

LE DROIT À LA SANTÉ

*Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et
reconnu par des traités régionaux et
de nombreuses constitutions nationales*

Brochure élaborée par

Melik Özden, Directeur du Programme Droits Humains du
CETIM et Représentant permanent auprès de l'ONU

**Une collection du Programme Droits Humains du
Centre Europe - Tiers Monde (CETIM)**

INTRODUCTION

A priori, il paraît saugrenu de parler de la santé en tant que Droit quand la réalité indique qu'une portion croissante de la population mondiale voit plutôt ses conditions de santé se dégrader et même son existence être menacée.

En effet, selon les dernières estimations de l'OMS, 1,7 millions de personnes seraient mortes de la tuberculose en 2004 tandis que 8,9 millions de nouveaux cas étaient enregistrés¹. 350 à 500 millions d'humains souffrent de la malaria et un million de personnes, surtout des enfants, en meurent chaque année². Le sida a tué plus de trois millions de personnes en 2005³. Ainsi, ces trois maladies dévastatrices sont responsables de près de 6 millions de décès chaque année, dont l'écrasante majorité dans les pays du Sud. Par ailleurs, on estime qu'il manque quelques 4,3 millions de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, sage-femmes...) dans le monde, y compris dans les pays du Nord⁴. Et la dégradation de l'environnement apparaît aujourd'hui plus que jamais comme une menace sur la santé de tout un chacun.

Pourtant, le droit à la santé est reconnu dans de nombreux instruments internationaux en matière de droits humains. Il est aussi admis que la réalisation du droit à la santé est étroitement liée à et dépendante de la réalisation d'autres droits humains, principalement des droits économiques, sociaux et culturels.

D'ailleurs, la plus grande partie des maladies dans le monde, comme la plupart des décès, résulte de la non-satisfaction (ou parfois de la mauvaise satisfaction) des besoins fondamentaux. Le manque et/ou le nonaccès aux infrastructures sanitaires, à l'eau potable et à l'alimentation sont certainement les plus importants et urgents. L'évolution de la santé publique au 19^{ème} siècle en Europe et aux Etats-Unis montre que les interventions principales pour améliorer sensiblement l'état de santé des populations se situent hors des services de santé. En effet, la réalisation du Droit à la santé est fortement liée à la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels : nourriture, logement, hygiène, conditions de travail, exercice des libertés, notamment syndicales, etc ; elle est aussi liée à la paix et à la sécurité.

Autrement dit, la préservation et la promotion de la santé impliquent bien plus que l'accès aux services de santé et aux médicaments.

Or, l'ordre international injuste qui est à l'origine des inégalités et de la pauvreté empêche la réalisation du droit à la santé. En effet, les politiques macroéconomiques et, en particulier, les accords commerciaux inéquitables, le fardeau de la dette, et l'appropriation continue des ressources nationales (humaines et

¹ Cf. Communiqué de presse de l'OMS du 22 mars 2006.

² Cf. Chiffres de l'OMS, cités par *Voice of America* le 19 avril 2006.

³ Cf. *Rapport annuel de l'Onusida*,

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update_2005_fr.pdf.

⁴ Cf. *Travailler ensemble pour la santé, Rapport annuel de l'OMS 2006*, mai 2006.

matérielles) – imposée aux pays en développement en particulier par les institutions financières internationales – ont entraîné une augmentation substantielle de la pauvreté et de l'inégalité entre les pays et au sein même des pays.

Les organisations non démocratiques – le FMI et la Banque Mondiale, auxquelles s'ajoutent maintenant l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC)⁵ – favorisent le capital et les entreprises transnationales privées plutôt que les peuples ; elles prennent des décisions économiques et sociales aux niveaux national et international qui affectent la vie de ces derniers.

Les inextricables connections entre les complexes militaro-industriels et les centres de pouvoir des pays riches représentent une menace permanente pour la paix et la sécurité mondiale ainsi qu'un détournement massif de ressources en termes de biens sociaux et publics.

Ces processus maintiennent la majorité des populations dans un état d'impuissance et de terreur plutôt que dans la démocratie et la paix, qui sont des conditions préalables à la réalisation du droit à la santé.

Pourtant, il y a environ 30 ans, la communauté internationale semblait déjà prendre conscience de cette situation et de l'importance de la coopération internationale pour y remédier en déclarant : « Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays. »⁶

Aujourd'hui, la situation a plus qu'empiré. Bien qu'il existe un ministère de la santé dans la plupart des pays – certes avec des moyens et des marges de manœuvre forts variables – et que *tous les Etats* se soient engagés à honorer les termes de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en tant que membres de cette institution, force est de constater que la reconnaissance du droit à la santé tel qu'il existe dans les instruments internationaux, ne suffit pas pour sa concrétisation effective. C'est pourquoi l'affirmation de la santé en tant que droit et la définition de ses liens avec les autres droits sont seules à même de fixer les obligations de différents acteurs en vue de sa réalisation.

Aussi, cette brochure se subdivisera-t-elle en trois parties :

- I) le droit à la santé, un droit reconnu ;
- II) le droit à la santé, un droit indissociable et interdépendant ;
- III) la réalisation du droit à la santé.

⁵ L'apparence démocratique que confère à ce dernier organisme, contrairement aux deux premiers, l'inscription statutaire du principe « un pays, une voix », ne doit pas tromper : les grandes puissances y ont un poids manifestement prépondérant – leur pratique de négociations séparées, dont « tout dépend » selon la presse, en constitue l'illustration la plus flagrante. Visiblement, la « démocratie » y est avant tout mal vécue et perçue comme source de blocage ! Et, comment qualifier de démocratique une organisation dont les orientations de fond sont posées comme indiscutables et qui, malgré les protestations, s'acharne à les imposer à la terre entière ?

⁶ Cf. § 2 de la *Déclaration d'Alma-Ata*, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS.

I) LE DROIT A LA SANTÉ, UN DROIT RECONNU

Après avoir défini et précisé le contenu du droit à la santé (A), nous énumérerons les textes qui le reconnaissent et le protègent (B).

A) Définition et contenu

L'absence de maladie ne signifie pas être en bonne santé

Selon la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS),
« 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.
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. »⁷

Le droit à la santé : un droit individuel inaliénable

Les Etats parties au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC) reconnaissent :

« le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »⁸

Pour le *Comité des droits économiques, sociaux et culturels* (CODESC), principal organe qui contrôle le respect du droit à la santé au niveau international, la santé :

« est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits humains. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. »⁹

Le droit à la santé : un droit indissociable et interdépendant

Quant à la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, qui constitue la source de tous les droits humains et l'instrument de base en vigueur, elle mentionne le droit à la santé dans son article 25 qui comprend toute une série d'autres droits économiques, sociaux et culturels :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de

⁷ Cf. § 1 et 2 du préambule de la *Constitution de l'OMS*, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basic-fr&record={2}&softpage=Document42

⁸ § 1 de l'art. 12 du PIDESC.

⁹ § 1 de l'*Observation générale n° 14* du CODESC, adoptée le 11 mai 2000 (voir annexe 1).

veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

B) Textes pertinents

Outre les instruments internationaux cités ci-dessus, qui constituent la base du droit à la santé, ce dernier est consacré dans plusieurs conventions et traités internationaux et régionaux. En voici les principaux :

I) Au niveau international

Personne ne doit être exclu

Parmi les instruments internationaux qui ont inclut le droit à la santé, la *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*¹⁰ précise que :

« les Etats parties s'engagent (...) à garantir le droit de chacun (...) à la jouissance du droit (...) à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux » (art. 5 § e: iv).

L'égalité doit être respectée

Selon la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*¹¹ :

« Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées (...) afin d'assurer, sur la base de l'égalité (...) le droit à la protection de la santé (...) » (art. 11 § 1: f).

Selon l'article 12 de la même Convention :

« 1. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé (...) ».

Mesures spécifiques pour les enfants

La *Convention relative aux droits de l'enfant*¹² précise, entre autres, dans son article 24 que :

« Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » (§ 1).

Elle demande aux Etats parties, entre autres, de prendre des mesures en vue de :

« lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel » (§ 2.c).

¹⁰ Adoptée le 21 décembre 1965.

¹¹ Adoptée le 18 décembre 1979.

¹² Adoptée le 20 novembre 1989.

De nombreux sommets mondiaux onusiens se réfèrent au droit à la santé

Il est à noter que le droit à la santé figure dans plusieurs paragraphes de la *Déclaration et du Programme d'action de Vienne*¹³. Le *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*¹⁴ et la *Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes*¹⁵ contiennent également des définitions concernant, respectivement, la santé génésique et la santé des femmes¹⁶.

Le droit à la santé des handicapés

En plus des textes précités et nonobstant la mention du droit à la santé qui figure de manière directe ou indirecte dans de nombreux traités internationaux en matière de droits humains ainsi que celle du droit international humanitaire, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté quatre textes concernant spécifiquement les droits des personnes handicapées. Il s'agit de : 1) la *Déclaration des droits du déficient mental*¹⁷ ; 2) la *Déclaration des droits des personnes handicapées*¹⁸ ; 3) les *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*¹⁹ ; 4) les *Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées*²⁰.

Malgré tous ces éléments, le Rapporteur spécial²¹ de la Commission des droits de l'homme de l'ONU sur le droit à la santé pense que « le contenu juridique du droit à la santé n'est pas encore bien établi. »²²

A notre avis, les manques constatables dans la réalisation du droit à la santé ne proviennent pas de là. Les nombreuses législations sur le droit à la santé, que cela soit aux niveaux international, régional ou national, la définition de l'OMS ainsi que l'article 12 du PIDESC précité – qui ont largement inspiré les législations régionales et nationales – sont suffisantes en tant que cadre pour élaborer des politiques aux niveaux national et international en vue du respect du droit à la santé. De plus, nous disposons actuellement de l'*Observation générale n° 14* du CODESC qui apporte des précisions importantes sur le contenu et la portée de ce droit et que le Rapporteur lui-même a abondamment citée pour décrire « les contours et le contenu » dudit droit dans son premier rapport²³.

¹³ Cf. § 11, 18, 24, 31 et 41 notamment, adoptées par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, tenue à Vienne du 14 au 25 juin 1993.

¹⁴ Tenue au Caire du 5 au 13 septembre 1994.

¹⁵ Tenue à Beijing du 4 au 15 septembre 1995.

¹⁶ Cf. Observation générale N° 14 du CODESC.

¹⁷ Adoptée le 20 décembre 1971, cf. Résolution de l'Assemblée générale 2856 (XXXVI).

¹⁸ Adoptée le 9 décembre 1975, cf. Résolution de l'Assemblée générale 46/119.

¹⁹ Adoptés le 17 décembre 1991, cf. Résolution de l'Assemblée générale 3447 (XXX).

²⁰ Adoptés le 20 décembre 1993, cf. Résolution de l'Assemblée générale 48/96.

²¹ Voir chapitre III.2

²² Cf. E/CN.4/2003/58.

²³ Idem.

2) Au niveau régional

Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits humains reconnaissent également le droit à la santé. Voici les principaux textes.

Selon la *Charte sociale européenne*²⁴,

*« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment : à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ; à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ; à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres. »*²⁵

Dans son article 16, la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*²⁶ garantit que :

« Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie. »

Au niveau du continent américain, le *Protocole de San Salvador* précise que « Toute personne a droit à la santé qui est considérée comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale », tout en indiquant des mesures à prendre par ses États parties²⁷.

3) Au niveau national

Selon une étude commanditée par l'OMS qui n'est pas encore achevée, plus de 60 dispositions constitutionnelles mentionnent le droit à la santé ou le droit aux soins de santé, et plus de 40 se réfèrent à des droits liés à la santé, tels que le droit à des soins de santé génésique, le droit des handicapés à une aide matérielle et le droit à un environnement sain²⁸ (voir également chapitre III.B).

²⁴ Adoptée le 18 octobre 1961 et révisée en 1996.

²⁵ Cf. art. 11 « Droit à la protection de la santé ». Il est à noter que plusieurs articles de ladite Charte sont également consacrés aux droits y relatifs. A titre d'exemple : « Droit à la sécurité sociale » (art. 12), « Droit à l'assistance sociale et médicale » (art. 13) et « Droit au bénéfice des services sociaux » (art. 14).

²⁶ Adoptée le 27 juin 1981.

²⁷ Cf. article 10 du *Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels*, « Protocole de San Salvador », adopté à San Salvador le 17 novembre 1988 et entré en vigueur à fin 1999.

²⁸ Cf. *ICJ, Rights to Health Database, Preliminary Proposal, 2002*, cité par le Rapporteur spécial de la CDH sur la santé dans son premier rapport annuel (voir § 20), E/CN.4/2003/58.

II) LE DROIT A LA SANTÉ, UN DROIT INDISSOCIABLE ET INTERDÉPENDANT

A) Le droit à la santé et ses liens avec d'autres droits humains

Comme le rappelle à juste titre le CODESC, le droit à la santé, à l'instar d'autres droits,

« est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation : il s'agit des droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme²⁹, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé. »³⁰

Ceci implique que sa réalisation dépend de différents facteurs qui ne relèvent pas directement des services de santé mais de la réalisation d'autres droits, y compris des droits civils et politiques tels que la participation aux prises de décision et le droit d'association qui sont indispensables, par exemple, à l'élaboration et la mise en place d'un système de santé efficace et non-discriminatoire.

Dans le cadre de ce chapitre, nous traiterons principalement des liens entre le droit à la santé et les droits économiques, sociaux et culturels, vu la prééminence de ces derniers dans la réalisation du droit à la santé.

1) Santé-Alimentation

Le droit à la santé dépend avant tout d'une alimentation saine et équilibrée. Or, de nos jours, près d'un milliard de personnes souffrent de la famine ou de la malnutrition ; près d'un milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité suffisante d'eau potable et près de quatre milliards de personnes ne bénéficient pas de conditions sanitaires convenables.

Dans ces conditions, il est illusoire de s'attendre à ce qu'une personne affamée et assoiffée soit bien portante. D'ailleurs, le manque de nourriture et d'eau potable est la cause de nombreuses maladies, tout comme la dégradation de l'environnement (voir ci-après). Pourtant, le droit à l'alimentation, qui comprend naturellement le droit à l'eau, fait partie des droits fondamentaux des êtres humains et exige une action de la part des États en particulier et de la part de la communauté internationale en général, tant dans les situations *normales* que dans les situations *d'urgence*³¹.

²⁹ La *Charte internationale des droits de l'homme* est constituée de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* et du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*.

³⁰ Cf. § 3 de l'*Observation générale n° 14* du CODESC.

³¹ Voir notre brochure intitulée *Le droit à l'alimentation*, Genève, septembre 2005.

Si les chiffres précités sont alarmants, les actions annoncées ainsi que certaines actions ponctuelles et spécifiques entreprises par la communauté internationale ne sont nullement à la hauteur des besoins. Pire, les politiques économiques menées par la plupart des Etats, souvent sous la pression des institutions financières internationales, ne font qu'aggraver la pauvreté, comme l'indiquent de nombreuses études.

2) Santé-Logement

Le droit à la santé est étroitement lié au droit d'avoir un logement salubre et doté d'eau courante, car « un logement sans eau serait invivable »³². Être privé de logement peut entraîner non seulement la violation de nombreux autres droits humains, tels que les droits à l'éducation, au travail, civils (y compris le droit à la vie privée) et politiques, mais peut aussi provoquer de nombreuses maladies.

Force est de constater que, dans ce domaine, les politiques de la plupart des Etats vont à l'encontre du droit au logement. En effet, l'orientation des subventions publiques favorise bien souvent les nantis plutôt que ceux qui sont dans le besoin. De plus, sous prétexte de « développement économique » et de « sécurité nationale », de nombreux Etats procèdent à des déplacements forcés, privant ainsi des millions de personnes de logement, bien souvent sans les indemniser et/ou les reloger.

3) Santé-Education

L'éducation n'est pas seulement « utile » et nécessaire pour trouver un bon emploi ou participer à la marche de la « cité », mais également pour maintenir un esprit sain dans un corps sain (*Mens sana in corpore sano*) et ainsi prévenir les maladies et accidents.

Il est évident que, dans la plupart des pays, le niveau d'éducation est encore loin d'être satisfaisant. Cela est dû non seulement à de nombreux facteurs tels que le manque de moyens et les conflits armés, mais aussi parfois au manque de volonté politique ou à des raisons confessionnelles.

4) Santé-Information

L'accès à l'information peut se révéler crucial non seulement pour être en bonne santé mais tout simplement pour rester en vie, en particulier en cas d'épidémies ou de pandémies (voir chapitre III. A.4). Il est également crucial pour prévenir de nombreuses maladies qui peuvent être mortelles ou qui, le cas échéant, sont parfaitement guérissables de nos jours. Cela est également valable pour prévenir les accidents.

Dans ce cadre, il est primordial de vulgariser l'information afin qu'elle soit accessible au grand public. Bien entendu, la vulgarisation ne doit ni être mensongère, ni viser la désinformation.

Dans ce contexte, il convient de déplorer l'agressivité du secteur privé qui, au nom de la liberté du commerce, inonde les marchés avec des publicités frisant parfois le mensonge pour pouvoir vendre à tout prix ses marchandises qui sont,

³² Cf. Rapport annuel du Rapporteur spécial de la CDH sur le droit au logement, E/CN.4/2002/59.

ou peuvent être, nuisibles à la santé et fait pression sur les gouvernements et institutions internationales pour éviter la réglementation de ses activités (voir illustrations n° 1 et 2). Il arrive également que des entreprises pharmaceutiques « créent » des maladies – pour maintenir, voire augmenter leurs profits – au lieu d'éduquer et de prévenir les maladies³³.

Les autorités politiques pêchent aussi souvent dans ce domaine lors de la gestion des catastrophes. A titre d'exemple, plusieurs gouvernements des pays qui ont été touchés par la catastrophe de Tchernobyl (voir ci-après) ont recouru à la désinformation au lieu d'informer correctement leurs citoyens³⁴. Bien que ces autorités donnent souvent comme excuse, dans ce genre de situations, vouloir prévenir une panique, il n'empêche qu'elles manquent à leur obligation d'informer leurs concitoyens et qu'elles doivent prendre toutes les mesures qui s'imposent.

Malheureusement, les gouvernements ne sont pas seuls en cause. Les organisations internationales contribuent parfois également à la désinformation, comme cela a été le cas récemment lors du récent 20^{ème} anniversaire de la catastrophe de Tchernobyl. En effet, l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) continue à minimiser l'impact de cette catastrophe nucléaire (voir également chapitre II.B.3). Certes, le mandat de cette organisation est la promotion de l'énergie nucléaire et on peut ainsi « comprendre » qu'elle ne soit pas objective et qu'elle contribue aux efforts du lobby nucléaire. Cependant, il est inadmissible qu'elle instrumentalise les agences onusiennes³⁵ telles que l'OMS qui a le mandat de protéger la santé publique. D'ailleurs, l'ancien directeur de l'OMS, M. Makoto Nakajima, a récemment déclaré que « toutes les agences spécialisées de l'ONU sont hiérarchiquement égales, mais pour les affaires atomiques, c'est l'AIEA, directement sous l'autorité du Conseil de sécurité, qui commande. »³⁶ Ce qui signifie que les recherches de l'OMS concernant la radioactivité doivent obtenir l'aval de l'AIEA avant de pouvoir être publiées³⁷.

³³ Voir l'article intitulé « Pour vendre des médicaments, inventons des maladies », *Le Monde Diplomatique*, mai 2006.

³⁴ Quant aux gouvernements russe et biélorusse, pays directement concernés par la catastrophe, ils ont, depuis 1986, adopté une posture de minimisation des conséquences, licenciant et parfois même emprisonnant des hauts fonctionnaires qui, chiffres et études à l'appui, proposaient une autre version que celle diffusée dans la langue de bois officielle (voir l'article de Philippe de Rougemont, publié dans *Le Courrier* du 28 avril 2006).

³⁵ L'AIEA a créé en 2003 "The Tchernobyl Forum", réunissant sous son initiative diverses agences de l'ONU dont l'OMS, le PNUE, la FAO et le PNUD. Elle a associé à son rapport, équivoque et très contesté au niveau des chiffres annoncés pour les décès et maladies dues aux radiations, ces agences onusiennes. Par exemple, ce rapport prétend que seule une petite partie des liquidateurs ont été touchés par la radiation à haute dose (cf. Rapport *The Tchernobyl Forum : 2003-2005, second revised version*, <http://www.iaea.org/Publications/Booklets/Chernobyl/chernobyl.pdf>)

³⁶ Cf. Reportage de la Télévision suisse italienne intitulée « Mensonges nucléaires », cité par *Le Courrier* du 28 avril 2006.

³⁷ Idem.

Illustration N° 1

Lait maternel et publicités mensongères

Bien que le *Code International pour la Commercialisation des Substituts de lait maternel*, adopté par l'OMS en 1981, interdise toute promotion de substituts de lait maternel, les sociétés transnationales, telles que Nestlé et Wyeth, non seulement continuent leur campagne de promotion pour leurs produits et tentent de discréditer l'allaitement maternel, mais mettent également la pression sur l'OMS et les gouvernements pour éviter ou limiter l'application dudit code³⁸. Dans une étude menée dans sept pays, IBFAN³⁹ démontre comment pendant des décennies l'industrie a opéré pour discréditer l'allaitement maternel et comment elle s'est opposée à la réglementation de ses activités commerciales⁴⁰.

D'ailleurs, selon les recherches menées par l'UNICEF, le taux d'allaitement diminue au Kenya, mais augmente au Brésil (bien que ce dernier ait été compromis suite à la participation de Nestlé⁴¹ au programme « Faim Zéro » à travers lequel cette entreprise distribue du lait entier en poudre)⁴².

Illustration N° 2

Industrie du tabac et Convention-cadre pour la lutte anti-tabac

Partant du constat que cinq millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabac, une *Convention-cadre pour la lutte anti-tabac* a été élaborée dans le cadre de l'OMS. Ratifiée par 125 pays à ce jour⁴³ et entrée en vigueur le 27 février 2005, l'une des dispositions essentielles de la Convention consiste à interdire la publicité, la promotion et le mécénat liés au tabac. Or,

³⁸ Cf. Communiqué de presse d'IBFAN du 21 janvier 2004, <http://www.ibfan.org/french/news/press/press21jan04-fr.html>

³⁹ Créé en 1979, le *Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile*, IBFAN (International Baby Food Action Network), est formé d'associations civiles qui œuvrent, partout dans le monde, pour réduire la mortalité et la morbidité des nourrissons et des jeunes enfants. Les groupes d'IBFAN ont pour but d'améliorer la santé et le bien-être des bébés et des petits enfants, des mères et de leurs familles, par le biais de la protection, de la promotion et de l'appui à l'allaitement maternel et à des pratiques optimales d'alimentation des nourrissons. L'IBFAN lutte pour la mise en œuvre totale et universelle du *Code International pour la Commercialisation des Substituts de lait maternel* et des Résolutions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé, voir www.ibfan.org.

⁴⁰ Cf. Rapport d'IBFAN intitulé "Using international tools to stop corporate malpractice - does it work? Checks and balances in the global economy", janvier 2004, <http://www.ibfan.org/english/pdfs/casestudies04.pdf>

⁴¹ Selon la banque d'investissement UBS Warburg, 46% du revenu de Nestlé proviennent « des aliments moins sains » et sont menacés si des réglementations sont introduites. Avec de telles sommes en jeu, d'une part, et la santé et le bien-être de millions de personnes, d'autre part, poursuivre cet effort demandera le même courage que celui dont les militants ont fait preuve pour la question de l'alimentation infantile (cf. Communiqué de presse d'IBFAN du 21 janvier 2004).

⁴² Cf. *Communiqué de presse d'IBFAN du 21 janvier 2004*.

⁴³ Cf. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/fr/index.html>

l'industrie du tabac est loin de s'avouer vaincue. Selon Corporate Accountability International⁴⁴, elle tente en effet de « miner » la Convention en question en essayant d'obtenir, d'une part, un siège à la conférence des Etats parties et, d'autres part, des engagements volontaires – évitant ainsi des législations contraignantes – avec des pays qui sont pourtant parties à ladite Convention. Cela a été le cas avec British American Tobacco (BAT) et Philip Morris⁴⁵ au Mexique⁴⁶. D'ailleurs, l'industrie du tabac continue à dépenser des millions de dollars par année pour redorer son image auprès de l'opinion publique à l'instar de BAT qui offre aux journalistes nigériens un ordinateur portable et 100 000 naira (750 dollars) afin qu'ils écrivent des articles favorables à la compagnie⁴⁷.

Pourtant, Convention ou pas, il est clair que les Etats ont l'obligation, en vertu du PIDESC, de prendre des mesures pour protéger la santé publique contre des produits nocifs et qu'ils manqueront à leur devoir s'ils ne découragent pas « la production, la commercialisation et la consommation de tabac, de stupéfiants et d'autres substances nocives. »⁴⁸

5) Santé-Travail

Pour tout adulte, le travail signifie avant tout un revenu convenable pour subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille et avoir une reconnaissance dans la société. La réalisation de ce droit permet en effet – en principe – la réalisation de nombreux autres droits humains : alimentation, logement, éducation, santé, etc. Le droit au travail n'est pas seulement un droit humain (art. 6 du PIDESC) dans la mesure où il permet également à l'individu d'accomplir ses devoirs envers la société dans laquelle il vit, en participant à la production et à son développement.

Cependant, le travail peut être néfaste pour la santé. Il existe par exemple de nombreux emplois dangereux (dans le secteur industriel en particulier, voir ci-après) où, dans le but d'économiser sur les coûts de production, la protection des travailleurs est parfois quasiment inexistante. Pour les enfants travailleurs, les conséquences au travail auquel ils sont astreints ne se limitent pas à la dangerosité de l'emploi.

Par ailleurs, l'exigence d'une productivité toujours plus accrue et de l'augmentation de la cadence, sous-peine de licenciement et/ou délocalisation,

⁴⁴ L'organisation principale qui a œuvré pour l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac, anciennement Infact.

⁴⁵ Cette compagnie n'hésite pas à soudoyer les scientifiques pour ses desseins. Ainsi, le Professeur Ragnar Rylander, médecin environnementaliste et « chercheur indépendant » aux Universités de Stockholm, Göteborg et Genève, a été « l'un des consultants les plus grassement payés et secrètement employé » par Philip Morris durant plusieurs décennies pour étayer dans ses études « un message sceptique sur les effets de la fumée passive » (voir décisions de la Cour de Justice de Genève du 13 et 15 décembre 2003 et communiqué de presse de l'Université de Genève du 29 octobre 2004. Pour plus d'informations, lire *Infiltration: Une taupe au service de Philip Morris*, éd. Georg, Genève, mai 2005).

⁴⁶ Cf. *Guide d'action du Traité mondial de lutte anti-tabac : protection des politiques nationales de santé contre les ingérences de l'industrie internationale du tabac*, Corporate Accountability International, septembre 2005.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Cf. § 51 de l'*Observation générale N° 14* du CODESC.

soumet les travailleurs à de rudes épreuves et, selon les professions, met bien souvent en danger l'intégrité physique et psychique des travailleurs, tout en provoquant l'augmentation des accidents de travail. Ce phénomène a, ces dernières années, donné lieu à une augmentation visible des recherches, publications, films, etc. dans ce domaine⁴⁹.

6) Santé-Propriété intellectuelle

L'origine du « droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est auteur » (§ 2 de l'article 27 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et § 1:c) de l'article 15 du PIDESC), connu – à tort ? – sous l'appellation de propriété intellectuelle, se trouve sans doute dans la *Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques*⁵⁰. Il s'agit d'« encourager les créateurs à contribuer activement aux arts et aux sciences et au progrès de la société dans son ensemble. »⁵¹

De nos jours, ce droit humain est détourné de son objectif initial et les sociétés transnationales l'utilisent allégrement dans leur recherche de profit effréné pour breveter leurs « inventions », y compris dans le domaine du vivant, ce qui a des conséquences inquiétantes sur la santé. A titre d'exemple, les brevets dans les domaines pharmaceutique et biotechnologique posent de nombreux problèmes (voir illustration N° 3). Ainsi, bien souvent, les transnationales pharmaceutiques et agroalimentaires obtiennent des brevets pour « leurs produits », après en avoir modifié quelques gènes ou molécules ou encore les avoir obtenus tout simplement par biopiraterie⁵². Ils les mettent ensuite sur le marché, créant ainsi un monopole pour une durée relativement longue (20 ans, selon les accords conclus au sein de l'OMC).

Pourtant, l'accumulation de savoir et l'aboutissement d'une recherche sont souvent le fruit de connaissances et d'expériences de plusieurs générations – parfois de plusieurs siècles ! De ce fait, on devrait les considérer comme patrimoine commun de l'humanité, à l'instar du docteur Salk qui déclara en 1955 après sa découverte du vaccin contre la polio : « cette découverte appartient au peuple, il n'y a pas de brevet. Peut-on breveter le soleil ? »⁵³

⁴⁹ Cf. entre autres *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Christophe Dejour, éditions du Seuil, février 2000.

⁵⁰ Adoptée le 9 septembre 1886 et modifiée à plusieurs reprises depuis.

⁵¹ Cf. *Observation générale N° 17* du CODESC, E/CN.4/GC/17 du 12 janvier 2006 (voir annexe 2).

⁵² La biopiraterie (ou biopiratage) est un terme relatif à l'appropriation du vivant, principalement utilisé pour décrire les brevets pris par les grosses firmes privées du génie génétique à partir des années 90 pour s'approprier un droit exclusif sur les gènes, le génome humain, des plantes, et, de façon plus large, tout ce qui est vivant, notamment les ressources de peuples du Tiers-Monde. Elle est aussi utilisée pour décrire une utilisation illégale de ressources naturelles, c'est à dire pour parler clairement d'un vol (par voie législative autorisée par une cour étatsunienne) qui consiste en l'appropriation juridique d'une ressource naturelle au profit d'un firme privée, sous prétexte qu'elle est la première dans la course au brevet, cf. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Biopiraterie>.

⁵³ Cité dans *Les obstacles à la santé pour tous*, édité par Centre Tricontinental et Editions Syllepse, août 2004.

C'est précisément cette dérive que condamne le CODESC dans sa Déclaration adoptée en 2001 :

« Les régimes de propriété intellectuelle – bien que conçus à l'origine pour accorder une protection à des auteurs et des créateurs en tant qu'individus – tendent de plus en plus à protéger les intérêts et les investissements des milieux d'affaires et des entreprises. »⁵⁴

D'ailleurs, le CODESC distingue les droits de propriété intellectuelle des droits humains, étant donné que les premiers sont des instruments qui « peuvent, à l'exception des droits moraux, être cédés, limités dans le temps et dans leur portée, négociés, modifiés, voire perdus », et dont les États doivent se servir « dans l'intérêt de la société dans son ensemble », alors que les seconds sont « intemporels et sont l'expression des prérogatives fondamentales de la personne humaine. »⁵⁵

Dans cette optique, le système des brevets, tel qu'il est conçu dans l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC, entré en vigueur en 1995), va à l'encontre des principes des droits humains.

D'ailleurs, dans une déclaration présentée à la Commission des droits de l'homme (CDH) en 1995, le CETIM attirait l'attention sur les conséquences néfastes prévisibles de l'ADPIC en ces termes :

« L'ADPIC constitue un mécanisme visant à privatiser le bien commun intellectuel et à dépouiller la société civile de ses facultés intellectuelles afin que les entreprises puissent monopoliser l'intelligence. »⁵⁶

Cinq ans après son adoption, c'est la Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme qui fustigeait l'ADPIC :

« (...) étant donné que l'application de l'ADPIC ne rend pas compte comme il convient de la nature fondamentale et de l'indivisibilité de tous les droits de l'homme, notamment le droit de chacun de jouir des bienfaits des progrès scientifiques et de leurs applications, le droit à la santé, le droit à la nourriture et le droit à l'autodétermination, il y a des conflits apparents entre le régime relatif aux droits de propriété intellectuelle contenu dans l'Accord, d'une part, et le droit international relatif aux droits de l'homme, de l'autre. »⁵⁷

Dix ans après l'entrée en vigueur de l'ADPIC, cela se vérifie chaque jour : que cela soit pour les sidéens non solvables dans les pays du Sud qui n'ont pas accès aux médicaments ou pour les agriculteurs qui doivent chaque année payer des redevances pour des semences.

⁵⁴ Cf. Déclaration du CODESC intitulée *Droits de l'homme et propriété intellectuelle*, E/C.12/2001/15 du 14 décembre 2001.

⁵⁵ Cf. *Observation générale N° 17* du CODESC, E/C.12/GC/17 du 12 janvier 2006.

⁵⁶ Cf. Déclaration orale du CETIM concernant les biotechnologies et les accords du GATT sur la propriété intellectuelle.

⁵⁷ Cf. § 2 de la disposition de la résolution E/CN.4/SUB.2/RES/2000/7 de la Sous-Commission, adoptée le 17 août 2000.

Illustration N°3

Les brevets sur le vivant menacent les droits à l'alimentation et à la santé

Les brevets ne concernent pas uniquement les médicaments et les sidéens. Promus et encadrés par le régime de propriété intellectuelle de l'OMC, les brevets sur le vivant menacent les droits à l'alimentation et à la santé. Voici quelques exemples choisis :

De nombreux brevets sont déposés chaque année par des entreprises et des universités. Bien que les pays tropicaux et subtropicaux abritent 90 % des espèces animales et végétales, donc du patrimoine biologique de notre planète, 97 % des brevets sont détenus par des entreprises et des instituts de recherche implantés dans les pays industrialisés⁵⁸.

En effet, selon une étude menée en 1989, « un quart environ de tous les médicaments sont issus de plantes de forêts tropicales dont les trois quarts ont pour base des informations fournies par des populations indigènes. »⁵⁹ Inutile de rappeler que les peuples indigènes « ne reçoivent presque rien de cette manne. »⁶⁰

Il arrive – rarement – que ce genre de biopiratage soit annulé. Cela a été le cas du riz Basmati indien qui avait été breveté en 1997 sous le nom de *Texmati* (croisement du Basmati et d'une variété de riz américain) par l'entreprise RiceTec Inc. à Texas (Etats-Unis). En effet, il a fallu l'intervention du gouvernement indien pour que l'Office des brevets étasuniens (US-PTO) l'annule en 2001⁶¹. Il faut souligner que le « succès » de cette lutte est sans doute dû à l'intervention du gouvernement indien qui s'est emparé du dossier pour sauver son « patrimoine national ». Des considérations économiques ont certainement joué un rôle. Certes, il est préférable que ce pays nourrisse ses propres citoyens avant d'exporter ses produits, mais le problème est plus grave encore, car, avec ce système de brevet, la production nationale même est menacée.

En effet, le géant de l'agrobusiness Monsanto a récemment déclaré qu'il pourrait reprendre la commercialisation du *Terminator* (semences stérilisées) alors qu'en 1999 – sous la pression de l'opinion publique – il s'était engagé à ne pas le commercialiser⁶². L'objectif de l'agrobusiness est clair : créer la dépendance chez les agriculteurs en les forçant à acheter de nouvelles semences chaque année et en les empêchant ainsi de réutiliser comme semences une partie de leurs récoltes. Cette situation peut, à terme, menacer la souveraineté alimentaire et par conséquent aggraver les situations de sous-alimentation dans de nombreuses régions du monde.

⁵⁸ Cf. Bulletin du Swissaid *Le Monde* N° 1, janvier 2006.

⁵⁹ « Biotechnology and Medicinal Plants », in : *Rural Advancement Fund International*, N° 5, 1989, cité par Andrew Gray dans *La nature sous licence ou le processus d'un pillage*, édition CETIM, novembre 1994.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Cf. *Solidaire* N° 163, décembre 2001.

⁶² Cf. Communiqué de presse du collectif « Interdire Terminator » du 21 février 2006.

Pour l'instant, cette menace semble écartée, principalement grâce à une forte mobilisation des mouvements sociaux dont la Via Campesina. En effet, malgré les efforts du Canada, de l'Australie, des Etats-Unis et de la Nouvelle-Zélande, les Etats parties à la *Convention des Nations Unies sur la diversité biologique* ont décidé à l'unanimité de maintenir le moratoire international sur la technologie *Terminator* lors de leur 8^e rencontre, tenue à Curitiba (Brésil) en mars 2006⁶³.

Quant aux OGM, ils menacent la culture biologique et traditionnelle et ne respectent pas le principe de précaution⁶⁴. Malheureusement, de nombreux gouvernements sont actuellement en faveur de cette technique dont les conséquences peuvent s'avérer désastreuses pour les générations à venir.

B) Santé et environnement

Depuis l'âge de la pierre taillée, l'Homme a modifié et a tenté de contrôler son environnement. Si cette démarche a été – globalement – profitable à sa survie et à son confort, elle a grandement influencé la vie sur terre et par conséquent la santé des êtres humains. Ce qui est encore plus vrai aujourd'hui d'autant plus que la tendance semble s'accélérer.

Selon l'OMS, un tiers des maladies est causé par la dégradation de l'environnement⁶⁵. A lui seul, ce chiffre suffit à montrer l'importance d'un environnement sain – qui est également un droit humain⁶⁶ – pour la santé et pour la jouissance des autres droits humains.

Si le droit à un environnement sain n'est pas mentionné explicitement dans les instruments internationaux en matière de droits humains, la tendance est « vers la reconnaissance des liens entre la protection de l'environnement et l'exercice des droits de l'homme. »⁶⁷ En effet, le CODESC, outre son *Observation générale n° 14* déjà citée, énumère entre autres, dans son *Observation générale n° 15*, des entraves de l'Etat partie au droit à l'eau par « la pollution et l'appauvrissement des ressources en eau qui affectent la santé des personnes »⁶⁸ parmi les manquements des Etats à l'obligation de respecter le PIDESC. On peut également mentionner les nombreuses conventions internationales sur la protection de l'environnement qui, malgré leurs faiblesses et failles, vont dans le même sens⁶⁹.

⁶³ Cf. Communiqué de presse du collectif « Interdire Terminator » du 31 mars 2006.

⁶⁴ Cf. entre autres: Rapport annuel du Rapporteur spécial de la CDH sur le droit à l'alimentation, E/CN.4/2004/10.

⁶⁵ Cf. Communiqué de l'OMS du 9 mai 2002.

⁶⁶ Le droit à un environnement sain est reconnu dans de nombreuses législations nationales et régionales.

⁶⁷ Cf. Rapport du Secrétaire général sur *Les droits de l'homme et l'environnement en tant qu'éléments du développement durable*, soumise à la 61^{ème} session de la Commission des droits de l'homme, E/CN.4/2005/96

⁶⁸ Cf. § 44 a) de l'Observation générale n° 15 du CODESC, adoptée en novembre 2002, HRI/GEN/1/Rev.7, pp. 116 à 136.

⁶⁹ Par exemple, la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, la Convention de Rotterdam sur certains produits chimiques et pesticides dangereux, la Convention de

La dégradation de l'environnement résulte en particulier des pollutions diverses, des activités industrielles, des déchets toxiques, de l'armement et des conflits armés ainsi que des catastrophes « naturelles » – qui ne le sont d'ailleurs pas toujours autant qu'on le prétend !

1) Pollution

Il ne se passe pas un jour sans que les médias ne relatent la pollution et ses dangers sur la santé. Les causes de la pollution sont multiples. Parmi celles-ci, l'usage intensif et abusif des substances chimiques et des sources d'énergie (pétrole, charbon et nucléaire en particulier) dans presque tous les domaines de la vie et qui présentent des dangers particuliers et peuvent contaminer aussi bien la terre et la mer que l'air pour de longues périodes.

A titre d'exemple, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) mettait récemment la communauté internationale en garde contre la pollution inquiétante des sources d'eau :

« Les pénuries d'eau déclencheront certainement une intensification des dégâts environnementaux dans les quinze ans à venir. Différents phénomènes, tels que l'affaiblissement des débits fluviaux, la salinité croissante des estuaires, la perte de ressources halieutiques et d'espèces de plantes aquatiques, et la réduction des sédiments charriés vers les côtes, s'amplifieront dans de nombreuses régions du monde d'ici 2020. »⁷⁰

Selon les 1500 experts mandatés par le PNUE pour l'élaboration du rapport précité, les conséquences de ce phénomène dû en grande partie aux activités humaines, seront catastrophiques :

« les pertes de terres arables, l'insécurité alimentaire et les dommages aux zones de pêches s'amplifieront, alors que la malnutrition et la maladie se répandront. »⁷¹

L'explosion de l'usine Jilin Petrochemical en Chine le 13 novembre 2005 qui a pollué – avec des produits cancérigènes – le fleuve Songhua, affluent du fleuve Amour qui traverse la Sibérie russe, ne fait que confirmer les préoccupations du PNUE⁷². D'ailleurs, le PNUE considère le déversement de pétrole

Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers de déchets dangereux et de leur élimination, la Convention de Rio sur la diversité biologique et le Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à ladite Convention, le Protocole de Kyoto à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques...

⁷⁰ Cf. Communiqué du PNUE du 20 mars 2006 concernant son « Rapport sur les ressources mondiales en eau »,

<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/default.asp?DocumentID=71&ArticleID=5234&l=fr>

⁷¹ Idem.

⁷² Pour rappel, une quantité de benzène et de nitrobenzène (des produits hautement cancérigènes), estimée à une centaine de tonnes, s'est déversée dans la rivière Songhua. La nappe de polluants, d'une longueur initiale de 80 km, a dérivé sur la Songhua puis sur l'Amour et a touché de nombreuses villes dont Songyuan (430 000 habitants), Harbin (5 000 000 d'habitants), Jiamusi (600 000 habitants), Khabarovsk (600 000 habitants) et Komsomolsk-sur-l'Amour (200 000 habitants). Voir: http://fr.wikipedia.org/wiki/Catastrophe_de_l'usine_p%C3%A9trochimique_%C3%A0_Jilin,_Chine_le_13_novembre_2005.

dans la mer des Antilles, le Bassin du Niger et le Courant de Benguela en Afrique du Sud, d'une « gravité extrême »⁷³.

2) *Activités industrielles et déchets toxiques*

Basées en grande partie sur des substances chimiques et du pétrole, les activités industrielles et les agricultures industrielles représentent une des principales sources de pollution. Certes, ces activités ont permis des progrès géants en l'espace de quelques décennies, facilitant ainsi la vie, mais, en même temps, elles ont contribué – et continuent à contribuer – à la destruction de l'environnement à une vitesse vertigineuse et par conséquent à la destruction progressive de la vie sur terre.

Comme nous l'avons souligné plus haut, l'usage intensif et abusif de ces substances dans tous les domaines (fabrication d'appareils et de produits ménagers, produits alimentaires et pharmaceutiques, construction de véhicules automobiles et développement des transports motorisés, pesticides-herbicides, fertilisants...) – substances que l'on trouve de manière courante dans les produits et appareils ménagers ainsi que dans les produits alimentaires – présente non seulement des dangers pour la santé, mais provoque également l'épuisement des ressources non renouvelables.

Aujourd'hui, la production mondiale de substances chimiques s'élève à 400 millions de tonnes dont 100 000 substances différentes sont enregistrées dans la seule Union européenne⁷⁴. Pourtant, selon l'OMS, « une exposition chronique, même à faibles doses, peut entraîner une altération des systèmes nerveux et immunitaire, des troubles de la reproduction et du développement, des cancers et des lésions organiques. »⁷⁵ Toujours selon l'OMS, « 47 000 personnes meurent chaque année à la suite d'une intoxication par des produits chimiques comme les pesticides. »⁷⁶

Par ailleurs, les conséquences des accidents dans les activités industrielles peuvent aussi être très graves. A titre d'exemple, l'explosion de l'usine de pesticides d'Union Carbide à Bhopal (Inde) en 1984 a provoqué la mort immédiate de plusieurs milliers de personnes et a affecté et continue d'en affecter des centaines de milliers d'autres⁷⁷.

Il en est de même pour le transfert des produits et déchets toxiques, tels que le démontage des navires contaminés par l'amiante ou l'envoi des déchets électroniques « vers des pays à économie faible où les collectivités n'ont pas de pouvoir réel de décision. »⁷⁸

⁷³ Voir note 70.

⁷⁴ Cf. Rapport du Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur les *Conséquences néfastes des mouvements et déversements illicites de produits et déchets toxiques et nocifs pour la jouissance des droits de l'homme*, E/CN.4/2006/42.

⁷⁵ Idem.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Voir notre brochure *Sociétés transnationales et droits humains*, Genève, novembre 2005.

⁷⁸ Cf. Note 74.

Dans ce contexte, le stockage des déchets toxiques et dangereux peut poser des problèmes même après bien des années. A titre d'exemple,

« le tsunami a brassé des déchets dangereux qui avaient été déposés au début des années 90 sur les plages autour de Hobyo Nord et de Warsheik, au sud de Benadir (nord de la Somalie), générant ainsi des problèmes sanitaires – notamment des affections respiratoires aiguës, des saignements de la bouche et des affections cutanées. »⁷⁹

3) Nucléaire

Si la manipulation des substances chimiques et des déchets toxiques présente des dangers non seulement pour les travailleurs du secteur industriel – y compris de l'agriculture industrielle –, mais également pour la santé publique, les déchets nucléaires – ne pouvant pas être éliminés par le cycle naturel – constituent un danger permanent pour toute l'humanité, étant donné que les connaissances dans ce domaine restent limitées.

A titre d'exemple, la catastrophe de Tchernobyl (voir également chapitre II.A.4), survenue le 26 avril 1986 dans une centrale nucléaire en Ukraine, continue à faire des victimes :

« pour les liquidateurs⁸⁰, c'est déjà plus de 25 000 morts et plus de 200 000 invalides, et pour les populations exposées à la contamination, un bilan qui sera, selon les estimations, de 40 000 à 560 000 morts par cancers, plus autant de cancers non mortels, sans parler de malformations d'enfants et de bétail. »⁸¹

4) Armements et conflits armés

Sans aucun doute, l'industrie de l'armement, qui ne cesse de fabriquer de nouveaux monstres, autant des armes conventionnelles, chimiques et biologiques que nucléaires, est le secteur le plus dangereux, non seulement pour la santé mais également pour le droit à la vie, étant donné que par son essence elle vise à tuer les êtres humains et à détruire l'environnement.

Bien que ces dernières années, les spécialistes parlent de « frappes chirurgicales » quand ils évoquent les guerres, il est de notoriété publique que l'usage d'armes, telles que les bombes à l'uranium appauvri, provoque des dégâts irréversibles pour l'environnement⁸².

⁷⁹ Cf. Rapport du PNUE « After the Tsunami : Rapid Environmental Assessment », 2005, cité par le Rapporteur spécial sur les *conséquences néfastes des mouvements et déversements illicites de produits et déchets toxiques et nocifs pour la jouissance des droits de l'homme* dans son Rapport annuel, E/CN.4/2006/42.

⁸⁰ Les ouvriers qui ont travaillé dans le démantèlement de la centrale après l'explosion.

⁸¹ Cf. http://www.dissident-media.org/infonucleaire/special_tcherno.html. Selon l'OMS, Tchernobyl aurait fait neuf mille morts et 240 000 liquidateurs, qui agissaient dans un périmètre de 30 km autour de la centrale nucléaire, auraient reçu des radiations à haute dose. S'agissant de la population vivant à Tchernobyl, 116 mille personnes ont été évacuées immédiatement, mais 230 mille personnes ont été installées dans la région contaminée des années après l'explosion (voir *Fact Sheet* n° 303, avril 2006, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs303/en/index.html>).

⁸² Utilisées massivement par l'armée étasunienne en Afghanistan et en Irak (cf. entre autres la déclaration conjointe du CETIM présentée à la 56^{ème} Session de la CDH, E/CN.4/2000/NGO/136).

Les guerres et les conflits armés causent non seulement de nombreux morts et blessés, mais ils détruisent également le milieu naturel (champs, logement, bétail, alimentation, travail, éducation, information...) d'un nombre important de personnes (parfois des millions). Ils peuvent aussi provoquer des épidémies et diverses maladies parce que les besoins essentiels (eau, alimentation, structures sanitaires, etc.) ne peuvent pas être satisfaits et/ou parce qu'il est devenu impossible d'y accéder. Ainsi, malgré les *Conventions de Genève* et la *Convention relative au statut des réfugiés*, ce sont souvent les populations civiles qui paient le plus grand tribut, comme nous l'indiquent de nombreuses études à ce propos.

Force est de constater que les Etats n'ont guère changé leurs politiques en la matière depuis la *Déclaration d'Alma-Ata* qui suggérait que :

« L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins en santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient. »⁸³

5) *Catastrophes naturelles*

Les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les inondations ou les ouragans sont également des menaces pour la vie et la santé des populations dans la mesure où elles sont à l'origine de nombreux décès et privent les survivants de leurs moyens de subsistance (alimentation, logement, destruction de l'environnement et des cultures, etc.). Si dans certaines régions du monde certaines catastrophes sont cycliques, les spécialistes attribuent la fréquence récente des inondations et des sécheresses, par exemple, à l'érosion due aux déboisements, à l'urbanisation intensive⁸⁴ et à l'émission accrue de gaz à effet de serre qui provoquent le changement climatique.

A ce propos, le CODESC rappelle que :

« les Etats sont investis collectivement et individuellement de la responsabilité de coopérer aux fins de la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'une assistance humanitaire en temps d'urgence, y compris l'assistance aux réfugiés et aux déplacés. Chaque Etat devrait contribuer à cette entreprise au maximum de ses capacités. »⁸⁵

⁸³ Cf. § 10 de la *Déclaration d'Alma-Ata*, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée par l'OMS.

⁸⁴ De nos jours, 50% de la population mondiale vit dans des centres urbains et une vingtaine de mégapoles comptent plus de 10 millions d'habitants. Selon les spécialistes, ce taux atteindra 70% en 2050. Cf. http://www.univ-paris12.fr/1142951146546/0/fiche___actualite/

⁸⁵ Cf. § 40 de l'*Observation N° 14* du CODESC.

6) Mesures prises (ou position des Etats)

Certes, la communauté internationale est consciente des problèmes posés par la dégradation de l'environnement depuis la convocation par l'ONU d'un sommet mondial sur l'environnement en 1972 – qui a abouti à la création du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) –, et a adopté de nombreuses conventions dans ce domaine⁸⁶. Toutefois, ces dernières comportent non seulement des failles mais, bien souvent, elles ne sont même pas respectées. Et les quelques timides mesures qui ont été prises restent largement insuffisantes face aux nouvelles découvertes. Cela est dû principalement à un mode de vie (société de consommation) promu depuis plusieurs décennies et qui favorise l'économie au détriment de toute autre considération.

A titre d'exemple, malgré la création, en 2000, de l'Africa Stockpiles Programme, 50 000 tonnes de pesticides obsolètes stockées sur tout le continent africain depuis quatre décennies attendent des dons pour être nettoyés⁸⁷.

Il en va de même pour le système REACH, adopté récemment par le Conseil des ministres de l'Union européenne, qui permet, contrairement à la proposition du Parlement européen, la poursuite de la commercialisation de :

« substances cancérogènes, produits nocifs pour la reproduction (comme le phtalate de dioctyle) et substances qui perturbent les fonctions hormonales (comme le bisphénol A), alors même qu'il existe des produits de remplacement présentant moins de risques. »⁸⁸

Le Protocole de Kyoto à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, qui fixe un calendrier de réduction des émissions de gaz à effet de serre, est complètement détourné de son objectif initial, comme on pouvait s'en douter. Dans les faits, il « permet aux entreprises polluées d'acheter des droits d'émission de CO₂ à celles qui polluent moins. Une Bourse européenne du carbone a vu le jour. (...) Elle consiste à mettre fin à la gratuité de l'émission de ces gaz, qui est désormais réglée par un système de quotas par tonne, ou 'permis de polluer', que l'on achète selon les lois de l'offre et de la demande. »⁸⁹

Dans ce contexte, il faut préciser que le choix des énergies dites vertes ou propres (biocarburant) risque d'avoir des répercussions sur l'agriculture vivrière et l'environnement et, par conséquent, sur le droit à l'alimentation et à la santé.

En effet, combustible liquide obtenu après des traitements plus ou moins importants à partir de cultures ou de végétaux non cultivés, le biocarburant est

⁸⁶ Les plus importants sont : la *Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants*, la *Convention de Rotterdam sur certains produits chimiques et pesticides dangereux*, la *Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers de déchets dangereux et de leur élimination*, la *Convention de Rio sur la diversité biologique* et le *Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques* relatif à ladite Convention, le *Protocole de Kyoto à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques*.

⁸⁷ Voir le Rapport du Rapporteur spécial de la CDH sur les déchets toxiques, E/CN.4/2006/42.

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ Cf. *Le Monde* du 16 février 2006.

présenté comme une alternative au pétrole⁹⁰. Un quotidien suisse révélait récemment l'enthousiasme des investisseurs qui, entre 1999 et 2004, avaient injecté près de 4,4 milliards de dollars étasuniens dans le secteur de l'énergie, la majorité de cette somme étant consacrée à des « projets liés aux énergies renouvelables »⁹¹. Qu'en est-il exactement ? Selon Jean-Marc Jancovici, il faudrait par exemple multiplier par 3 à 4 fois les terres agricoles actuelles en France pour produire 50 millions de tonnes [végétales] équivalent pétrole⁹². On imagine aisément les dégâts sur l'environnement et, par conséquent, sur la santé de la population. De plus, les « biocarburants » utilisés actuellement seraient comme des additifs minoritaires aux produits pétroliers et, sans produits pétroliers, on ne pourrait même plus les utiliser sous leur forme actuelle !⁹³

Pourtant, les directives du CODESC sont claires à ce propos pour les Etats qui devraient :

« s'abstenir de polluer de façon illicite l'air, l'eau et le sol, du fait par exemple d'émissions de déchets industriels par des installations appartenant à des entreprises publiques, d'employer des armes nucléaires, biologiques ou chimiques ou d'effectuer des essais à l'aide de telles armes si ces essais aboutissent au rejet de substances présentant un danger pour la santé humaine, et de restreindre à titre punitif l'accès aux services de santé, par exemple en temps de conflit armé, ce en violation du droit international humanitaire. » (§ 34 de l'Observation générale n° 14 du CODESC)

⁹⁰ Il existe classiquement trois grandes filières de biocarburants : les combustibles obtenus à partir de cultures oléagineuses (littéralement, une plante oléagineuse est une plante qui peut fournir de l'huile), et qui sont essentiellement le colza et le tournesol ; les combustibles obtenus à partir d'alcools (méthanol, éthanol) et les combustibles obtenus à partir du méthane contenu dans le biogaz (cf. http://www.manicore.com/documentation/carb_agri.html).

⁹¹ Cf. *Le Temps* du 8 février 2006.

⁹² Cf. http://www.manicore.com/documentation/carb_agri.html

⁹³ *Idem*.

III) LA RÉALISATION DU DROIT A LA SANTÉ

La réalisation du droit à la santé suppose la levée de divers obstacles dont la pauvreté, les carences dans les domaines de la santé primaire, la privatisation du secteur public, les pandémies, le manque de moyens financiers... Toutefois, il existe des mécanismes de contrôle aux niveaux international et régional. Ce chapitre les passe en revue (A) avant d'aborder les exemples de systèmes concrets mis en place dans certains pays (B) et de préciser les obligations faites à divers acteurs par le droit international (C).

A) Les mécanismes de contrôle

Indépendamment des ministères de la santé et autres instances, il existe des mécanismes de contrôle spécifiques du droit à la santé. Ils sont toutefois limités et les recours à ces mécanismes sont rares. Cette situation perdure bien que le recours et la réparation en cas de violation de ce droit doivent être la règle comme le déclare sans ambiguïté le CODESC :

« Toute personne ou groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale. Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition. »⁹⁴

1) Au niveau régional

Le Comité européen des droits sociaux

Des plaintes collectives peuvent être déposées devant le Comité européen des droits sociaux⁹⁵ concernant le droit à la santé, en vertu de l'article 11 de la *Charte sociale européenne*, de même que les droits à la sécurité sociale (art. 12), à l'assistance sociale et médicale (art. 13) et au bénéfice des services sociaux (art. 14).

Depuis l'entrée en vigueur du système de réclamations collectives en 1998, 33 plaintes ont été présentées au Comité⁹⁶ dont un tiers concernaient les conditions d'hygiène sur les lieux de travail, les conséquences des activités industrielles sur la santé⁹⁷ et la protection sociale, juridique et économique des enfants et adolescents⁹⁸.

⁹⁴ Cf. § 59 de l'*Observation générale n° 14* du CODESC.

⁹⁵ Chargé du respect de la *Charte sociale européenne* adoptée en 1961 et révisée en 1996.

⁹⁶ Selon la liste établie par le Comité au 25 avril 2006. cf.

http://www.coe.int/t/f/droits_de_1%27homme/cse/4_r%27E9clamations_collectives/liste_des_r%27E9clamations/default.asp#P97_10508

La Commission interaméricaine des droits de l'homme

Chargée de surveiller l'application de la *Convention américaine relative aux droits de l'homme*, la Commission interaméricaine des droits de l'homme (tout comme d'ailleurs la Cour interaméricaine des droits de l'homme) n'est pas habilitée à recevoir des plaintes concernant les violations des droits économiques, sociaux et culturels, contrairement aux droits civils et politiques.

Par contre, les Etats parties au *Protocole de San Salvador*⁹⁹, consacré aux droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé (art. 10), sont tenus de présenter des rapports périodiques à l'Assemblée générale de l'Organisation des Etats Américains sur la mise en œuvre dudit protocole (art. 19.1).

La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples

Outre les rapports périodiques présentés par les Etats parties aux traités africains en matière des droits humains, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples peut recevoir des plaintes individuelles et collectives concernant le droit à la santé, en vertu, entre autres, de la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples* (art. 16) et de la *Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant* (art. 13 et 14).

Bien que le Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui institue la création de la Cour africaine des droits de l'homme soit entré en vigueur en janvier 2004, cette dernière n'est pas encore réellement active et, de ce fait, n'a reçu – à notre connaissance – aucune plainte à ce jour.

2) Au niveau international

Les comités présentés ci-après sont tous, à l'exception du CODESC¹⁰⁰, des organes créés en vertu des Conventions internationales dûment ratifiées par des Etats. Ils sont composés d'experts indépendants d'un nombre variable (10 à 23), élus par les Etats parties à la Convention en question pour une durée de quatre ans et rééligibles¹⁰¹.

⁹⁷ Voir entre autres les cas n° 22/2003 Confédération générale du travail (CGT) c. France et n° 30/2005 Fondation Marangopoulos pour les Droits de l'Homme (FMDH) c. Grèce :

http://www.coe.int/t/f/droits_de_1%27homme/cse/4_r%E9clamations_collectives/liste_des_r%E9clamations/default.asp#P47_3588

http://www.coe.int/t/f/droits_de_1%27homme/cse/4_r%E9clamations_collectives/liste_des_r%E9clamations/default.asp#P97_10508

⁹⁸ Voir entre autres les cas n° 19/2003 Organisation mondiale contre la torture (OMCT) c. Italie et n° 18/2003 Organisation mondiale contre la torture (OMCT) c. Irlande, http://www.coe.int/t/f/droits_de_1%27homme/cse/4_r%E9clamations_collectives/liste_des_r%E9clamations/default.asp#P97_10508

⁹⁹ Adopté en 1988 et entrée en vigueur en 1999.

¹⁰⁰ Voir notre brochure *Pour un protocole additionnel au PIDESC*, février 2006.

¹⁰¹ Pour plus d'information, prière de se référer au site du Haut-Commissariat aux droits de l'homme, <http://www.ohchr.org/french/bodies/>

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC) est l'organe des Nations Unies chargé de surveiller l'application du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC)¹⁰². Les Etats parties à ce pacte sont tenus de présenter des rapports périodiques devant le CODESC sur le respect et la mise en œuvre dudit pacte. Par contre, il n'est pas possible pour l'instant de présenter des plaintes devant le CODESC en cas de violations des droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé (art. 12 du PIDESC), étant donné qu'aucun protocole au Pacte, qui permettrait la saisine du CODESC¹⁰³, n'a encore été adopté.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale

Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD) est l'organe des Nations Unies qui a pour tâche principale de surveiller l'application par les Etats parties de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*¹⁰⁴. Outre l'examen des rapports périodiques des Etats parties, le CERD a la compétence de recevoir des plaintes (individuelles et collectives), en vertu de l'art. 14 de ladite Convention¹⁰⁵, par exemple en cas de discrimination dans le respect des droits économiques, sociaux et culturels dont le « droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux (art. 5 § e: iv).

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) est l'organe des Nations Unies qui est chargé de surveiller la mise en œuvre de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*¹⁰⁶. Le CEDAW examine les rapports périodiques soumis par les Etats parties et peut recevoir des plaintes individuelles et collectives depuis l'entrée en vigueur en 2000 du Protocole facultatif à ladite Convention en cas de discrimination concernant les droits qui sont énumérés, y compris le droit à la santé (art. 12)¹⁰⁷.

Le Comité des droits de l'enfant

Le Comité des droits de l'enfant (CRC) est l'organe des Nations Unies qui est chargé de surveiller l'application de la *Convention relative aux droits de l'enfant*¹⁰⁸ par les Etats parties dont le droit à la santé (art. 24)¹⁰⁹. Il surveille aussi la mise en œuvre des deux *Protocoles facultatifs* à la Convention, l'un

¹⁰² Adopté en 1966 et entrée en vigueur en 1976.

¹⁰³ Voir à ce propos notre brochure *Pour un protocole additionnel au PIDESC*, février 2006.

¹⁰⁴ Adoptée en 1965 et entrée en vigueur en 1969.

¹⁰⁵ Selon cet article, l'Etat partie doit faire une déclaration pour reconnaître la compétence du CERD.

¹⁰⁶ Adoptée en 1979 et entrée en vigueur en 1981.

¹⁰⁷ D'autres articles, notamment 11 et 14, sont également consacrés à cette question.

¹⁰⁸ Adoptée en 1989 et entrée en vigueur en 1991.

¹⁰⁹ A noter que plusieurs articles de cette convention sont également consacrés à la santé (art. 17, 23 et 25 notamment).

concernant *l'implication des enfants dans les conflits armés*, et l'autre concernant *la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants*. Le CRC¹¹⁰ examine des rapports périodiques soumis par les Etats parties à la Convention et les rapports complémentaires présentés par les Etats qui ont adhéré aux deux Protocoles facultatifs précités.

Le Comité des travailleurs migrants

Le Comité des travailleurs migrants est le plus récent organe des Nations Unies, créé suite à l'entrée en vigueur en 2003 de la *Convention internationale sur la protection de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles*¹¹¹. Tous les Etats parties sont tenus de présenter au CMW des rapports périodiques sur la mise en œuvre des droits consacrés par la Convention. Le CMW examine chaque rapport et fait part de ses préoccupations et de ses recommandations à l'Etat partie sous la forme d'« observations finales ». Le CMW pourra également recevoir des plaintes interétatiques (art. 76) et individuelles (art. 77), mais uniquement de la part des ressortissants d'un Etat partie accusé de violation des droits énumérés dans la Convention en question, dont le droit aux soins (art. 28), dès que 10 Etats parties à la Convention reconnaîtront la compétence du CMW dans ce domaine¹¹².

Par ailleurs, le *Comité des droits de l'homme* qui s'occupe des droits civils et politiques et le *Comité contre la torture* peuvent également être saisis pour la violation de certains aspects du droit à la santé, tels que le droit à la vie ou l'obligation de ne pas être complice ou de soumettre des individus à des actes de torture et de mauvais traitements.

Le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur le droit à la santé

Nommé en 2002 par la CDH, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, M. Paul Hunt, a comme mandat principal de « rendre compte de la réalisation, dans le monde entier, du droit de toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale [...] et de l'évolution dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les lois, politiques et pratiques les plus propices à la jouissance de ce droit, ainsi que les obstacles rencontrés sur le plan interne et au niveau international dans son application ; de recommander des mesures propres à promouvoir et à protéger l'exercice [de ce droit]. »¹¹³

A l'instar d'autres Rapporteurs spéciaux, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé présente chaque année un rapport annuel à la CDH, mène des missions dans divers pays (en principe, deux missions par an) sur le respect de ce droit et peut envoyer des « appels urgents » aux gouvernements sur les allégations qu'il reçoit de la part des ONG, des communautés ou des individus.

¹¹⁰ A noter que cet organe ne dispose pas encore de procédure pour recevoir des plaintes.

¹¹¹ Adoptée en 1999.

¹¹² Cf. <http://www.ohchr.org/french/bodies/cmw/index.htm>

¹¹³ cf. § 5 de la résolution E/CN.4/RES/2002/31.

Il faut préciser que tous les mandats existants au sein de la CDH, suite à la suppression de cette institution récemment, ont été transférés au nouveau Conseil des droits de l'homme. A l'heure de la rédaction de la présente brochure¹¹⁴, un consensus se dégagait parmi les Etats membres du nouveau Conseil pour proroger d'un an lesdits mandats, y compris le mandat du Rapporteur spécial sur le droit à la santé. Dans le futur par contre, le Conseil se réserve le droit d'examiner tous ces mandats en vue de les « améliorer » et de les « rationaliser »¹¹⁵.

B) La mise en œuvre du droit à la santé au niveau national : quelques exemples

Ce chapitre se concentre essentiellement sur la mise en œuvre du droit à la santé au niveau national, en présentant les systèmes de santé de trois pays.

Le CODESC fixe les *obligations fondamentales minimales* des Etats parties pour la mise en œuvre du droit à la santé comme suit :

« a) garantir le droit d'accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ;

b) assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim ;

c) assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ;

d) fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels ;

e) veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ;

f) adopter et 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; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis ; la mise au point de la stratégie et du plan d'action, de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés. »¹¹⁶

Or, le système de santé varie énormément d'un pays à l'autre, suivant le régime politique et idéologique au pouvoir. Par contre, la qualité et l'efficacité du système ne dépendent pas forcément des dépenses engagées (voir ci-après).

¹¹⁴ Mai 2006.

¹¹⁵ Voir § 6 de la résolution de l'Assemblée générale de l'ONU A/RES/60/251 qui a institué le Conseil des droits de l'homme à la place de la Commission des droits de l'homme.

¹¹⁶ Cf. § 43 de l'Observation générale n° 14 du CODESC.

1) Etats-Unis

Selon l'Institut de santé publique, les Etats-Unis consacrent une part plus grande de leur PNB à la santé (15% en 2002) qu'aucun autre pays industrialisé¹¹⁷.

Aux Etats-Unis, l'assurance maladie peut être privée ou publique. L'assurance privée est la plus courante (68,3% de la population au-dessous de 65 ans en 2005¹¹⁸). La plupart des personnes ayant une assurance privée sont couvertes par leur employeur ou celui de leur famille (assurance de groupe). Dans ce cas, une partie (ou la totalité, selon le contrat individuel de l'employé concerné) de l'assurance est prise en charge par l'employeur, le reste par l'employé. Par contre, en cas de perte de travail, l'employé perd également son assurance. Il faut souligner que l'assurance n'est pas offerte par tous les employeurs. Dans ce cas, il est possible de contracter une assurance individuelle qui est, en général, assez chère.

Il existe également des programmes fédéraux auxquels participent 17% de la population américaine au-dessous de 65 ans en 2005¹¹⁹. Les deux programmes principaux sont Medicare, destiné aux personnes âgées (au-dessus de 65 ans) et à certaines personnes handicapées et qui couvre les séjours à l'hôpital, les visites médicales et, en partie, les médicaments¹²⁰ et Medicaid qui s'occupe de personnes à revenu modeste¹²¹. Medicaid est administré par voie étatique et chaque Etat peut décider des critères d'accès. Ces critères peuvent être, par exemple, l'âge, la grossesse, le handicap, les revenus et autres ressources.

Malgré ces possibilités d'assurance, une partie non négligeable de la population reste en dehors du système. Selon l'enquête *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey, January-September 2005*¹²², au moment de l'entretien, 18,8% des personnes dont l'âge variait entre 18 et 64 ans étaient sans assurance, tout comme 8,8% des moins de 18 ans. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, le chiffre était de 0,9%. Entre 1997 et 2005, pour tous âges confondus, entre 14,1% et 15,4% de la population n'avaient pas d'assurance maladie (ce qui représente environ 45 millions de personnes).

On peut également voir dans ces chiffres un fossé entre les différents segments de la société : pour les personnes d'origine hispanique, le pourcentage de

¹¹⁷ *Health, United States 2005. With Chartbook of Trends in the Health of Americans*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, 2005.

¹¹⁸ Cohen, R. et Martinez, M., *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey, January-September 2005*, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

¹¹⁹ Idem.

¹²⁰ A noter que les prix des médicaments aux Etats-Unis sont les plus chers au monde. Les Etats-Uniens qui vivent près de la frontière canadienne avaient l'habitude de s'approvisionner en médicaments au Canada pour faire des économies substantielles. L'Administration Bush a décréé cette pratique illégale.

¹²¹ *Checkup on Health Insurance Choices*. AHCPH Publication No. 93-0018, December 1992. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, <http://www.ahrq.gov/consumer/insuranc.htm>

¹²² Cohen, R. et Martinez, M., *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey, January-September 2005*, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

personnes sans assurance est de 30,6% ; pour celles d'origine africaine, de 17% ; et pour les Blancs, de 10%¹²³.

Actuellement, ce système est fortement critiqué dans le pays. Selon *ABCNEWS/Washington Post*¹²⁴, deux Américains sur trois préféreraient un système universel au système actuel largement basé sur le fait d'avoir un emploi. Une grande partie de la population est mécontente du prix du système. Jusqu'à 25% des Américains ont ainsi renoncé à un traitement médical ordonné à cause du prix des médicaments. Ce chiffre s'élève à 49% pour les personnes non assurées.

Le système est également critiqué dans le rapport *Le système de santé américain : le meilleur du monde ou juste le plus coûteux* ?¹²⁵ indiquant que le prix du système (évalué en dépense par personne) est le plus coûteux du monde. Les Etats-Unis sont « le seul pays dans le monde développé, à l'exception de l'Afrique du Sud¹²⁶, qui ne fournisse pas un service médical à tous ses citoyens » ; le taux de mortalité infantile est un des plus élevés des pays de l'OCDE et se situe en bas de l'échelle de tous les pays de l'Organisation quant à l'équité du financement des services de santé.

2) Cuba

La Constitution cubaine affirme l'égalité de tous les citoyens qui ont les mêmes droits et devoirs dans la société. L'un de ces droits est le droit à des soins dans tout établissement de santé (article 43), plus précisément défini dans l'article 50 comme suit :

*« Toute personne a droit à des soins de santé et à la protection de sa santé. L'Etat garantit ce droit : en assurant la gratuité des soins médicaux et hospitaliers dans le cadre du réseau des établissements de service médical rural, des policliniques, des hôpitaux, des centres de prévention et des centres de traitement spécialisé ; en assurant la gratuité des soins dentaires ; en élaborant des plans portant sur l'information et l'éducation dans le domaine de la santé, les examens médicaux périodiques, les vaccinations et autres mesures visant à prévenir les maladies. L'ensemble de la population coopère à ces plans et activités à travers les organisations de masse et sociales. »*¹²⁷

Depuis la révolution de 1959, la politique de santé cubaine s'articule autour de cinq lignes directrices : i) l'accès aux soins médicaux est un droit pour chacun. Afin de pouvoir le réaliser, il est nécessaire que les soins médicaux soient gratuits et que les équipements soient dispersés dans tous le pays ; ii) la santé publique est de la responsabilité de l'Etat ; iii) les soins de santé doivent être globaux – ce qui veut dire que l'information, la prévention et le traitement des maladies doivent former un tout ; iv) le peuple et ses organisations de masse

¹²³ Idem.

¹²⁴ Langer, G., *Health Care Pains. Growing Health Care Concerns Fuel Cautious Support for Change*, ABCNEWS, 9 April 2006, www.abcnews.go.com

¹²⁵ *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?* Bureau of Labor Education, University of Maine, Orono, Summer 2001.

¹²⁶ A noter que celle-ci n'est plus considérée par l'ONU comme un pays développé.

¹²⁷ Traduction www.who.org

participent à l'élaboration et au fonctionnement du système de santé publique ; v) les activités concernant les soins médicaux sont toujours intégrées au développement socio-économique.

Au cours des années, les structures organisatrices, nécessaires pour la réalisation de ces principes, ont constamment changé – les besoins les plus importants et les plus urgents déterminant la stratégie à suivre.

Les dépenses qu'assume l'économie familiale sont les médicaments prescrits aux patients ambulatoires, les prothèses auditives, de l'estomac et orthopédiques, les fauteuils roulants, cannes/béquilles ou articles similaires, et les lunettes. Dans tous les cas, les prix restent bas et sont subventionnés par l'Etat. Certaines personnes au revenu modeste reçoivent de l'aide financière et des produits, incluant médicaments et prothèses.

Quant aux composantes du système de santé publique¹²⁸, il s'agit de : la médecine préventive et la réhabilitation ; l'assistance aux personnes âgées et personnes souffrant de handicaps physiques ou psychiques ; le contrôle hygiénique – épidémiologique ; la formation, la spécialisation et la perfectionnement des professionnels et des techniques ; la recherche et le développement des sciences médicales ; les statistiques de santé ; l'information scientifique et technique ; la promotion de la santé ; l'assurance de fournitures non médicales et l'entretien du système ; l'assurance technologique, médicale et électro-médicale ; la production, la distribution et la commercialisation de médicaments et des matériaux médicaux. Il faut préciser que chaque composante dispose d'un réseau d'unités qui l'entretient.

Le système de santé cubain est reconnu pour être de bonne qualité ; les 11 millions de Cubains sont généralement en très bonne santé. Il a d'ailleurs été primé par l'OMS en 1998¹²⁹. Avec une espérance de vie et un taux de mortalité infantile qui ressemblent à ceux des pays développés, ce pays se démarque des autres pays pauvres. Comme le dit C. Grégoire :

*« On dit que les Cubains vivent comme des pauvres, mais meurent comme des riches, puisque les causes principales de mortalité sont les mêmes que celles prévalant dans les pays développés, soit les maladies cardio-vasculaires et les cancers. »*¹³⁰

3) Finlande

Le droit à la santé est affirmé dans la Constitution finlandaise à l'article 19 (Droit à la sécurité sociale) :

« Toute personne qui ne parvient pas à se procurer la sécurité nécessaire à une vie dans le respect de la dignité humaine a droit aux moyens de subsistance et aux soins indispensables. »

¹²⁸ *Componentes del Sistema Nacional de Salud*, www.cubagob.cu

¹²⁹ Le Président cubain est devenu l'unique chef d'Etat à recevoir la médaille « Health for All » pour avoir réalisé dans son pays, dès 1983, les objectifs établis par l'OMS en 1988 (voir communiqué de l'OMS, WHA/5 du 14 mai 1998).

¹³⁰ Grégoire, C., *La bonne santé des Cubains*, Alternatives, 25 avril 2005, www.alternatives.ca

La loi garantit à chacun le droit à des moyens de subsistance de base en cas de chômage, de maladie, d'incapacité au travail et de vieillesse, ainsi qu'en cas de naissance d'un enfant ou de disparition du soutien de famille.

L'Etat est tenu de garantir à chacun, conformément à des modalités plus précises fixées dans une loi, l'accès à des services sociaux et de santé suffisants, et de promouvoir la santé publique. L'Etat soutient également les familles et les autres personnes en charge d'enfants, afin qu'elles aient la possibilité de garantir le bien-être et le développement personnel des enfants (...) »¹³¹

En Finlande, le système de santé publique est régi par la Loi sur l'assurance maladie¹³². L'Institut de santé publique est responsable de l'exécution et de la surveillance de cette loi et veille à l'indemnisation pour tous les habitants permanents de Finlande. L'assurance couvre visites médicales et soins dentaires, médicaments prescrits et frais de déplacement pour l'assuré, y compris les soins nécessaires pendant des séjours à l'étranger. Une condition obligatoire pour cela est que les soins soient prescrits par un médecin ou dentiste accrédité. Le coût des visites médicales est normalement remboursé à 60%, les examens supplémentaires prescrits par un médecin à 75%, les frais de déplacement à 100% selon le mode de transport le moins cher, et les médicaments à 50%, pouvant aller jusqu'à 100% pour certaines maladies chroniques. L'assurance couvre aussi la perte de revenus en cas de longue maladie. La loi définit le cadre des activités sans régler les détails.

Concrètement, c'est aux communes d'organiser les services (le système de santé est décentralisé dans 448 municipalités). Selon la loi, les services obligatoires sont les suivants : consultations médicales à titre préventif (information et contrôles de santé) ; service médical et ré-insertion (centres de santé publiques et urgences) ; transports (ambulances) ; soins dentaires (information, visites et traitements) ; santé scolaire (suivi et contrôles réguliers pour les jeunes âgés de 7 à 18 ans) et santé des étudiants (universités et écoles supérieures à prix réduit) ; contrôles généraux des segments de la population à risque ; médecine du travail (contrôles annuels et prévention) et protection de l'environnement et de la santé¹³³. La loi définit également le temps d'attente maximum pour les soins non urgents.

Le système de santé publique est principalement financé par le secteur public. En 1999, 43% des activités étaient financées par les municipalités, 18% par l'Etat, 15% par FPA (l'Agence de l'assurance publique) et 24% par le secteur privé (surtout consommateurs des services)¹³⁴.

Ce système public est complété par des services privés remboursables au même titre. Le système public et le réseau de systèmes privés (spécialistes, ser-

¹³¹ Traduction non officielle du Ministère de la justice de la Finlande.
<http://www.finlex.fi/pdf/saadkaan/R9990731.PDF>

¹³² Sjukförsäkringslag 21.12.2004/1224

¹³³ *Lagstadgade tjänster inom hälso- och sjukvården*, Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2005:7swe, Helsingfors 2005.

¹³⁴ *Health Care Systems in Transition: Finland*, European Observatory on Health Care Systems, vol. 4, no. 1, 2002.

vices de prévention de santé au travail etc.) ne sont ni coordonnés entre eux, ni en compétition. Ils se complètent – qu’une personne utilise les deux systèmes n’est pas extraordinaire. Des indemnités payées en 2004, seulement 15,7% ressortaient aux services privés¹³⁵. Beaucoup de médecins travaillent dans les deux secteurs.

Cependant, le système de santé finlandais montre des signes de dégradation, étant donné qu’il n’échappe pas aux vagues néolibérales et aux pressions de l’Union européenne. En effet, il est souvent critiqué ces dernières années par le fait que les files d’attente s’allongent devant des hôpitaux bondés et que le personnel de santé est surmené¹³⁶. Certains partis politiques ont commencé à prôner une privatisation du secteur, mais sans trouver de soutien marquant.

C) Les obligations internationales de divers acteurs

Le droit à la santé indique à lui seul à quel point il est indissociable et interdépendant des autres droits humains et de la nécessité d’entreprendre des actions concertées de la communauté internationale. Bien que les Etats soient les principaux concernés, les actions et orientations des organisations et institutions internationales ainsi que celles du secteur privé jouent un rôle de plus en plus important dans le secteur de la santé. Quant à la société civile, elle veille à ce que ces acteurs contribuent à la réalisation du droit à la santé.

1) Les Etats

Malgré leur affaiblissement manifeste ces deux derniers décennies, les Etats restent, en tant que sujets du droit international, les principaux acteurs de la réalisation de tous les droits humains, dont le droit à la santé. A l’instar des autres droits humains, les Etats ont trois niveaux d’obligations pour le droit à la santé : le *respecter*, le *protéger* et le *mettre en œuvre*¹³⁷.

L’obligation de *respecter* requiert des Etats de ne pas adopter des politiques ou mesures discriminatoires, en particulier à l’égard des plus nécessiteux et vulnérables. Ils ne doivent par exemple pas priver les populations de leurs moyens de subsistance ou les expulser de leurs logements arbitrairement, ou encore entraver leur accès aux soins. Bref, ils doivent s’abstenir de toutes actions pouvant être nuisibles à la santé humaine.

L’obligation de *protéger* exige des Etats qu’ils empêchent les tiers de porter atteinte au droit à la santé. Les Etats doivent adopter des législations adéquates pour garantir la jouissance du droit à la santé. Ils doivent par exemple assurer l’égalité d’accès aux soins de santé et des couvertures sociales, y compris ceux fournis par des tiers.

L’obligation de *mettre en œuvre* signifie que les Etats sont tenus, entre autres, « d’assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, et de ga-

¹³⁵ FPA-statistik : Sjukförsäkring 2004, Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2005
www.fpa.fi/statistik

¹³⁶ Holmberg, V., *Myten om privatiseringen*, Löntagaren, Årg. 32, No. 1/2002, www.lontagaren.fi

¹³⁷ Voir § 33 à 37 de l’*Observation générale n° 14* du CODESC.

rantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé tels qu'une alimentation sûre sur le plan nutritionnel et l'eau potable, un assainissement minimum et des conditions de logement et de vie convenables. »¹³⁸ Il doivent par exemple « instituer un système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous. »¹³⁹

Manque de ressources et coopération internationale

Dans son *Observation générale n° 14*, tout en reconnaissant « l'existence d'obstacles structurels et autres considérables résultant de facteurs internationaux et autres échappant au contrôle des Etats » (§ 5), le CODESC fait « une distinction entre l'incapacité et le manque de volonté » (§ 47). Selon lui, s'il s'agit de la pénurie de ressources, l'Etat concerné doit « démontrer qu'il n'a négligé aucun effort pour exploiter toutes les ressources à sa disposition » (§ 47) pour honorer ses obligations en vertu du PIDESC. A ce propos, le CODESC souligne qu'« il incombe tout particulièrement aux Etats parties et aux autres intervenants en mesure d'apporter leur concours de fournir l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique », nécessaires pour permettre aux pays en développement d'honorer leurs obligations fondamentales (§ 45).

Actions collectives des Etats en faveur du droit à la santé et interdiction des embargos

Le CODESC met également en garde les Etats parties au PIDESC qui « doivent respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays. » (§ 39) Bien plus, il les enjoint à « faciliter l'accès aux soins, services et biens sanitaires essentiels dans la mesure du possible, de fournir, au besoin, l'aide nécessaire (§ 39) » et à « s'abstenir, en toutes circonstances, d'imposer un embargo ou des mesures restrictives de même ordre sur l'approvisionnement d'un autre Etat en médicaments et matériel médical. Les fournitures de biens de ce type ne devraient jamais servir d'instrument de pression politique ou économique. » (§ 41)

Manquement aux obligations des Etats

Par ailleurs, le CODESC énumère, entre autres, les éléments suivants qui constituent un manquement aux obligations des Etats :

« le déni d'accès aux équipements sanitaires et aux divers autres biens et services en rapport avec la santé dont sont victimes certains individus ou groupes sous l'effet d'une discrimination de jure ou de facto (...) ;

» le fait pour l'Etat de ne pas tenir compte des obligations juridiques qui lui incombent quant au droit à la santé lors de la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux avec d'autres Etats, avec des organisations internationales ou avec d'autres entités telles que des sociétés multinationales (§ 50) ;

» le fait de ne pas réglementer l'activité de particuliers, de groupes ou de sociétés aux fins de les empêcher de porter atteinte au droit à la santé d'autrui (§ 51) ;

¹³⁸ Cf. § 36 de l'*Observation générale n° 14* du CODESC.

¹³⁹ Idem.

» le fait de ne pas protéger les consommateurs et les travailleurs contre des pratiques nocives pour la santé, par exemple de la part des employeurs ou des fabricants de médicaments ou de produits alimentaires (§ 51) ;

» le fait de ne pas protéger les femmes contre les violences dirigées contre elles ou de ne pas poursuivre les auteurs de violences (§ 51) ;

» le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé (§ 52). »

2) Les organisations et institutions internationales

Spécialisée dans le domaine de la santé, l'OMS, de par son mandat, occupe une place prépondérante parmi les organisations internationales et un rôle incontournable dans la promotion et la réalisation de la santé pour tous.

En effet, née sur les ruines de la 2^e guerre mondiale, elle a pour but de préserver et de promouvoir la santé publique dans le monde avec la coopération internationale. Cette coopération « est motivée », pour les initiateurs, « par la propagation rapide de maladies épidémiques, telles que le choléra, la peste, la fièvre jaune, liée à l'extension des relations internationales et des échanges commerciaux qu'avaient permis le développement des moyens de transport et de communication. »¹⁴⁰ Elle était également motivée, à l'instar d'autres institutions spécialisées du système des Nations Unies, par la nécessité d'arrangements fonctionnels, *ad hoc*, de réseaux entre nations fondés sur des intérêts communs. La coopération en question contribuerait au changement pacifique des relations internationales et à la préservation de la paix¹⁴¹.

Le principal objectif de l'OMS est d'« amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. »¹⁴² La Constitution de l'OMS affirme également que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité. »¹⁴³

Aujourd'hui, tous les Etats membres de l'ONU sont également membres de cette organisation, ce qui représente un atout pour la coopération et la coordination internationales. Comptant près de 8 000 spécialistes de la santé publique dans le monde, « les experts de l'OMS donnent des éléments d'orientation, établissent des normes sanitaires et aident les pays à faire face aux problèmes de santé publique. »¹⁴⁴ Par ailleurs, l'OMS « soutient et encourage la recherche en santé. Par son intermédiaire, les gouvernements peuvent s'attaquer ensemble aux problèmes de santé de portée mondiale et contribuer au bien-être des populations. »¹⁴⁵ L'OMS revendique avec orgueil, par exemple, l'éradication de la variole en 1979 et l'adoption, en 2003, de la Convention-cadre de lutte antitabac (voir également illustration n° 2).

¹⁴⁰ Cf. « L'Organisation mondiale de la santé », édition Que sais-je ?, avril 1997.

¹⁴¹ Idem.

¹⁴² Art. 1 de la *Constitution de l'OMS*.

¹⁴³ Cf. *Préambule de la Constitution de l'OMS*.

¹⁴⁴ Cf. Présentation de l'OMS : *Œuvrer pour la santé*, Genève, 2006.

¹⁴⁵ Idem.

Certes, les atouts et le rôle incontournable de l’OMS sont indéniables, mais il faut néanmoins tenir compte du fait que l’OMS « est aujourd’hui profondément infiltrée par l’idéologie néolibérale. »¹⁴⁶

Parmi les autres organisations internationales actives dans le domaine de la santé, on peut mentionner l’*UNICEF* pour le droit à la santé des enfants ainsi que le *Haut-Commissariat pour les réfugiés* (HCR), la *Fédération internationale des Croix et Croissants Rouges* et le *Comité International de la Croix-Rouge* (CICR), qui jouent un rôle important dans le domaine de la santé, s’occupant respectivement, de par leur mandat, des réfugiés et/ou personnes déplacées en cas de conflits ou de catastrophes naturelles, même si ces organisations manquent parfois d’efficacité en raison du manque de ressources ou de considérations politiques.

Comme il vient d’être souligné, il convient de préciser que l’industrie pharmaceutique est devenue influente à l’OMS depuis les années 1980 et que l’*UNICEF* s’adonne aux pratiques du partenariat avec des STN comme McDonald’s et Coca-Cola¹⁴⁷, mettant ainsi leur crédibilité en jeu. Certes, ces organismes ne sont pas seuls en cause, toute la machinerie de l’ONU étant submergée de « partenariat » avec les STN, à commencer par le désormais très officiel *Global Compact*¹⁴⁸. D’où, d’ailleurs, l’appel pressant de l’UNRISD à « repenser » la notion de « partenariat » entre l’ONU et les sociétés transnationales¹⁴⁹.

Quant aux institutions financières internationales (Banque mondiale et FMI), nous avons déjà évoqué leur rôle néfaste dans la dégradation des services publics. A ce propos, le CODESC précise que :

*« les Etats parties qui sont membres d’institutions financières internationales, notamment du Fonds monétaire international, de la Banque mondiale et de banques régionales de développement, devraient porter une plus grande attention à la protection du droit à la santé et infléchir dans ce sens la politique de prêt, les accords de crédit ainsi que les mesures internationales de ces institutions. »*¹⁵⁰

3) *Le secteur privé*

Motivé essentiellement par le profit et le marché solvable, le secteur privé a actuellement un impact néfaste sur l’évolution des politiques de santé publique, comme nous l’avons indiqué dans les chapitres précédents. D’où le rappel pressant du CODESC aux Etats quant à leur devoir de :

*« veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n’hypothèque pas la disponibilité, l’accessibilité, l’acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires, de contrôler la commercialisation de matériel médical et de médicaments par des tiers et de faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés. »*¹⁵¹

¹⁴⁶ Cf. Article d’Alison Katz, dans *ONU : droits pour tous ou loi du plus fort ?*, édition CETIM, janvier 2005.

¹⁴⁷ Cf. *Les obstacles à la santé pour tous*, Editions Centre Tricontinental et Syllepse, août 2004.

¹⁴⁸ Voir notre brochure *Sociétés transnationales et droits humains*, novembre 2005.

¹⁴⁹ *Idem*.

¹⁵⁰ Cf. § 39 de l’*Observation générale N° 14* du CODESC.

¹⁵¹ Cf. § 35 de l’*Observation générale N° 14* du CODESC.

4) *La société civile*

La situation dramatique des conditions sanitaires et les nombreux obstacles pour accéder aux soins de santé dans de nombreux pays poussent la société civile à s'organiser face aux gouvernements souvent inertes ou parfois complices des appétits du secteur privé.

Il arrive que la mobilisation de la société civile soit couronnée de succès. A titre d'exemple, la société civile salvadorienne a appuyé une grève du personnel de la santé qui a duré neuf mois (d'octobre 2002 à juin 2003) pour bloquer le processus de la privatisation du secteur de la santé impulsé par la Banque mondiale¹⁵². Bien entendu, cette victoire n'est pas définitive et nécessite une vigilance de la part de la société civile salvadorienne, et des mouvements sociaux d'autres pays, puisque la Banque mondiale campe toujours sur sa position.

C'est aussi suite à la forte mobilisation de la société civile, aux niveaux national et international, que 39 STN retiraient la plainte qu'ils avaient déposée à Pretoria le 5 mars 2001, contre une loi sud-africaine de 1997 favorisant l'importation de médicaments génériques et un contrôle des prix de ces derniers dans la lutte contre le VIH/sida.

Quant aux Uruguayens, échaudés par la privatisation abusive du secteur de l'eau, ils ont, par un référendum qui a recueilli 65% des votes, inscrit dans leur constitution :

« *L'accès à l'eau potable constitue un droit fondamental, dont la réalisation ne peut être assurée par des entités privées.* »¹⁵³

Au niveau international, de nombreux réseaux foisonnent dans les Forums sociaux, mais l'organisation qui rassemble le plus large consensus semble être le Mouvement populaire de la santé (People's Health Movement, PHM). Partant du constat que « l'inégalité, la pauvreté, l'exploitation, la violence et l'injustice sont à la base de la maladie et de la mort des pauvres et des personnes marginalisées »¹⁵⁴, le PHM a lancé une campagne (fin 2005) sur le droit aux soins de santé dans laquelle il remet en cause la marchandisation de la santé et souligne le rôle inaliénable de l'Etat dans les systèmes de santé publique¹⁵⁵.

¹⁵² Cf. http://www.agirici.org/HTML/PRESSE/ESPACE_DPRESSE_FICHE.php?IdCampagne=50&numero_fiche=3

¹⁵³ Cf. *Bulletin d'information du CETIM* N° 22, <http://www.cetim.ch/fr/documents/bul22fra.pdf>

¹⁵⁴ Cf. *Préambule de la Charte du PHM*, adoptée à Savar (Bangladesh) en décembre 2000.

¹⁵⁵ Cf. Article de C. Schuftan et A. Shukla, à paraître dans le prochain livre du CETIM sur les déterminants politiques et économiques de la santé.

CONCLUSION

Droit interdépendant par excellence, le droit à la santé nécessite des actions concertées pour sa réalisation, tant aux niveaux national qu'international. Ces actions devraient en priorité s'attaquer aux causes sociales, économiques et politiques des problèmes de santé.

Le droit à la santé est le pilier du droit au développement. Il n'est ni normal, ni tolérable qu'un monde qui dispose de suffisamment de ressources et de moyens n'arrive pas, depuis 60 ans, à assurer le niveau de santé « le plus élevé possible » à tous ses habitants.

Comme nous l'avons déjà indiqué, le maintien du bien-être passe par la satisfaction des besoins fondamentaux et la répartition équitable des richesses. L'Etat, conformément à ses obligations envers ses citoyens, devrait garantir l'accès à ces besoins fondamentaux que sont, entre autres, la nourriture, l'eau, le logement et les médicaments essentiels.

Vu les nombreux obstacles à la réalisation effective du droit à la santé, en particulier l'idéologie néolibérale qui gangrène les politiques de la plupart des gouvernements en matière de santé, c'est à la société civile, une fois de plus, de se mobiliser pour pousser les Etats à respecter le droit à la santé et à honorer leurs engagements dans ce domaine. Tous les acteurs, à tous les niveaux, doivent se mobiliser pour la mise en œuvre du droit à la santé, car sans la santé, il n'y a pas de monde sain et aucune activité n'est possible.

IV. ANNEXES

Annexe 1

Observation générale N° 14 sur le droit à la santé¹⁵⁶

Adoptée le 11 mai 2000 par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels

1. La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. La réalisation du droit à la santé peut être assurée par de nombreuses démarches, qui sont complémentaires, notamment la formulation de politiques en matière de santé ou la mise en œuvre de programmes de santé tels qu'ils sont élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou l'adoption d'instruments juridiques spécifiques. En outre, le droit à la santé comprend certains éléments dont le respect est garanti par la loi.

2. Le droit de l'être humain à la santé est consacré dans de nombreux instruments internationaux. La Déclaration universelle des droits de l'homme prévoit, au paragraphe 1 de son article 25: «Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires». Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels contient l'article le plus complet consacré dans le droit international des droits de l'homme au droit à la santé. Conformément au paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte, les Etats parties reconnaissent «le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre» et le paragraphe 2 de l'article 12 contient une énumération, à titre d'illustration, d'un certain nombre de «mesures que les Etats parties ... prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit». En outre, le droit à la santé est consacré, notamment, au paragraphe e) iv) de l'article 5 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965, au paragraphe 1 f) de l'article 11 et à l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 et à l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989. Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent également le droit à la santé, notamment la Charte sociale européenne de 1961, telle que révisée (art. 11), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (art. 16) et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (art. 10). De même, le droit à la santé

¹⁵⁶ Ndlr. L'intitulé exact est « le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*) ». Cf. HRI/GEN/1/Rev.7, pp. 94 à 115. Afin d'allègement, nous avons supprimé de nombreuses notes. L'intégralité du texte peut être téléchargée à l'adresse : [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Fr?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Fr?OpenDocument)

a été proclamé par la Commission des droits de l'homme ainsi que dans la Déclaration et le Programme d'action de Vienne de 1993 et d'autres instruments internationaux.

3. Le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation: il s'agit des droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé.

4. Lors de la rédaction de l'article 12 du Pacte, la Troisième Commission de l'Assemblée générale de l'ONU n'a pas repris la définition de la santé contenue dans le préambule de la Constitution de l'OMS, pour laquelle «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Toutefois, la formulation «le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre» figurant au paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte ne se limite pas au droit aux soins de santé. Au contraire, comme il ressort du processus d'élaboration et du libellé spécifique du paragraphe 2 de l'article 12, le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socio-économiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine et s'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain.

5. Le Comité n'ignore pas que, pour des millions d'êtres humains dans le monde, la pleine jouissance du droit à la santé reste un objectif lointain. De plus, dans de nombreux cas, en particulier pour les couches de la population vivant dans la pauvreté, cet objectif devient de plus en plus inaccessible. Le Comité reconnaît l'existence d'obstacles structurels et autres considérables résultant de facteurs internationaux et autres échappant au contrôle des Etats, qui entravent la pleine mise en œuvre de l'article 12 dans un grand nombre d'Etats parties.

6. Dans le souci d'aider les Etats parties à mettre en œuvre le Pacte et à s'acquitter de leurs obligations en matière d'établissement de rapports, la présente Observation générale porte sur le contenu normatif de l'article 12 (sect. I), les obligations des Etats parties (sect. II), les violations (sect. III) et la mise en œuvre au niveau national (sect. IV), tandis que les obligations des acteurs autres que les Etats parties font l'objet de la section V. La présente Observation générale est fondée sur l'expérience acquise depuis de nombreuses années par le Comité à l'occasion de l'examen des rapports des Etats parties.

1. Contenu normatif de l'article 12

7. Le paragraphe 1 de l'article 12 contient une définition du droit à la santé et le paragraphe 2 cite à titre d'illustration et de manière non exhaustive des exemples d'obligations incombant aux Etats parties.

8. Le droit à la santé ne saurait se comprendre comme le droit d'être *en bonne santé*. Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps, y compris le droit à la liberté sexuelle et génésique, ainsi que le droit à l'intégrité, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale. D'autre part, les droits

comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

9. La notion de « meilleur état de santé susceptible d'être atteint » visée au paragraphe 1 de l'article 12, repose à la fois sur la situation biologique et socio-économique de chaque individu au départ et sur les ressources dont dispose l'Etat. Il existe un certain nombre d'éléments qui ne peuvent être englobés dans la relation entre l'Etat et l'individu; en particulier, la bonne santé ne peut être garantie par un Etat et les Etats ne peuvent pas davantage assurer une protection contre toutes les causes possibles de mauvaise santé de l'être humain. Ainsi, les facteurs génétiques, la propension individuelle à la maladie et l'adoption de modes de vie malsains ou à risque peuvent jouer un rôle important dans l'état de santé d'un individu. En conséquence, le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

10. Depuis l'adoption des deux Pactes internationaux en 1966, la situation mondiale en matière de santé a évolué de manière spectaculaire et la notion de santé a considérablement évolué et s'est également élargie. Davantage de facteurs déterminants de la santé sont désormais pris en considération, tels que la répartition des ressources et les différences entre les sexes. La définition élargie de la santé intègre en outre certaines considérations à caractère social, telles que la violence et les conflits armés. En outre, certaines maladies auparavant inconnues, comme le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience humaine acquise (VIH/sida), et d'autres maladies, qui sont devenues plus répandues, comme le cancer, s'ajoutant à l'accroissement rapide de la population mondiale, ont créé de nouveaux obstacles à la réalisation du droit à la santé, qu'il faut prendre en considération dans l'interprétation de l'article 12.

11. Le Comité interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international.

12. Le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants, dont la mise en œuvre précise dépendra des conditions existant dans chacun des Etats parties :

a) Disponibilité. Il doit exister dans l'Etat partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'Etat partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels, au sens du Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'OMS ;

b) Accessibilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :

Non-discrimination : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits ;

Accessibilité physique : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales ; L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées ;

Accessibilité économique (abordabilité) : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés ;

Accessibilité de l'information : l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel ;

c) Acceptabilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés ;

d) Qualité. Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

13. L'énumération non exhaustive d'exemples figurant au paragraphe 2 de l'article 12 apporte des indications sur l'action à mener par les Etats. Il s'agit d'exemples génériques spécifiques de mesures découlant de la définition du droit à la santé au sens large figurant au paragraphe 1 de l'article 12, illustrant ainsi le contenu de ce droit, tel qu'il est décrit dans les paragraphes suivants

Paragraphe 2 a) de l'article 12: Le droit à la santé maternelle, infantile et génésique

14. Les mesures visant « la diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant » (par. 2.a) de l'article 12) peuvent

s'entendre des mesures nécessaires pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la planification de la famille, les soins pré et postnatals, les services d'obstétrique d'urgence ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information¹⁵⁷.

Paragraphe 2 b) de l'article 12: Le droit à un environnement naturel et professionnel sain

15. Les mesures visant à « l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle » (par. 2 b) de l'article 12) comprennent notamment les mesures de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, les mesures visant à assurer un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable et en moyens d'assainissement élémentaires ; et les mesures visant à empêcher et réduire l'exposition de la population à certains dangers tels que radiations ou produits chimiques toxiques et autres facteurs environnementaux nocifs ayant une incidence directe sur la santé des individus. En outre, l'hygiène du travail consiste à réduire autant qu'il est raisonnablement possible les causes des risques pour la santé inhérents au milieu du travail. Le paragraphe 2 b) de l'article 12 vise également les mesures permettant d'assurer un logement approprié et des conditions de travail salubres et hygiéniques, un apport alimentaire suffisant et une nutrition appropriée, ainsi qu'à décourager la consommation abusive d'alcool et l'usage du tabac, des drogues et d'autres substances nocives.

Paragraphe 2 c) de l'article 12: Le droit à la prophylaxie et au traitement des maladies et à la lutte contre les maladies

16. « La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies » (par. 2 c) de l'article 12) supposent la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, notamment les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH/sida, et les maladies nuisant à la santé sexuelle et génésique, ainsi que la promotion de déterminants sociaux de la bonne santé, tels que la sûreté de l'environnement, l'éducation, le développement économique et l'équité entre les sexes. Le droit au traitement suppose la mise en place d'un système de soins médicaux d'urgence en cas d'accidents, d'épidémies et de risques sanitaires analogues, ainsi que la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'aide humanitaire dans les situations d'urgence. La lutte contre les maladies suppose des efforts individuels et communs de la part des Etats pour, notamment, assurer l'accès aux techniques nécessaires, appliquer et améliorer les méthodes de surveillance épidémiologique et de collecte de données désagrégées et mettre en place des programmes de vaccination et d'autres stratégies de lutte contre les maladies infectieuses ou améliorer les programmes existants.

Paragraphe 2 d) de l'article 12: Le droit d'accès aux installations, biens et services en matière de santé

17. « La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie », tant physique que mentale, (par. 2.d) de l'article 12)

¹⁵⁷ La santé génésique recouvre la liberté pour les hommes et les femmes de décider s'ils veulent procréer et quand, le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale, l'accès à la méthode de leur choix, ainsi que le droit d'avoir accès à des services appropriés de soins de santé, garantissant, par exemple, aux femmes le bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement.

suppose l'accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi qu'à l'éducation en matière de santé, la mise en place de programmes réguliers de dépistage, le traitement approprié, de préférence à l'échelon communautaire, des affections, maladies, blessures et incapacités courantes, l'approvisionnement en médicaments essentiels et la fourniture de traitements et de soins appropriés de santé mentale. Un autre aspect important est l'amélioration et l'encouragement de la participation de la population à la mise en place de services de prévention et de soins de santé, notamment dans le domaine de l'organisation du secteur sanitaire et du système d'assurance et, plus particulièrement, sa participation aux décisions politiques ayant des incidences sur le droit à la santé, prises tant à l'échelon de la communauté qu'à l'échelon national.

Article 12: Thèmes spéciaux de portée générale

Non-discrimination et égalité de traitement

18. En vertu du paragraphe 2 de l'article 2 et de l'article 3, le Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé. Le Comité souligne que nombre de mesures, de même que la plupart des stratégies et programmes visant à éliminer toute discrimination en matière de santé, peuvent être mises en œuvre moyennant des incidences financières minimales grâce à l'adoption, la modification ou l'abrogation de textes législatifs ou à la diffusion d'informations. Le Comité rappelle le paragraphe 12 de l'Observation générale n° 3 soulignant que, même en temps de grave pénurie de ressources, les éléments vulnérables de la société doivent être protégés grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques relativement peu coûteux.

19. L'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé est un aspect du droit à la santé sur lequel il convient d'insister. Les Etats ont pour obligation spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, ainsi que d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins de santé et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé. Une mauvaise affectation des ressources peut aboutir à une discrimination qui n'est pas toujours manifeste. Par exemple, les investissements ne devraient pas privilégier de manière disproportionnée des services de santé curatifs coûteux, qui souvent ne sont accessibles qu'à une frange fortunée de la population, plutôt que des soins de santé primaires et une action de prévention sanitaire susceptibles de bénéficier à une proportion bien plus forte de la population.

Perspective sexospécifique

20. Le Comité recommande aux Etats d'intégrer une perspective sexospécifique dans les politiques, plans, programmes et travaux de recherche en rapport avec la santé afin de promouvoir un meilleur état de santé des hommes aussi bien que des femmes. Une démarche sexospécifique part du constat que la santé des hommes et des femmes est en grande partie fonction non seulement de facteurs biologiques mais aussi de facteurs socioculturels. La ventilation des données sanitaires et socioéconomiques en fonction du sexe est essentielle pour déceler et éliminer les inégalités dans le domaine de la santé.

Les femmes et le droit à la santé

21. Pour faire disparaître la discrimination à l'égard des femmes, il faut élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale globale en vue de promouvoir leur droit à la santé tout au long de leur vie. Une telle stratégie devrait prévoir des interventions visant à prévenir les maladies dont elles souffrent et à les soigner, ainsi que des mesures qui leur permettent d'accéder à une gamme complète de soins de santé de qualité et d'un coût abordable, y compris en matière de sexualité et de procréation. Réduire les risques auxquels les femmes sont exposées dans le domaine de la santé, notamment en abaissant les taux de mortalité maternelle et en protégeant les femmes de la violence familiale, devrait être un objectif majeur. La réalisation du droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique. Il importe également de prendre des mesures préventives, incitatives et correctives pour prémunir les femmes contre les effets de pratiques et de normes culturelles traditionnelles nocives qui les empêchent d'exercer pleinement leurs droits liés à la procréation.

Les enfants et les adolescents

22. A l'alinéa **a** du paragraphe 2 de l'article 12, il est question de la nécessité de prendre des mesures pour réduire la mortalité infantile et promouvoir le développement sain du nourrisson et de l'enfant. Des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme adoptés ultérieurement, ont reconnu aux enfants et aux adolescents le droit de jouir du meilleur état de santé possible et d'avoir accès à des services médicaux. La Convention relative aux droits de l'enfant enjoint aux Etats de garantir l'accès de l'enfant et de sa famille aux services de santé essentiels, y compris l'accès des mères aux soins pré-natals et post-natals. Selon la Convention, ces objectifs doivent s'accompagner de l'accès à des informations adaptées aux enfants sur les comportements propres à prévenir la maladie et à promouvoir la santé, ainsi que de la fourniture aux familles et à la communauté d'un soutien en vue de la mise en œuvre de ces pratiques. Le principe de non-discrimination veut que les filles, tout comme les garçons, accèdent dans des conditions d'égalité à une alimentation suffisante, à un environnement sûr et à des services de santé physique et mentale. Il faudrait adopter des mesures efficaces et adéquates pour mettre fin aux pratiques traditionnelles nocives affectant la santé des enfants, notamment des fillettes, qu'il s'agisse du mariage précoce, des mutilations génitales ou des préférences manifestées à l'égard des enfants de sexe masculin en matière d'alimentation et de soins. Les enfants handicapés devraient se voir offrir la possibilité de mener une vie enrichissante et décente ainsi que de participer à la vie de leur communauté.

23. Les Etats parties doivent prévoir à l'intention des adolescents un environnement sain et favorable leur donnant la possibilité de participer à la prise des décisions concernant leur santé, d'acquérir des connaissances élémentaires, de se procurer des informations appropriées, de recevoir des conseils et de négocier les choix qu'ils opèrent en matière de comportement dans l'optique de la santé. La réalisation du droit des adolescents à la santé est fonction de la mise en place de soins de santé tenant compte des préoccupations des jeunes et respectant la confidentialité et l'intimité, y compris des services appropriés de santé sexuelle et génésique.

24. Dans tous les programmes et politiques visant à garantir aux enfants et aux adolescents le droit à la santé, leur intérêt supérieur est un élément essentiel à prendre en considération.

Personnes âgées

25. Concernant la réalisation du droit à la santé des personnes âgées, le Comité, conformément aux paragraphes 34 et 35 de l'Observation générale n° 6 (1995), réaffirme l'importance d'une démarche concertée, associant la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical. De telles mesures doivent être fondées sur des examens périodiques tant pour les hommes que pour les femmes, sur des soins de rééducation physique et psychologique visant à préserver les capacités fonctionnelles et l'autonomie des personnes âgées et sur la nécessité d'accorder aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux malades en phase terminale l'attention et les soins voulus, en leur épargnant des souffrances inutiles et en leur permettant de mourir dans la dignité.

Personnes handicapées

26. Le Comité réaffirme le paragraphe 34 de son Observation générale n° 5, qui porte sur la question des personnes handicapées dans le contexte du droit à la santé physique et mentale. Par ailleurs, il souligne la nécessité de veiller à ce que non seulement le secteur public de la santé, mais également les fournisseurs privés de services et d'équipements sanitaires respectent le principe de la non-discrimination à l'égard de ces personnes.

Peuples autochtones

27. Vu le développement du droit et de la pratique au niveau international et les mesures récentes prises par les Etats à l'égard des peuples autochtones, le Comité juge utile de déterminer les éléments susceptibles de contribuer à définir leur droit à la santé pour aider les Etats sur le territoire duquel vivent des peuples autochtones à mettre en œuvre les dispositions de l'article 12 du Pacte. Le Comité considère que les peuples autochtones ont droit à des mesures spécifiques pour leur faciliter l'accès aux services et aux soins de santé. Ces services de santé doivent être adaptés au contexte culturel, tout en tenant compte des soins préventifs, des thérapeutiques et des remèdes traditionnels. Les Etats devraient fournir aux peuples autochtones des ressources leur permettant de concevoir, de fournir et de contrôler de tels services afin qu'ils puissent jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Les plantes médicinales essentielles, les animaux et les minéraux nécessaires aux peuples autochtones pour jouir pleinement du meilleur état de santé possible devraient également être protégés. Le Comité note que, dans les communautés autochtones, la santé des individus est souvent liée à celle de la société tout entière et revêt une dimension collective. À cet égard, le Comité considère que les activités liées au développement qui éloignent les peuples autochtones, contre leur gré, de leurs territoires et de leur environnement traditionnels, les privant de leurs sources de nutrition et rompant leur relation symbiotique avec leurs terres, ont des effets néfastes sur leur santé.

Limitations

28. Des considérations liées à la santé publique sont parfois invoquées par les Etats pour justifier une limitation de l'exercice de certains autres droits fondamentaux. Le Comité tient à souligner que la clause de limitation figurant à l'article 4 du Pacte vise essentiellement à protéger les droits des individus plutôt qu'à permettre aux Etats de les limiter. Par conséquent, un Etat partie qui, par exemple, restreint les mouvements de personnes souffrant de maladies transmissibles telles que l'infection par le VIH/sida ou les incarcère, refuse d'autoriser des médecins à traiter des personnes considérées comme des opposants au gouvernement, ou s'abstient de vacciner une communauté contre les principales maladies infectieuses pour des motifs tels que la sécurité nationale ou le maintien de l'ordre public se doit de justifier des mesures aussi graves au regard de chacun des éléments

énoncés à l'article 4. De telles restrictions doivent être conformes à la loi, y compris aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, compatibles avec la nature des droits protégés par le Pacte et imposées dans l'intérêt de buts légitimes, exclusivement en vue de favoriser le bien-être général dans une société démocratique.

29. Conformément au paragraphe 1 de l'article 5, de telles limitations doivent être proportionnées à l'objet (autrement dit l'option la moins restrictive doit être retenue lorsque plusieurs types de limitation peuvent être imposés). Même lorsque des limitations motivées par la protection de la santé publique sont foncièrement licites, elles doivent être provisoires et sujettes à un examen.

2. Obligations incombant aux Etats parties

Obligations juridiques générales

30. S'il est vrai que le Pacte prévoit la réalisation progressive des droits qui y sont énoncés et prend en considération les contraintes dues à la limitation des ressources disponibles, il n'en impose pas moins aux Etats parties diverses obligations avec effet immédiat. Les Etats parties ont des obligations immédiates au regard du droit à la santé: par exemple celle de garantir qu'il sera exercé sans discrimination aucune (art. 2, par. 2) et celle d'agir (art. 2, par. 1) en vue d'assurer l'application pleine et entière de l'article 12. Les mesures à prendre à cet effet doivent avoir un caractère délibéré et concret et viser au plein exercice du droit à la santé.

31. Le fait que la réalisation du droit à la santé s'inscrit dans le temps ne devrait pas être interprété comme privant les obligations de l'Etat partie de tout contenu effectif. Une réalisation progressive signifie plutôt que les Etats parties ont pour obligation précise et constante d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible pour appliquer intégralement l'article 12.

32. Tout laisse supposer que le Pacte n'autorise aucune mesure rétrograde s'agissant du droit à la santé, ni d'ailleurs des autres droits qui y sont énumérés. S'il prend une mesure délibérément rétrograde, l'Etat partie doit apporter la preuve qu'il l'a fait après avoir mûrement pesé toutes les autres solutions possibles et qu'elle est pleinement justifiée eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte et à l'ensemble des ressources disponibles.

33. Le droit à la santé, à l'instar de tous les droits de l'homme, impose trois catégories ou niveaux d'obligations aux Etats parties: les obligations de *respecter*, de *protéger* et de *mettre en œuvre*. Cette dernière englobe du même coup les obligations d'en faciliter l'exercice, de l'assurer et de le promouvoir¹⁵⁸. L'obligation de *respecter* le droit à la santé exige que l'Etat s'abstienne d'en entraver directement ou indirectement l'exercice alors que l'obligation de le *protéger* requiert des Etats qu'ils prennent des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12. Enfin, l'obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé suppose que l'Etat adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour en assurer la pleine réalisation.

Obligations juridiques spécifiques

34. Les Etats sont en particulier liés par l'obligation de *respecter* le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les

¹⁵⁸ Selon les Observations générales n^{os} 12 et 13, l'obligation de mettre en œuvre un droit comprend celle d'en *faciliter* l'exercice et celle de *l'assurer*. Dans la présente Observation générale, elle englobe également l'obligation de le *promouvoir* en raison de l'importance primordiale de la promotion de la santé dans les travaux de l'OMS et d'autres organismes.

immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs, en s'abstenant d'ériger en politique d'Etat l'application de mesures discriminatoires et en évitant d'imposer des pratiques discriminatoires concernant la situation et les besoins des femmes en matière de santé. Entre en outre dans le champ de l'obligation de *respecter* celle qui incombe aux Etats de s'abstenir d'interdire ou d'entraver les méthodes prophylactiques, les pratiques curatives et les médications traditionnelles, de commercialiser des médicaments dangereux ou d'imposer des soins médicaux de caractère coercitif, sauf à titre exceptionnel pour le traitement de maladies mentales ou la prévention et la maîtrise de maladies transmissibles. De tels cas exceptionnels devraient être assujettis à des conditions précises et restrictives, dans le respect des meilleures pratiques établies et des normes internationales applicables, y compris les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale. De plus, les Etats devraient s'abstenir de restreindre l'accès aux moyens de contraception et à d'autres éléments en rapport avec la santé sexuelle et génésique, de censurer, retenir ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sur la sexualité, ainsi que d'empêcher la participation de la population aux affaires en relation avec la santé. Les Etats devraient aussi s'abstenir de polluer de façon illicite l'air, l'eau et le sol, du fait par exemple d'émissions de déchets industriels par des installations appartenant à des entreprises publiques, d'employer des armes nucléaires, biologiques ou chimiques ou d'effectuer des essais à l'aide de telles armes si ces essais aboutissent au rejet de substances présentant un danger pour la santé humaine, et de restreindre à titre punitif l'accès aux services de santé, par exemple en temps de conflit armé, ce en violation du droit international humanitaire.

35. L'obligation de *protéger* le droit à la santé englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'Etat d'adopter une législation ou de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers, de veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires, de contrôler la commercialisation de matériel médical et de médicaments par des tiers et de faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés. Les Etats sont également tenus de veiller à ce que des pratiques sociales ou traditionnelles nocives n'interfèrent pas avec l'accès aux soins pré et post-natals et à la planification familiale, d'empêcher que des tiers imposent aux femmes des pratiques traditionnelles, par exemple du type mutilations génitales, et de prendre des mesures destinées à protéger tous les groupes vulnérables ou marginalisés de la société, en particulier les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées, compte tenu de la plus grande vulnérabilité du sexe féminin à la violence. Les Etats devraient veiller à ce qu'aucun tiers ne limite l'accès de la population à l'information relative à la santé et aux services de santé.

36. L'obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé requiert des Etats parties, entre autres, de lui faire une place suffisante dans le système politique et juridique national (de préférence par l'adoption d'un texte législatif) et de se doter d'une politique nationale de la santé comprenant un plan détaillé tendant à lui donner effet. Les Etats sont tenus d'assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, et de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé tels qu'une alimentation sûre sur le plan nutritif et de l'eau potable, un assainissement minimum et des conditions de

logement et de vie convenables. Les infrastructures de santé publiques devraient assurer la prestation de services liés à la santé sexuelle et génésique, notamment une maternité sans risques, y compris dans les zones rurales. Les Etats doivent veiller à ce que les médecins et les autres personnels médicaux suivent une formation appropriée et à ce que le nombre des hôpitaux, des dispensaires et des autres établissements en relation avec la santé soient suffisants, ainsi que promouvoir et soutenir la création d'institutions chargées de fournir des services de conseil et de santé mentale, en veillant à ce qu'elles soient équitablement réparties dans l'ensemble du pays. Parmi les autres obligations figure celle d'instituer un système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous, de promouvoir la recherche médicale et l'éducation sanitaire ainsi que la mise en œuvre de campagnes d'information, concernant en particulier le VIH/sida, la santé sexuelle et génésique, les pratiques traditionnelles, la violence domestique, l'abus d'alcool et la consommation de cigarettes, de drogues et d'autres substances nocives. Les Etats sont également tenus d'adopter des mesures contre les dangers pesant sur l'hygiène du milieu et du travail et contre toute autre menace mise en évidence par des données épidémiologiques. À cet effet, ils devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales visant à réduire et à éliminer la pollution de l'air, de l'eau et du sol, y compris la pollution par des métaux lourds tels que le plomb provenant de l'essence. Par ailleurs, les Etats parties se doivent de définir, de mettre en application et de réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en vue de réduire au minimum les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de prévoir une politique nationale cohérente en matière de sécurité et de médecine du travail¹⁵⁹.

37. L'obligation de *faciliter* l'exercice du droit à la santé requiert des Etats qu'ils prennent des mesures concrètes permettant aux particuliers et aux communautés de jouir du droit à la santé et les aider à le faire. Les Etats parties sont également tenus d'*assurer* l'exercice d'un droit donné énoncé dans le Pacte lorsqu'un particulier ou un groupe de particuliers sont incapables, pour des raisons échappant à leur contrôle, d'exercer ce droit avec les moyens dont ils disposent. L'obligation de *promouvoir* le droit à la santé requiert de l'Etat qu'il mène des actions tendant à assurer, maintenir ou rétablir la santé de la population. De cette obligation découlent donc les suivantes : i) améliorer la connaissance des facteurs favorisant l'obtention de résultats positifs en matière de santé, c'est-à-dire appuyer la recherche et la diffusion d'informations ; ii) veiller à ce que les services de santé soient adaptés au contexte culturel et que le personnel dispensant les soins de santé reçoive une formation lui permettant de déterminer et de satisfaire les besoins particuliers de groupes vulnérables ou marginalisés ; iii) honorer les obligations qui incombent à l'Etat s'agissant de diffuser une information appropriée sur les modes de vie sains et une nutrition saine, les pratiques traditionnelles

¹⁵⁹ Une telle politique comprend les éléments suivants: identification, détermination, agrément et contrôle des matériels, équipements, substances, agents et procédés de travail dangereux; fourniture aux travailleurs d'informations en matière de santé et, le cas échéant, de vêtements et d'équipements de protection adéquats; contrôle de l'application des dispositions législatives et réglementaires au moyen d'inspections appropriées; déclaration obligatoire des accidents du travail et des maladies professionnelles; ouverture d'enquêtes sur les accidents et les maladies graves, et établissement de statistiques annuelles; protection des travailleurs et de leurs représentants contre toutes mesures disciplinaires consécutives à des actions effectuées par eux à bon droit conformément à la politique visée; et fourniture de services de santé au travailant essentiellement des fonctions de prévention. Voir OIT, Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (n° 155), et Convention sur les services de santé au travail, 1985 (n° 161).

nocives et la disponibilité des services ; iv) aider les intéressés à faire des choix en connaissance de cause dans le domaine de la santé.

Obligations internationales

38. Dans son Observation générale n° 3, le Comité a appelé l'attention sur l'obligation faite à tous les Etats parties d'agir, tant par leur effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte, dont le droit à la santé. Dans l'esprit de l'article 56 de la Charte des Nations Unies, des dispositions spécifiques du Pacte (art. 2, par. 1, et art. 12, 22 et 23) et de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les Etats parties devraient reconnaître le rôle essentiel de la coopération internationale et honorer leur engagement de prendre conjointement et séparément des mesures pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé. À cet égard, les Etats parties sont renvoyés à la Déclaration d'Alma-Ata qui affirme que les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

39. Pour s'acquitter des obligations internationales leur incombant au titre de l'article 12, les Etats parties doivent respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays s'ils sont à même d'influer sur ce tiers en usant de moyens d'ordre juridique ou politique compatibles avec la Charte des Nations Unies et le droit international applicable. Eu égard aux ressources disponibles, les Etats parties devraient faciliter l'accès aux soins, services et biens sanitaires essentiels dans la mesure du possible et fournir, au besoin, l'aide nécessaire. Les Etats parties devraient veiller à ce que le droit à la santé bénéficie de l'attention voulue dans les accords internationaux et, à cette fin, devraient envisager l'élaboration de nouveaux instruments juridiques. Concernant la conclusion d'autres accords internationaux, les Etats parties devraient s'assurer que ces instruments ne portent pas atteinte au droit à la santé. De même, les Etats parties sont tenus de veiller à ce que les mesures qu'ils prennent en tant que membres d'organisations internationales tiennent dûment compte du droit à la santé. En conséquence, les Etats parties qui sont membres d'institutions financières internationales, notamment du Fonds monétaire international, de la Banque mondiale et de banques régionales de développement, devraient porter une plus grande attention à la protection du droit à la santé et infléchir dans ce sens la politique de prêt, les accords de crédit ainsi que les mesures internationales de ces institutions.

40. Conformément à la Charte des Nations Unies et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée générale des Nations Unies et de l'Assemblée mondiale de la santé, les États sont investis collectivement et individuellement de la responsabilité de coopérer aux fins de la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'une assistance humanitaire en temps d'urgence, y compris l'assistance aux réfugiés et aux déplacés. Chaque État devrait contribuer à cette entreprise au maximum de ses capacités. En matière d'aide médicale internationale, de distribution et de gestion des ressources (eau salubre et potable, vivres, fournitures médicales, etc.) et d'aide financière, la priorité devrait être donnée aux groupes les plus vulnérables ou les plus marginalisés de la population. Par ailleurs, vu que certaines maladies sont aisément transmissibles au-delà des frontières d'un Etat, la communauté internationale doit collectivement s'atteler à ce problème. Il est, en particulier, de la responsabilité et de l'intérêt des Etats parties économiquement développés d'aider à cet égard les Etats en développement plus démunis.

41. Les Etats parties devraient en toutes circonstances s'abstenir d'imposer un embargo ou des mesures restrictives du même ordre sur l'approvisionnement d'un autre Etat en médicaments et matériel médical. Les fournitures de biens de ce type ne devraient jamais servir d'instrument de pression politique ou économique. À cet égard, le Comité rappelle la position qu'il a exprimée dans son Observation générale n° 8 au sujet de la relation entre les sanctions économiques et le respect des droits économiques, sociaux et culturels.

42. Seuls des Etats peuvent être parties au Pacte et donc assumer en fin de compte la responsabilité de le respecter, mais tous les membres de la société – les particuliers (dont les professionnels de la santé), les familles, les communautés locales, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les organisations représentatives de la société civile et le secteur des entreprises privées – ont une part de responsabilité dans la réalisation du droit à la santé. Les Etats parties devraient donc instaurer un environnement propre à faciliter l'exercice de ces responsabilités.

Obligations fondamentales

43. Dans l'Observation générale n° 3, le Comité confirme que les Etats parties ont l'obligation fondamentale minimum d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits énoncés dans le Pacte, notamment les soins de santé primaires essentiels. Interprétée à la lumière d'instruments plus contemporains tels que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration d'Alma-Ata définit des orientations décisives au sujet des obligations fondamentales découlant de l'article 12. De l'avis du Comité, il s'agit au minimum.

- a) De garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés;
- b) D'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim;
- c) D'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable;
- d) De fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels;
- e) De veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires;
- f) 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; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis; la mise au point de la stratégie et du plan d'action, de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés.

44. Le Comité confirme également que les obligations ci-après sont tout aussi prioritaires :

- a) Offrir des soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatales) et infantile ;
- b) Vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses ;
- c) Prendre des mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques et endémiques ;

- d) Assurer une éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté, y compris des méthodes visant à les prévenir et à les maîtriser ;
- e) Assurer une formation appropriée au personnel de santé, notamment sur le droit à la santé et les droits de l'homme.

45. Pour qu'il n'y ait aucun doute à ce sujet, le Comité tient à souligner qu'il incombe tout particulièrement aux Etats parties et aux autres intervenants en mesure d'apporter leur concours de fournir «l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique», nécessaires pour permettre aux pays en développement d'honorer les obligations fondamentales et autres mentionnées aux paragraphes 43 et 44 ci-dessus.

3. Manquements aux obligations

46. Quand le contenu normatif de l'article 12 (sect. I) est appliqué aux obligations des Etats parties (sect. II), un processus dynamique est mis en branle qui permet de mettre plus facilement en évidence les atteintes au droit à la santé. On trouvera ci-après des exemples d'infractions à l'article 12.

47. Pour déterminer quelles actions ou omissions constituent une atteinte au droit à la santé, il importe d'établir chez l'Etat partie qui ne s'acquitte pas des obligations lui incombant au titre de l'article 12, une distinction entre l'incapacité et le manque de volonté. Ce constat découle du paragraphe 1 de l'article 12 qui parle du meilleur état de santé que l'individu puisse atteindre, ainsi que du paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte, lequel fait obligation à chaque Etat partie de prendre les mesures nécessaires «au maximum de ses ressources disponibles». Un Etat dépourvu de la volonté d'utiliser au maximum les ressources à sa disposition pour donner effet au droit à la santé manque par conséquent aux obligations lui incombant en vertu de l'article 12. Si c'est la pénurie de ressources qui met un Etat dans l'impossibilité de se conformer aux obligations découlant du Pacte, l'Etat a alors la charge de démontrer qu'il n'a négligé aucun effort pour exploiter toutes les ressources à sa disposition en vue de s'acquitter à titre prioritaire des obligations indiquées ci-dessus. Il convient toutefois de souligner qu'un Etat partie ne peut absolument dans aucun cas justifier l'inexécution des obligations fondamentales énoncées au paragraphe 43 ci-dessus auxquelles il est impossible de déroger.

48. Les atteintes au droit à la santé peuvent être le fait d'une action directe, soit de l'Etat soit de diverses entités insuffisamment contrôlées par l'Etat. L'adoption de toute mesure rétrograde incompatible avec les obligations fondamentales relevant du droit à la santé qui sont indiquées au paragraphe 43 ci-dessus constitue une atteinte au droit à la santé. Les manquements par la voie de la *commission d'actes* englobent dès lors: l'abrogation ou la suspension officielle de la législation qui est nécessaire pour continuer d'exercer le droit à la santé ou l'adoption de lois ou de politiques manifestement incompatibles avec des obligations juridiques préexistantes de caractère interne ou international ayant trait au droit à la santé.

49. L'Etat peut également porter atteinte au droit à la santé en omettant ou en refusant de prendre des mesures indispensables découlant d'obligations juridiques. Parmi les atteintes par *omission* figurent celles-ci: le fait pour un Etat de ne pas prendre les mesures voulues pour assurer la pleine réalisation du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le fait de ne pas adopter de politique nationale concernant la sécurité et la santé des travailleurs ainsi que les services de la médecine du travail, et le fait de ne pas assurer l'application des lois pertinentes.

Manquements à l'obligation de respecter

50. L'Etat peut se soustraire à l'obligation de respecter par des actions, des politiques ou bien des lois contraires aux normes énoncées à l'article 12 du Pacte et susceptibles de provoquer des atteintes à l'intégrité physique, une morbidité inutile et une mortalité qu'il serait possible de prévenir. On peut citer à titre d'exemple le déni d'accès aux équipements sanitaires et aux divers autres biens et services en rapport avec la santé dont sont victimes certains individus ou groupes sous l'effet d'une discrimination *de jure* ou de facto; la rétention ou la déformation délibérée d'informations qui sont cruciales quand il s'agit de protéger la santé ou d'adopter une démarche thérapeutique; la suspension de la législation en vigueur ou l'adoption de lois ou de politiques qui font obstacle à l'exercice de l'une quelconque des composantes du droit à la santé ; le fait pour l'Etat de ne pas tenir compte des obligations juridiques qui lui incombent quant au droit à la santé lors de la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux avec d'autres Etats, avec des organisations internationales ou avec d'autres entités telles que des sociétés multinationales.

Manquements de l'obligation de protéger

51. L'Etat peut enfreindre l'obligation de protéger quand il s'abstient de prendre toutes les mesures voulues pour protéger les personnes relevant de sa juridiction contre des atteintes au droit à la santé imputables à des tiers. Dans cette catégorie de manquements entrent certaines omissions, comme le fait de ne pas réglementer l'activité de particuliers, de groupes ou de sociétés aux fins de les empêcher de porter atteinte au droit à la santé d'autrui; le fait de ne pas protéger les consommateurs et les travailleurs contre des pratiques nocives pour la santé, par exemple de la part des employeurs ou des fabricants de médicaments ou de produits alimentaires ; le fait de ne pas décourager la production, la commercialisation et la consommation de tabac, de stupéfiants et d'autres substances nocives; le fait de ne pas protéger les femmes contre les violences dirigées contre elles ou de ne pas poursuivre les auteurs de violences; le fait de ne pas décourager le maintien en vigueur de certaines pratiques médicales ou culturelles traditionnelles qui sont nocives; et le fait de ne pas adopter de lois ou de ne pas assurer l'application de lois destinées à empêcher la pollution de l'eau, de l'atmosphère et des sols par les industries extractives et manufacturières.

Manquements à l'obligation de mettre en œuvre

52. L'Etat partie manque à l'obligation de mettre le droit à la santé en œuvre quand il s'abstient de prendre toutes les mesures voulues pour garantir la réalisation de ce droit. Nous citerons à titre d'exemple le fait de ne pas adopter ou de ne pas mettre en œuvre une politique nationale de la santé destinée à garantir à chacun la réalisation de ce droit; le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé, tout particulièrement les éléments vulnérables ou marginalisés de la population; le fait de ne pas contrôler la réalisation du droit à la santé à l'échelle nationale, comme l'Etat pourrait le faire, par exemple, en définissant des indicateurs et des critères permettant de vérifier si le droit à la santé est exercé; le fait de s'abstenir de prendre les mesures voulues pour remédier à une répartition inéquitable des équipements, des biens et des services médicaux; le fait de ne pas adopter, dans le domaine de la santé, une approche qui tienne compte des distinctions de sexe ; et le fait de ne pas réduire les taux de mortalité infantile et maternelle.

4. Mise en œuvre à l'échelon national

Une législation-cadre

53. Les mesures les mieux adaptées qu'il soit possible de prendre pour donner effet au droit à la santé vont nécessairement être très variables d'un pays à l'autre. Chaque Etat est doté d'une marge d'appréciation discrétionnaire quand il décide quelles mesures sont effectivement les mieux adaptées à sa situation particulière. Mais le Pacte impose clairement à chaque Etat le devoir de prendre toutes dispositions nécessaires pour faire en sorte que chaque individu ait accès aux équipements, aux biens et aux services de santé et puisse jouir dans les meilleurs délais du meilleur état de santé physique et mentale qu'il puisse atteindre. D'où la nécessité d'adopter à l'échelle nationale une stratégie visant à assurer à tous l'exercice du droit à la santé, les objectifs de ladite stratégie étant définis à partir des principes relatifs aux droits de l'homme, et la nécessité en outre de définir des politiques ainsi que des indicateurs et des critères permettant de mesurer l'exercice du droit à la santé. Cette stratégie nationale impose également de définir les ressources dont l'Etat est doté pour atteindre les objectifs définis ainsi que le mode d'utilisation desdites ressources qui présente le meilleur rapport coût-efficacité.

54. L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie et d'un plan d'action national en matière de santé doivent tout particulièrement respecter les principes de non-discrimination et de participation populaire. Il faut notamment que le droit des individus et des groupes à participer à la prise de décisions susceptibles d'orienter leur développement fasse partie intégrante de toute politique, de tout programme ou de toute stratégie ayant pour objet de donner effet aux obligations incombant à l'Etat au titre de l'article 12. Promouvoir la santé passe nécessairement par l'association effective de la collectivité à la définition des priorités, à la prise de décisions, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie visant à améliorer la situation en matière de santé. Il n'est possible de mettre en place de bons services de santé que si l'Etat s'assure à cette fin de la participation de la population.

55. La stratégie nationale de la santé devrait en outre reposer sur les principes de la responsabilité, de la transparence et de l'indépendance de la magistrature, puisqu'une bonne gestion des affaires publiques est indispensable à l'exercice effectif de l'ensemble des droits de l'homme, dont le droit à la santé. Pour instaurer un climat favorable à l'exercice de ce droit, il faut que les Etats parties prennent des mesures appropriées pour faire en sorte que le secteur de l'entreprise privée tout comme la société civile prennent conscience du droit à la santé dans l'exercice de leurs activités et de l'importance qu'il convient de lui accorder.

56. Les Etats devraient envisager d'adopter une loi-cadre pour assurer la mise en train de leur stratégie nationale relative au droit à la santé. Cette loi-cadre devrait instituer des mécanismes nationaux de contrôle de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action national en matière de santé. Elle devrait contenir des dispositions sur les objectifs chiffrés à atteindre et le calendrier d'exécution; sur les moyens permettant de respecter les critères fixés sur le plan national; sur la collaboration à instaurer avec la société civile, y compris les experts des questions de santé, avec le secteur privé et avec les organisations internationales; la loi-cadre doit également dire où se situe la responsabilité institutionnelle de la mise en œuvre de la stratégie nationale et du plan d'action adoptés et indiquer les procédures de recours possibles. Lorsqu'ils surveillent les progrès accomplis sur la voie de la réalisation du droit à la santé, les Etats parties doivent aussi déterminer quels éléments et quelles difficultés les gênent dans l'exécution de leurs obligations.

Indicateurs et critères concernant l'exercice du droit à la santé

57. Toute stratégie nationale de la santé doit définir des indicateurs et des critères relatifs à l'exercice du droit à la santé. Les indicateurs doivent être conçus pour permettre de suivre à l'échelle nationale comme à l'échelle internationale comment l'Etat partie s'acquitte des obligations lui incombant au titre de l'article 12. Les Etats peuvent savoir quels sont les indicateurs les mieux adaptés, qui devront nécessairement concerner différents aspects du droit à la santé, en puisant dans les travaux en cours de l'OMS et de l'UNICEF dans ce domaine. Les indicateurs à retenir imposent de ventiler les données en fonction des motifs de discrimination qui sont proscrits.

58. Une fois qu'ils auront défini des indicateurs bien adaptés, les Etats parties sont invités à définir en outre à l'échelle nationale des critères liés à chaque indicateur. Pendant l'examen du rapport périodique, le Comité procédera à une sorte d'étude de portée avec l'Etat partie. C'est-à-dire que le Comité et l'Etat partie examineront ensemble les indicateurs et les critères nationaux qui vont dire quels objectifs il faudra atteindre au cours de la période faisant l'objet du rapport suivant. Et pendant les cinq années qui suivront, l'Etat partie se servira de ces critères nationaux pour mieux contrôler l'application de l'article 12 telle qu'il l'assume. Puis, lors de l'examen du rapport ultérieur, l'Etat partie et le Comité verront si les critères ont été ou non remplis et pour quelles raisons des difficultés ont peut-être surgi.

Recours et responsabilité

59. Toute personne ou groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale. Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition. Sur le plan national, ce sont les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des malades ou d'autres institutions de cette nature qu'il faut saisir des atteintes au droit à la santé.

60. L'intégration à l'ordre juridique interne d'instruments internationaux consacrant le droit à la santé peut élargir sensiblement le champ d'application et renforcer l'efficacité des mesures de réparation et il faut donc encourager dans tous les cas ladite intégration. Celle-ci donne aux tribunaux la compétence voulue pour se prononcer sur les atteintes au droit à la santé, ou tout au moins sur ses obligations essentielles, en invoquant directement le Pacte.

61. Les Etats parties devraient encourager les magistrats et tous les autres professionnels de la justice à s'intéresser davantage, dans l'exercice de leurs fonctions, aux atteintes au droit à la santé.

62. Les Etats parties devraient respecter, protéger, faciliter et promouvoir le travail des défenseurs des droits de l'homme et autres membres de la société civile afin d'aider les groupes vulnérables ou marginalisés à réaliser leur droit à la santé.

5. Les obligations d'autres acteurs que les Etats parties

63. Le rôle imparti aux organismes et aux programmes des Nations Unies, en particulier la fonction clef attribuée à l'OMS dans la réalisation du droit à la santé à l'échelle internationale, régionale et nationale, revêt une importance particulière, de même que la fonction de l'UNICEF en ce qui concerne le droit à la santé des enfants. Quand ils élaborent et mettent en œuvre leur stratégie nationale concernant l'exercice du droit à la santé, les Etats parties devraient tirer avantage de l'assistance technique et de la coopération de l'OMS. En outre, quand ils établissent leurs rapports, les Etats parties devraient exploiter les informations exhaustives et les services consultatifs

disponibles auprès de l'OMS aux fins de la collecte et de la ventilation des données ainsi que de la définition d'indicateurs et de critères concernant le droit à la santé.

64. En outre, il y a lieu de continuer à mener une action coordonnée aux fins de la réalisation du droit à la santé pour renforcer l'interaction entre tous les acteurs intéressés, y compris les diverses composantes de la société civile. Conformément aux articles 22 et 23 du Pacte, il faut que l'OMS, l'Organisation internationale du Travail, le Programme des Nations Unies pour le développement, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population, la Banque mondiale, les banques régionales de développement, le Fonds monétaire international, l'Organisation mondiale du commerce ainsi que les autres organes compétents du système des Nations Unies coopèrent efficacement avec les Etats parties en mettant à profit leurs compétences respectives pour faciliter la mise en œuvre du droit à la santé à l'échelle nationale, sous réserve que le mandat propre à chaque organisme soit dûment respecté. En particulier, les institutions financières internationales, notamment la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, devraient s'attacher davantage à protéger le droit à la santé dans le cadre de leur politique de prêt, de leurs accords de crédit et de leurs programmes d'ajustement structurel. Quand il examine le rapport des Etats parties et vérifie si ces pays sont en mesure de s'acquitter des obligations leur incombant en vertu de l'article 12, le Comité devra recenser les effets de l'assistance apportée par tous les autres acteurs. L'adoption par les institutions spécialisées, les programmes et les organes des Nations Unies d'une approche s'inspirant de la défense des droits de l'homme facilitera considérablement la mise en œuvre du droit à la santé. Dans le cadre de l'examen des rapports des Etats parties, le Comité étudiera également le rôle que jouent les associations professionnelles et autres organisations non gouvernementales du secteur de la santé pour aider les Etats à s'acquitter des obligations leur incombant en vertu de l'article 12.

65. Le rôle de l'OMS, du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, du Comité international de la Croix-Rouge/du Croissant-Rouge et de l'UNICEF ainsi que des organisations non gouvernementales et des associations médicales nationales revêt une importance particulière quand il s'agit de fournir des secours en cas de catastrophe et d'apporter une assistance humanitaire dans les situations d'urgence, y compris une assistance aux réfugiés et aux personnes déplacées dans leur propre pays. Sur le plan international, en matière d'aide médicale, de répartition et de gestion des ressources, s'agissant par exemple d'eau potable, de denrées alimentaires et de fournitures médicales, et en matière d'aide financière, il convient d'accorder la priorité aux groupes les plus vulnérables ou aux groupes marginalisés de la population.

Extraits de l'Observation générale N° 17 sur les droits de l'Homme et la propriété intellectuelle¹⁶⁰

Adoptée en novembre 2005 par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels

I. Introduction et principes de base

1. Le droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur tient à la dignité et à la valeur inhérentes à tous les êtres humains et fait donc partie des droits de l'homme. Ce fait distingue le paragraphe 1c) de l'article 15 et d'autres droits de l'homme de la plupart des droits juridiques reconnus dans les régimes de propriété intellectuelle. Fondamentaux, inaliénables et universels, les droits de l'homme appartiennent à tous les individus et, dans certaines circonstances, à des groupes d'individus et à des communautés. Les droits de l'homme sont des droits fondamentaux, dans la mesure où ils sont inhérents à la personne en tant que telle, alors que les droits de propriété intellectuelle sont instrumentaux, en ce qu'ils sont des moyens – les moyens dont les États peuvent se servir pour promouvoir l'esprit d'innovation et de créativité, encourager la diffusion de productions créatives et innovantes, ainsi que le développement d'identités culturelles, et préserver l'intégrité des productions scientifiques, littéraires et artistiques, dans l'intérêt de la société dans son ensemble.

2. Contrairement aux droits de l'homme, les droits de propriété intellectuelle ont généralement un caractère provisoire, et ils peuvent être révoqués, concédés sous licence ou attribués à un tiers. Alors que, dans la plupart des régimes de propriété intellectuelle, les droits de propriété intellectuelle, souvent à l'exception des droits moraux, peuvent être cédés, limités dans le temps et dans leur portée, négociés, modifiés, voire perdus, les droits de l'homme sont intemporels et sont l'expression des prérogatives fondamentales de la personne humaine. Le droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur préserve le lien personnel qui l'unit à sa création et qui unit les peuples, communautés ou autres groupes à leur patrimoine culturel collectif, ainsi que leurs intérêts matériels fondamentaux, qui leur sont nécessaires pour leur permettre d'avoir un niveau de vie suffisant, alors que les régimes de propriété intellectuelle protègent principalement les intérêts et les investissements des milieux d'affaires et des entreprises. En outre, l'étendue de la protection des intérêts moraux et matériels des auteurs prévue par le paragraphe 1c) de l'article 15 ne coïncide pas nécessairement avec les droits de propriété intellectuelle au sens de la législation nationale ou des accords internationaux¹⁶¹.

¹⁶⁰ Ndlr. L'intitulé exact du titre est « le droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur (par. 1c) de l'article 15 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels » (cf. E/C.12/GC/17).
[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/b664b2b80ab80f77c125710e0034cded?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/b664b2b80ab80f77c125710e0034cded?Opendocument)

¹⁶¹ Les instruments internationaux pertinents comprennent, notamment, la Convention de Paris pour la protection de la propriété industrielle, telle que révisée pour la dernière fois en 1967 ; la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, telle que révisée pour la dernière fois en 1979 ; la Convention internationale sur la protection des artistes

3. C'est pourquoi il importe de ne pas confondre les droits de propriété intellectuelle et le droit reconnu au paragraphe 1c) de l'article 15. (...)

4. Le droit de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de sa propre production scientifique, littéraire ou artistique a pour objet d'encourager les créateurs à contribuer activement aux arts et aux sciences et au progrès de la société dans son ensemble. En tant que tel, il est intrinsèquement lié aux autres droits reconnus à l'article 15 du Pacte, à savoir le droit de participer à la vie culturelle (par. 1a) de l'article 15), le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications (par. 1b) de l'article 15) et la liberté indispensable à la recherche scientifique et aux activités créatrices (par. 3 de l'article 15). Le paragraphe 1c) de l'article 15 et les autres éléments du paragraphe 1 de l'article 15 se renforcent mutuellement et sont réciproquement limitatifs. Les limites imposées au droit des auteurs de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques seront étudiées pour partie dans la présente observation générale et pour partie dans des observations générales distinctes portant sur les alinéas *a* et *b* du paragraphe 1 et sur le paragraphe 3 de l'article 15 du Pacte. En tant que norme matérielle relative à la liberté indispensable à la recherche scientifique et aux activités créatrices, garantie par le paragraphe 3 de l'article 15, le paragraphe 1 c) de l'article 15 possède également une dimension économique et, par conséquent, est étroitement lié au droit qu'a toute personne d'obtenir la possibilité de gagner sa vie par un travail librement choisi (art. 6, par. 1) et à une rémunération suffisante (art. 7a)) ainsi qu'au droit à un niveau de vie suffisant (art. 11, par. 1), qui est un droit de l'homme. De plus, la réalisation du paragraphe 1c) de l'article 15 dépend de l'exercice des autres droits de l'homme garantis par la Charte internationale des droits de l'homme et d'autres instruments internationaux et régionaux, notamment le droit à la propriété qu'a toute personne, aussi bien seule qu'en collectivité¹⁶², le droit à la liberté d'expression, qui implique le droit de chercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées quelles qu'elles soient, le droit au plein épanouissement de la personnalité humaine et les droits à la participation culturelle y compris les droits culturels accordés à des groupes donnés. (...)

II. Contenu normatