, certaines estimations établissant que l'environnement est responsable de près de 20 % de tous les décès dans la région européenne de l'OMS¹⁷². Plus de neuf personnes sur dix dans le monde respirent un air pollué, et la pollution est à l'origine d'un tiers des décès par accident vasculaire cérébral, maladie cardiovasculaire ou maladie respiratoire. L'Agence européenne pour l'environnement estime que la

pollution atmosphérique cause près d'un demi-million de décès prématurés chaque année dans la seule Union européenne, et l'OMS, qu'elle réduit de presque une année l'espérance de vie de chaque Européen¹⁷³.

La santé humaine est ainsi intimement liée à l'état de l'environnement naturel. La protection durable et urgente des écosystèmes, sur lesquels reposent la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale, constitue un défi mondial majeur qu'il convient de relever. L'Europe devrait jouer un rôle moteur, en soutenant notamment les efforts des Nations Unies visant à obtenir la reconnaissance officielle du droit à un environnement sain¹⁷⁴ ainsi que la participation au processus de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, et la ratification de la Convention d'Aarhus sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement, qui est le premier traité international à reconnaître « le droit de chacun, dans les générations présentes et futures, de vivre dans un environnement propre à assurer sa santé et son bien-être ». En Europe et au-delà, les droits de l'homme et les droits à la santé des populations marginalisées sont affectés de manière disproportionnée par la dégradation de l'environnement et l'urgence climatique. La résolution de ces problèmes exige une coopération européenne et mondiale.

4.3 Éducation

Même dans les lieux où les soins de santé sont garantis, les personnes ayant un faible niveau d'instruction ont tendance à être plus souvent malades. Selon les probabilités, les personnes qui suivent des études supérieures sont plus susceptibles de bénéficier d'avantages favorables à la santé, tels que des salaires plus élevés, des congés payés et des possibilités de départ anticipé à la retraite, tandis que celles moins instruites ont plus de chances d'exercer des professions à haut risque, offrant moins d'avantages. Par conséquent, la mise en place de systèmes éducatifs véritablement inclusifs permettant de garantir le droit de tous les enfants à l'éducation sans discrimination constitue également une importante mesure salubre pour la santé. Le Commissaire aux droits de l'homme d'alors a appelé les États à prendre des mesures urgentes pour mettre fin à la ségrégation scolaire sous toutes ses formes, qui continue de toucher particulièrement les enfants roms, les enfants handicapés, les enfants issus de l'immigration et d'autres enfants, selon leur situation sociale ou personnelle (comme les enfants placés en institution et les enfants qui ont maille à partir avec la justice des mineurs)¹⁷⁵.

Les études révèlent que la constitution d'un capital social et humain par l'éducation, la cohésion sociale et la confiance donne aux personnes et

aux communautés les moyens de mieux maîtriser leur vie et leur santé¹⁷⁶. Il a été démontré que l'éducation, en particulier, a des effets positifs sur la santé tout au long de la vie : elle procure des opportunités d'emploi et de revenu accrues, de meilleures conditions de vie, davantage de confiance en soi et une instruction plus solide, notamment l'instruction en santé¹⁷⁷. L'apprentissage tout au long de la vie présente également un grand intérêt, des recherches ayant montré que la formation continue peut influencer positivement sur la satisfaction par rapport à sa vie et sur la santé mentale, de même qu'elle peut induire des changements comportementaux favorables à la santé, tels que le sevrage tabagique, les modes de vie actifs, une alimentation saine. La Commissaire aux droits de l'homme a mis en avant l'importance de dispenser une éducation à la sexualité complète à tous les enfants, en particulier aux filles¹⁷⁸.

En Grèce, un programme sanitaire axé sur l'amélioration de l'inclusion sociale des Roms illustre la manière dont des communautés autrement marginalisées peuvent être autonomisées en utilisant l'éducation comme une approche innovante pour améliorer la santé¹⁷⁹. Ce programme a fait appel à des médiateurs roms qui avaient une connaissance approfondie du romani et de la culture rom et qui ont travaillé en étroite collaboration avec les communautés roms, afin de les sensibiliser à l'importance de la promotion de la santé, des soins préventifs et de la vaccination.

Des recherches récentes indiquent que l'épidémie de la covid-19 a des répercussions négatives sur la santé mentale des enfants et des adolescents, dues notamment aux effets de la fermeture des écoles qui a conduit à la rupture des habitudes et des liens sociaux.¹⁸⁰

4.4 Conditions d'emploi et de travail

L'emploi procure des avantages sociaux, psychologiques et financiers évidents qui contribuent à améliorer la santé. Au-delà des satisfactions matérielles et liées au statut, le travail rémunéré influe également sur l'intégration sociale, le rayonnement et la raison d'être des individus. Chez les hommes, le chômage de longue durée est un facteur prédictif d'une consommation excessive d'alcool plus fréquente. Cette incidence différenciée du chômage selon le sexe contribue également aux risques accrus de maladies cardio-vasculaires chez les hommes et à l'adoption de comportements susceptibles de mettre en danger leur santé, comme les conduites accidentogènes, les actes délictueux ou de violence. Dans l'ensemble, le taux d'emploi des personnes handicapées est bien plus faible que celui de la population générale en Europe, en raison des multiples obstacles qui entravent leur participation au marché du travail, notamment le manque d'accessibilité, les préjugés sur leurs niveaux de

compétences, la discrimination et la réticence des employeurs à procéder à des aménagements raisonnables des lieux de travail¹⁸¹.

Une question importante du point de vue de la santé n'est pas seulement de savoir si une personne a un emploi ou est au chômage et quelle est sa situation contractuelle, mais aussi les conditions de travail proprement dites. Les travailleurs peuvent être soumis à des facteurs de stress physiques et psychosociaux potentiellement néfastes pour la santé, dont des conditions dangereuses ou abusives, et au premier chef des heures de travail excessives¹⁸². Ces facteurs peuvent entraîner des maladies professionnelles ou exacerber d'autres problèmes de santé.

Les personnels de santé et les travailleurs sociaux, les préposés au nettoyage, les travailleurs agricoles, les employés des usines agroalimentaires et bien d'autres encore ont assuré des services essentiels pendant la pandémie de la covid-19 et ont été exposés à des risques importants pour eux-mêmes et leurs familles. Pour aider les travailleurs de ces secteurs à traverser cette période difficile, il est capital de mettre en place des mesures de sécurité et de santé adéquates et de créer un environnement de travail favorable.

Les travailleuses et travailleurs du sexe font face à des risques significatifs de violence physique et sexuelle et de criminalité, ainsi qu'à des extorsions et à des mesures policières coercitives. Malgré leurs besoins médicaux accrus, ces personnes se heurtent à d'importants obstacles pour garantir la réalisation de leur droit à la santé, en raison de la stigmatisation et de la marginalisation dont elles font l'objet¹⁸³. La protection des travailleurs est particulièrement complexe en ce qui concerne ceux qui occupent des emplois atypiques ou dans l'économie informelle, où une protection sociale et professionnelle adéquate fait souvent défaut. En outre, une forte proportion de ces travailleurs précaires est jeune, ou appartient à des groupes confrontés à plusieurs facteurs de discrimination et de stigmatisation au travail et dans la société, notamment les migrants¹⁸⁴.

La crise de la covid-19 a eu un impact disproportionné sur les conditions d'emploi et de travail des femmes. Non seulement ces dernières constituent la majorité des personnels de santé et des travailleurs sociaux et des vendeurs, mais les femmes et les filles ont également assumé un travail supplémentaire non rémunéré à la maison, notamment pour s'occuper des enfants en âge scolaire et des membres âgés ou malades de la famille. Il est primordial de prendre en compte les éventuels effets à long terme de la pandémie sur la vie professionnelle des femmes dans le cadre de la planification post-covid-19.

Notes de fin

1. La dénomination officielle du virus, telle que convenue par le Comité international de taxonomie des virus (International Committee on Taxonomy of Virus) est le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2).
2. Selon les [statistiques](#) fournies par le Centre de recherche sur les coronavirus Johns Hopkins.
3. Voir [la page consacrée aux activités thématiques](#) du Bureau de la Commissaire aux droits de l'homme, et notamment l'article du Carnet des droits de l'homme intitulé « [Tirer les leçons de la pandémie pour mieux réaliser le droit à la santé](#) », 23 avril 2020.
4. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les inégalités en santé comme des différences systématiques observées dans l'état de santé des différents groupes de population qui pourraient être réduites au moyen de politiques publiques équilibrées. « [10 faits sur les inégalités en matière de santé et leurs causes](#) », février 2017.
5. OMS, « [Santé et prospérité pour tous, tout au long de la vie : le Rapport de situation sur l'équité en santé](#) », 2019.
6. Abrams, E., et Szeferhe, S., « [COVID-19 and the impact of social determinants of health](#) », mai 2020.
7. Abimbola S., Topp S.M., « [Adaptation with robustness: the case for clarity on the use of 'resilience' in health systems and global health](#) », février 2017.
8. Voir la déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme, « [Les leçons à tirer des ravages causés par la pandémie de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée](#) », mai 2020.
9. Voir [l'article 19 de la CDPH](#) adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 24 janvier 2006.
10. Voir la Résolution 2329 (2020) « [Enseignements à tirer pour l'avenir d'une réponse efficace et fondée sur les droits à la pandémie de covid-19](#) », adoptée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) le 26 juin 2020.
11. L'OMS a défini les [six piliers](#) d'un système de santé qui servent de cadre utile pour leur évaluation et leur appréciation, janvier 2007.
12. Hanefeld, J., Reeves, A., Brown, C., Östlin, P., « [Achieving health equity : democracy matters](#) », novembre 2019.
13. Plusieurs États membres du Conseil de l'Europe ont soumis des notifications de [dérogation](#) à la Convention européenne des droits de l'homme.
14. European Centre for Economic and Policy Analysis and Affairs, « [The Impact of Covid-19 on Schools in Europe](#) », juin 2020.
15. Voir Kutzin, J. et Sparkes, S., Bulletin de l'OMS, « [Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience](#) », 2016.
16. Voir note de fin n° 7.

17. Voir Conseil de l'Europe, [déclaration](#) de la Secrétaire Générale et « [Une contribution du Conseil de l'Europe aux efforts des États membres face aux défis du secteur de la santé dans le contexte de la crise sanitaire actuelle et au-delà](#) », 17 septembre 2020.
18. Voir la page « [Constitution](#) » de l'OMS. Tous les États membres du Conseil de l'Europe sont membres de l'OMS, 1946.
19. Voir la [Déclaration universelle des droits de l'homme](#), 1948.
20. L'article 12-2(c) du [PIDESC](#) dispose que les États parties doivent prendre les mesures nécessaires concernant « la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ».
21. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, « [Observation générale n°14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint](#) », août 2000.
22. OMS et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « [Fiche d'information sur le droit à la santé](#) », 2008.
23. L'Observation générale n°14 indique que les « obligations fondamentales » inhérentes au droit à la santé prévoient au minimum : 1. De garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ; 2. D'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale [...], à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ; 3. De fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis par l'OMS ; 4. De veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ; 5. D'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé.
24. Selon l'Observation générale « un État partie ne peut absolument dans aucun cas justifier l'inexécution des obligations fondamentales ».
25. Voir, par exemple, le [Quatrième rapport spécial](#) sur l'enquête publique lancée au Royaume-Uni concernant la réponse du gouvernement à la pandémie de covid-19, et le lancement des travaux, en octobre 2020, de [la première commission d'enquête sur la covid-19](#) dans la région de Lombardie, Italie. La France a également mis en place une [commission d'enquête parlementaire](#) sur la gestion de la crise du coronavirus.
26. Voir l'article 12 de la Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ([CEDEF](#)), l'article 24 de la Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant ([CRC](#)), et les articles 25, 26 et 4.3 de la Convention de 2007 relative aux droits des personnes handicapées ([CDPH](#)).
27. La sécurité sanitaire mondiale est [définie](#) comme « l'ensemble des activités, tant préventives que correctives, mises en œuvre pour réduire au minimum la vulnérabilité à des événements sanitaires graves menaçant l'état de santé collectif des populations, quelles que soient les régions géographiques ou les frontières qui les séparent ».
28. Le 30 janvier 2020, l'OMS a [déclaré que la flambée de nouveau coronavirus constituait une urgence de santé publique de portée internationale](#) (USPPI), le plus haut niveau d'alarme de l'OMS, qui exige de tous les États une réponse dans le cadre de huit capacités principales : 1. Législation, politique et financement nationaux. 2. Coordination et communications des points focaux nationaux. 3. Surveillance. 4. Réponse. 5. Préparation 6. Communication des risques 7. Ressources humaines 8. Services de laboratoire.
29. Cour européenne des droits de l'homme, « [Fiche thématique sur la santé](#) », octobre 2020.

30. [L'article 35](#) de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dispose que : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».
31. Voir la [Communication de la Commission sur la mise en place d'un socle européen des droits sociaux](#) du 26 avril 2017. Le principe 16 sur la santé déclare que « Toute personne a le droit d'accéder, à des prix abordables et dans des délais raisonnables, à des soins de santé préventifs et curatifs de qualité ».
32. Voir la [Charte sociale européenne](#) (STE n° 035) et la [Charte sociale européenne \(révisée\)](#) (STE n° 163) du Conseil de l'Europe.
33. Voir les [Décisions et conclusions du Comité européen des droits sociaux](#), décembre 2018.
34. Voir [l'Observation interprétative](#) sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, adoptée par le CEDS le 22 avril 2020.
35. Voir le [Protocole additionnel à la Charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives](#) (STE n° 158).
36. Voir les réclamations n° [173/2018](#) (Commission internationale de juristes (CIJ) et Conseil européen sur les réfugiés et exilés (ECRE) c. Grèce), [185/2019](#) (Centre européen pour les Droits des Roms (CEDR) c. Belgique) et [195/2020](#) (Centre européen pour les Droits des Roms (CEDR) c. Belgique).
37. [Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants](#) du Conseil de l'Europe (STE n° 126).
38. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (2020), [Déclaration de principes](#) relative au traitement des personnes privées de liberté dans le contexte de la pandémie de coronavirus (COVID-19).
39. CEDS (2013) [Informations destinées à la presse](#) : conclusions 2013/xx-2, Observation interprétative sur l'article 13.
40. Voir le Code européen de sécurité sociale (révisé) du Conseil de l'Europe, [STE n° 139](#), 1990.
41. Voir la Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine, [STCE n° 164](#), 1997.
42. Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne (révisée), [STCE n° 163](#), 3 mai 1996.
43. Voir CEDS, [l'Observation interprétative](#) sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, avril 2020.
44. Voir l'article du Carnet des droits de l'homme intitulé « [Tirer les leçons de la pandémie pour mieux réaliser le droit à la santé](#) », 23 avril 2020.
45. Voir Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne et Conseil de l'Europe, « [Manuel de droit européen en matière de non-discrimination](#) », 2018.
46. On parle de discrimination perçue lorsque les personnes interrogées déclarent avoir été traitées d'une manière qui leur a inspiré un sentiment d'humiliation, en raison de leur origine ethnique/race, religion, sexe, orientation sexuelle, âge ou handicap. Voir Rivenbark, J.G., Ichou, M., « [Discrimination in health care as a barrier to care : experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey](#) », 2020, et Wamala S, Merlo J, Boström G, et al., « [Perceived Discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden](#) », 2007.

47. En avril 2019, le [CEDS a jugé la Bulgarie responsable](#) du traitement moins favorable des femmes roms dans l'accès aux services de santé procréative dans les hôpitaux publics, en particulier pendant la grossesse et l'accouchement, et a conclu à une violation de l'article E, lu en combinaison avec l'article 11§1, de la Charte en ce qui concerne l'accès à l'assurance maladie et aux soins de maternité pour les femmes Roms. Voir aussi le Centre européen pour les droits des Roms, « [Cause of Action. Reproductive Rights of Romani Women in Hungary](#) », et Center for Reproductive Rights, Poradňa pre občianske a ľudské práva, « [Vakeras Zorales – Speaking Out, Roma Women's Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia](#) », 2017.
48. Centre européen pour les droits des Roms, « [Hidden Health Crisis : A report by the European Roma Rights Centre](#) », 2013.
49. Voir le rapport de référence sur l'accès aux soins de santé des personnes LGBTI figurant dans le projet de la Commission européenne, « [Health4LGBTI : réduire les inégalités de santé vécues par les personnes LGBTI](#) », 2018.
50. Sherriff, N., Zeeman, L., McGlynn, N., et al., « [Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex \(LGBTI\) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States](#) », 2019.
51. Voir aussi Conseil des droits de l'homme, « [COVID-19, racisme systémique et manifestations mondiales](#) », 2020. Public Health England, « [Disparities in the risk and outcomes of COVID-19](#) », 2020.
52. Voir le rapport du Réseau européen contre le racisme (ENAR) « [COVID-19 impacts on racialised communities](#) », mai 2020.
53. Une réclamation collective est actuellement pendante devant le CEDS (Réclamation n° 197/2020 (Validity c. Finlande)), alléguant des violations des articles 11 (droit à la protection de la santé), 14 (droit au bénéfice des services sociaux) et 15 (droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté) de la Charte sociale européenne révisée, en combinaison avec l'article E (non-discrimination), résultant de la non mise en œuvre de mesures appropriées pour protéger la vie et la santé des personnes handicapées durant la pandémie, et de l'adoption de mesures restrictives qui ont conduit à un isolement complet des personnes handicapées en institution avec interdiction d'accepter toute visite. Voir aussi Disability News Service, « [Coronavirus: Call for inquiry and urgent action after 'shocking' disability death stats](#) », juin 2020.
54. Voir [l'étude sur la dimension sociale de la pandémie](#), Université de Düsseldorf, juin 2020.
55. Georgantzi, N., « [How Covid-19 is Compounding Inequalities against Older Persons](#) », Equinet, octobre 2020.
56. Potts, H. et Hunt, P.H., « [Participation and the right to the highest attainable standard of health](#) ». Centre des droits de l'homme, Colchester, Essex, 2008.
57. Voir la note de fin n° 21. Paragraphe 43 f de l'Observation générale n° 14.
58. APCE, [Résolution 2339 \(2020\)](#) « Garantir les droits humains en temps de crise et de pandémie : la dimension de genre, l'égalité et la non-discrimination ».
59. Casassus, B. (2020) [Covid-19 : French sidelining of patient associations is a global trend](#).
60. Voir van Daalen K.R., Bajnoczki C., Chowdhury M., et al., « [Symptoms of a broken system : the gender gaps in COVID-19 decision-making](#) » 2020.
61. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), « [Covid-19 et violence à l'égard des femmes : une réponse globale fondée sur les normes de la Convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique](#) ».

62. The Lancet Psychiatry, Hao Yao et al., « [Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic](#) », avril 2020.
63. Conseil de l'Europe, Recommandation [CM/Rec\(2014\)2](#) du Comité des Ministres aux États membres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées. L'article 33 (3) de la [CDPH](#) dispose que « La société civile – en particulier les personnes handicapées et les organisations qui les représentent – est associée et participe pleinement à la fonction de suivi ».
64. Voir la note de fin n° 21, paragraphes 9 et 47 de l'Observation générale n° 14.
65. Voir note de fin n° 43.
66. Voir note de fin n° 5.
67. Résolution 2291 (2019) de l'APCE « [Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains](#) » ; voir aussi le Document thématique du Commissaire aux droits de l'homme « [Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe](#) », 2017 ; et Centre européen pour les Droits des Roms « [Coercive and Cruel](#) », 2016.
68. Commissaire aux droits de l'homme, « [Pandémie de COVID-19 : des mesures doivent être prises de toute urgence pour protéger les droits des détenus en Europe](#) », 6 avril 2020.
69. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « [Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé](#) », Highlights. Paris, France, 2017.
70. Voir HCDH, « [Good governance practices for the protection of human rights](#) », 2007.
71. Voir le rapport de l'APCE, Doc. 13225 « [L'égalité d'accès aux soins de santé](#) », 7 juin 2013.
72. Voir « [Why fighting corruption matters in times of COVID-19](#) », Transparency International Corruption Perception Index 2020, Research Analysis, 28 janvier 2021.
73. Voir les [lignes directrices du GRECO](#), 15 avril 2020.
74. Voir note de fin n° 8.
75. Europol, « [Corona crimes : suspect behind €6 million face masks and hand sanitisers scam arrested thanks to international police cooperation](#) », 6 avril 2020.
76. British Medical Journal, McKee, M., « [England's PPE procurement failures must never happen again](#) », juillet 2020.
77. Le site des égalités de genres du Conseil de l'Europe « [Les droits des femmes et l'épidémie de COVID-19](#) » fournit des informations détaillées sur la réponse institutionnelle du Conseil de l'Europe concernant l'impact de la covid-19 sur les droits de femmes (notamment des documents officiels et des déclarations) ainsi que sur les initiatives d'autres organisations internationales et ONG.
78. La [Plateforme de coopération internationale pour les migrants sans papiers](#) rassemble des déclarations et des ressources sur la pandémie de covid-19 et son impact sur les communautés de migrants, ainsi que sur les organisations de la société civile qui travaillent auprès des migrants.
79. Voir [Care Homes Report](#) d'Amnesty International, 4 octobre 2020.
80. Chambre des communes du Royaume-Uni, Commission de l'égalité et des femmes, « [UK Impact, Unequal impact ? Coronavirus, disability and access to services](#) », décembre 2020.
81. Voir sur le site du Réseau européen des institutions nationales des droits de l'homme (ENNHRI), la page [COVID-19 and Human Rights](#).
82. Voir « [Protecting economic and social rights during the pandemic : How have NHRIs responded?](#) ». À titre d'exemple, le Défenseur public géorgien [a suivi](#) la situation des

personnes vivant dans des logements sociaux et leur accès à l'eau, et a communiqué avec les autorités locales pour traiter ces questions. La Commission nationale consultative des droits de l'Homme de la France a [analysé](#) l'impact de l'obligation de « rester chez soi » sur le droit à l'éducation et demandé au gouvernement de garantir à tous les enfants l'accès à l'éducation.

83. Voir la [réponse](#) d'EQUINET à propos des défis en termes d'égalité posés par la pandémie, 5 février 2021.
84. [Recommandation de politique générale n°2](#) de l'ECRI sur les organismes de promotion de l'égalité chargés de lutter contre le racisme et l'intolérance au niveau national (2018) ; [Recommandation CM/Rec\(2019\)6](#) du Comité des Ministres aux États membres sur le développement de l'institution de l'Ombudsman. Le Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH) du Conseil de l'Europe prépare une nouvelle Recommandation sur la création et le renforcement d'institutions nationales des droits de l'homme efficaces, pluralistes et indépendantes.
85. Voir [Eurobaromètre](#), 14 juillet 2020.
86. Voir les [compétences de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe](#).
87. Voir la Résolution 2114 (2016) de l'APCE, « [La gestion des urgences de santé publique de portée internationale](#) », 22 avril 2016.
88. Voir [l'échange de vue avec le Directeur général de l'OMS](#) de la Commission permanente de l'APCE, 26 juin 2020.
89. ONU, « [Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030](#) », 2015.
90. Assemblée générale des Nations Unies, « [Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé](#) », 2019.
91. OMS, « [Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité](#) », Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2008.
92. Voir note de fin 11 du document « [Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes](#) » de l'OMS, à propos des six piliers des systèmes de soins de santé, 2007.
93. Voir le Rapport 13225 de l'APCE sur [L'égalité de l'accès aux soins de santé](#) du 7 juin 2013.
94. Voir la note de fin n° 5.
95. OMS, Bureau régional de l'Europe, « [La santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS : améliorer la santé en adoptant une approche sexospécifique](#) », 2018.
96. OMS, « [Les soins de santé sont-ils abordables ? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Europe](#) », 2019.
97. Voir Astana Declaration : « [the future of primary health care ?](#) », 20 octobre 2018.
98. Commissaire aux droits de l'homme, document thématique, « [Le droit des personnes handicapées à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société](#) », juin 2012.
99. Déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme « [Les personnes handicapées ne doivent pas être laissées de côté dans la lutte contre la pandémie de COVID-19](#) », 2 avril 2020.
100. Réseau européen pour la vie autonome, « [Urgent appeal requesting access to COVID-19 medical treatment in Romania](#) », juin 2020.
101. The Lancet, Moreno C. et al., « [How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic](#) », juillet 2020.

102. Réseau européen pour la vie autonome, Validity Foundation, International Disability Alliance et al., « [COVID-19 disability rights monitor](#) », 2020.
103. Voir la Déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme, « [Les États doivent honorer leurs engagements à l'égard des personnes handicapées](#) », 2 décembre 2020.
104. Voir note de fin n° 5.
105. Voir van Weert H., « [After the first wave : What effects did the COVID-19 measures have on regular care and how can general practitioners respond to this ?](#) », décembre 2020.
106. Comité européen des Droits sociaux (CEDS), Réclamation n° 14/2003 (Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme (FIDH) c. France).
107. La [Recommandation de politique générale n° 16 de l'ECRI](#) sur la protection des migrants en situation irrégulière contre la discrimination établit la nécessité de mettre en place des pare-feux entre les services de contrôle de l'immigration et les services de santé pour garantir un accès sûr aux migrants en situation irrégulière.
108. Reuters, « [Portugal to treat migrants as residents during coronavirus crisis](#) », 28 mars 2020.
109. Voir [l'évaluation par l'OMS](#) de la qualité des soins en institution pour les adultes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels dans la région européenne de l'OMS, pages 19-21.
110. Voir le [rapport de visite sur la Slovaquie](#) du Commissaire aux droits de l'homme, 2015.
111. Voir le [rapport du CPT relatif à la Bulgarie](#), 2 décembre 2020.
112. Voir également la déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme à l'occasion de [la Journée internationale des personnes âgées](#), 1er octobre 2020.
113. Voir la déclaration du directeur régional de l'OMS pour l'Europe « [Investir dans les oubliés et les méconnus : mettre en place des soins de longue durée durables et centrés sur la personne à la suite de la COVID-19](#) », 23 avril 2020.
114. Voir la Déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme, « [Les leçons à tirer des ravages causés par la pandémie de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée](#) », 2020.
115. Voir BMC Medicine, Lohman D, Schleifer R & Amons J, « [Access to Pain Treatment as a Human Right](#) », 2010.
116. Voir la déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme, « [COVID-19 : garantir l'accès des femmes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs](#) », 7 mai 2020.
117. Equinet, Konowrocka J., « [Let's talk about sexual and reproductive health and rights : Not fully implemented before COVID-19 & suspended during the pandemic](#) », 14 septembre 2020.
118. OMS, « [Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXIe siècle](#) », Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2013.
119. Voir l'article du Monde, « [De nombreux patients ne seront plus soignés : le désarroi des hôpitaux psychiatriques face au coronavirus](#) », 25 mars 2020.
120. OMS, Thomas S., A. Sagan, J. Larkin, J. Cylus, J. Figueras et M. Karanikolos, « [Strengthening health system resilience. Key concepts and strategies](#) », Policy Brief 36, Copenhague, 2020.
121. Voir OMS, [Cross-country analysis](#), 21 mai 2020.
122. La [Lettonie](#), par exemple, a décidé d'augmenter de 25 % les salaires les plus bas du personnel de santé des secteurs hospitalier et ambulatoire, ainsi que des médecins de famille et des internes. En janvier 2021, les enseignants ont également reçu une prime ponctuelle en reconnaissance de leur travail effectué pendant la pandémie.

123. Voir [Actualité](#) de l'OMS du 30 juin 2020.
124. Alliance européenne de santé publique, « [Health inequalities : a persistent obstacle for Roma inclusion reflection paper on union of equality](#) », 2020.
125. McGlynn N., Browne K., Sherriff N. et al., « [Health care professionals' assumptions as barriers to LGBTI health care](#) », 2020.
126. Assemblée générale des Nations Unies, [Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé](#), 2019.
127. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, [Observation générale no 3](#) : « Le Comité note que la disposition selon laquelle les États parties s'engagent «à agir [...] par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives n'exige ni n'empêche qu'une forme particulière de gouvernement ou de système économique serve de véhicule aux mesures en question, à la seule condition qu'elle soit démocratique et que tous les droits de l'homme soient respectés», 2017.
128. Wouter O. et McKee M., « [Private Financing of Health Care in Times of Economic Crisis : a Review of the Evidence](#) », 2017.
129. Voir note de fin n° 5.
130. Voir OMS, « [Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS](#) », Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2014.
131. Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable de l'APCE, Rapport : « [Mesures d'austérité – un danger pour la démocratie et les droits sociaux](#) », 2012.
132. Voir Cervero-Liceras, F., McKee, M. and Legido-Quigley, H., « [The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia](#) », Politique de santé, janvier 2015
133. En Décembre 2020, en suède, une commission indépendante, composée de scientifiques politiques, d'experts en gestion de crise et d'experts en santé publique, a publié son [rapport initial](#), critiquant la réponse du gouvernement à la pandémie.
134. OMS, Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, « [S'engager pour la santé et la croissance](#) », Genève, 2016.
135. Voir la Résolution 2071(2045) de l'APCE, « [La santé publique et les intérêts de l'industrie pharmaceutique : comment garantir la primauté des intérêts de santé publique ?](#) », septembre 2015.
136. Zucker, I., Prendergast, B.J., « [Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women](#) », 2020.
137. Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, « [Covid and Gender Equality](#) », 2020.
138. Voir un aperçu sur l'accès à l'hormonothérapie dans les États membres de l'Union européenne, [Agence des droits fondamentaux](#), 2018.
139. Fin décembre 2020, plusieurs mutations du virus de la covid 19 étaient détectées au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et au Brésil, où les taux d'infections étaient particulièrement élevés. Ces mutations ont suscité des craintes quant à la protection que les vaccins peuvent offrir face à ces variants. Voir Callaway E. & Ledford H., « [How to redesign COVID vaccines so they protect against variants](#) », in Nature 590, 15-16, 2021.
140. Equinet, Konowrocka, J., « [Let's talk about sexual and reproductive health and rights : Not fully implemented before COVID-19 & suspended during the pandemic](#) », 14 septembre 2020.

141. Voir l'Expert indépendant de l'ONU chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, « [Violence et discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre en période de pandémie de maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#) », 28 juillet 2020 ; Organisation Intersex International Europe, « [COVID-19: A report on the situation of Intersex People in Europe and Central Asia](#) », décembre 2020.
142. Voir la Recommandations du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe, « [Vaccins contre la covid-19 : il faut assurer un accès équitable à la vaccination](#) », 22 janvier 2021.
143. Le [Secrétaire général de l'ONU, António Guterres](#), a demandé à plusieurs reprises que les vaccins contre la covid soient traités comme un « bien public mondial », accessible et abordable pour tous, partout sur la planète. Pourtant, en septembre 2020, [OXFAM International](#) a indiqué que les pays riches, qui ne représentent que 13 % de la population mondiale, auraient déjà mis la main sur 51 % des futures doses des principaux candidats vaccins contre la covid-19. En janvier 2021, le Directeur Général de l'OMS mettait en garde contre la faillite morale catastrophique que représenteraient des politiques de vaccination contre la covid 19 privilégiant une approche caractérisée par le « moi d'abord », qui ne ferait que prolonger la pandémie, les restrictions y afférant et les souffrances humaines et économiques.
144. L'initiative [COVAX](#), lancée en avril 2020, regroupe des gouvernements, des organisations de santé au niveau mondial, des industriels, des scientifiques, des acteurs du secteur de la santé, de la société civile et caritatifs travaillant à un accès innovant et équitable aux vaccins contre la covid 19. Voir aussi Résolution 2361 (2021) de l'APCE, « [Vaccins contre la covid-19: considérations éthiques, juridiques et pratiques](#) », version provisoire du 27 janvier 2021.
145. Voir Helen Creighton, « [Europe's Ageing Demography](#) », 2014.
146. Institut danois des droits de l'homme, « [AAAQ & Sexual & Reproductive Health & Rights. International Indicators for Availability, Accessibility, Acceptability and Quality](#) », 2017.
147. [L'OMS](#) a travaillé en étroite collaboration avec plus de 50 entreprises numériques et plateformes de médias sociaux, dont Facebook, Twitter, LinkedIn, TikTok, Twitch, Snapchat, Pinterest, Google, Viber, WhatsApp et YouTube, afin de garantir que les messages scientifiques sur la santé émanant de l'Organisation ou d'autres sources officielles apparaissent en premier lorsque les personnes recherchent des informations liées à la covid-19.
148. Déclaration conjointe de l'OMS, des Nations Unies, de l'UNICEF, du PNUD, de l'UNESCO, de l'ONUSIDA, de l'UIT, de l'initiative Global Pulse et de la FICR, « [Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation](#) », 2020.
149. En janvier 2020, l'OMS a fait savoir que la Roumanie, la Bosnie-Herzégovine et l'Ukraine restaient exposées à un risque élevé de flambée durable de poliomyélite, en raison notamment d'une couverture vaccinale insuffisante. ECDC « [Update on Global Polio Situation](#) », 2020.
150. Déclaration de la Commissaire aux droits de l'homme, « [Les personnes handicapées ne doivent pas être laissées de côté dans la lutte contre la pandémie de COVID-19](#) », 2 avril 2020.
151. Déclaration du Conseil de l'Europe, « [Crise COVID-19 : il est vital que les autorités communiquent également dans les langues régionales et minoritaires](#) », 30 mars 2020.
152. Voir « [COVID-19 and health systems resilience : lessons going forward](#) » Policy Brief Eurohealth 2/2020.

153. Imperial College, (2020) Report 27, « [Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic](#) ».
154. Assemblée générale des Nations Unies, « [Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé](#) », 23 septembre 2019.
155. Déclaration des Experts des droits de l'homme des Nations Unies, « [Universal access to vaccines is essential for prevention and containment of COVID-19 around the world](#) », 9 novembre 2020.
156. Voir Conseil de l'Europe, « [Protéger les enfants et développer leurs capacités pendant la pandémie de Covid-19](#) », 2020. Voir aussi Agence des droits fondamentaux, « [Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental rights implications : with a focus on older people](#) », 2020.
157. Voir UNESCO, « [UNESCO and Education International call on governments to consider teachers and school personnel as a priority group in COVID-19 vaccination efforts](#) », 14 décembre 2020.
158. Voir aussi « [Enseignements à tirer pour l'avenir d'une réponse efficace et fondée sur les droits à la pandémie de covid-19](#) », Résolution 2329 (2020) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) adoptée le 26 juin 2020.
159. Voir note de fin n° 5.
160. Forster, T., Kentikelenis, A., Bambra, C., « [Health Inequalities in Europe : Setting the Stage for Progressive Policy Action](#) », 2019.
161. Voir note de fin n° 40.
162. Voir OMS, « [Les déterminants sociaux de la santé : les faits](#) », sous la direction de R. Wilkinson et M. Marmot, 2003.
163. Voir note de fin n° 44.
164. Voir le webinaire de l'OMS, « [Inequities in COVID-19 infection and mortality: socioeconomic risk factors and populations at risk](#) », 4 novembre 2020.
165. Bobek, A., Pembroke, S. et Wickham, J., « [Living with Uncertainty : Social Implications of Precarious Work](#) », 2018.
166. Voir news du CEDS, « [Right to equal pay: European Committee of Social Rights finds violations in 14 countries](#) », 29 juin 2020.
167. Voir note de fin n° 5.
168. Voir note de fin n° 44.
169. Voir [l'étude de l'Institut national français de la santé et de la recherche médicale \(Inserm\)](#), 9 octobre 2020.
170. Voir note de fin n° 5. En janvier 2020, la Commissaire aux droits de l'homme a souligné les multiples défis à relever pour garantir le droit à un logement abordable, notamment les coûts élevés du logement en Bulgarie, au Danemark, en Allemagne et en Grèce. Le coût du logement est considéré comme excessif lorsqu'une personne consacre plus de 40 % de son revenu disponible pour se loger. Voir l'article du Carnet des droits de l'homme « [Le droit à un logement abordable : un devoir négligé en Europe](#) », 23 janvier 2020.
171. Lorenc T., Petticrew M., Whitehead M., Neary D., Clayton S., Wright K., et al., « [Fear of crime and the environment: systematic review of UK qualitative evidence](#) », mai 2013.
172. Voir l'aperçu de l'OMS sur [Environnement et santé](#), 2020.

173. Pour plus d'informations, voir l'article du Carnet des droits de l'homme du Commissaire aux droits de l'homme « [Vivre dans un environnement sain, un droit négligé qui nous concerne tous](#) », 4 juin 2019.
174. Voir le rapport « [Right to a healthy and sustainable environment](#) », établi conjointement par l'ancien rapporteur spécial M. John Knox (2012-2018) et l'actuel rapporteur spécial M. David Boyd (2018 - à ce jour), HCDH, juillet 2018.
175. Voir le Document de synthèse du Commissaire aux droits de l'homme, « [Lutter contre la ségrégation scolaire en Europe par l'éducation inclusive](#) », 2017.
176. OMS, Rocco L, Suhrcke M., « [Le capital social est-il bon pour la santé ? Une perspective européenne](#) », Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2012.
177. OMS, « [Santé 2020 : l'éducation et la santé tout au long de la vie](#) », Bureau régional de l'Europe, 2015.
178. Voir Commissaire aux droits de l'homme, article du Carnet des droits de l'homme « [Une éducation sexuelle complète protège les enfants et contribue à rendre la société plus sûre et inclusive](#) » 21 juillet 2020.
179. Ce projet lié au programme [ROMED](#) a été organisé conjointement par le gouvernement grec, le Conseil de l'Europe et la Commission européenne.
180. National Centre for Biotechnology Information, « [School closures and mental health concerns for children and adolescents during the COVID-19 pandemic](#) », 4 septembre 2020.
181. Pour une vue d'ensemble, voir « [Pour une population active intégrant les personnes handicapées](#) », Rapport 14665 de l'APCE, novembre 2018.
182. Voir la [Déclaration du Groupe d'experts sur la lutte contre la traite des êtres humains \(GRETA\)](#) au sujet des besoins particuliers et des risques d'exploitation des victimes de la traite des êtres humains à la suite de la covid-19, 16 octobre 2020.
183. Voir Amnesty International, « [Synthèse de recherche sur les atteintes aux droits humains des travailleuses et travailleurs du sexe](#) », mai 2016.
184. Voir Axe 3 : Protéger les travailleurs sur leur lieu de travail, dans la note de synthèse de l'OIT, « [Un cadre politique pour affronter les répercussions socio-économiques de la crise du COVID-19](#) », 2020.

Le Commissaire aux droits de l'homme est une instance non judiciaire, indépendante et impartiale, créée en 1999 par le Conseil de l'Europe. Sa mission est de promouvoir la sensibilisation aux droits de l'homme et leur respect dans les États membres.

Ses activités s'articulent autour de trois grands axes étroitement liés :

- des visites dans les pays et un dialogue avec les autorités nationales et la société civile,
- un travail thématique et de conseil sur la mise en œuvre systématique des droits de l'homme, et
- des activités de sensibilisation.

La Commissaire actuelle, Dunja Mijatović, a pris ses fonctions en avril 2018. Elle a succédé à ce poste à Nils Muižnieks (2006-2012), Thomas Hammarberg (2006-2012) et Álvaro Gil-Robles (1999-2006).



www.commissioner.coe.int

FRA

www.coe.int

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits de l'homme du continent. Il compte 47 États membres, dont 27 sont également membres de l'Union européenne. Tous les États membres du Conseil de l'Europe ont signé la Convention européenne des droits de l'homme, un traité visant à protéger les droits de l'homme, la démocratie et l'État de droit. La Cour européenne des droits de l'homme contrôle la mise en œuvre de la Convention dans les États membres. .



COMMISSIONER
FOR HUMAN RIGHTS

COMMISSAIRE AUX
DROITS DE L'HOMME

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE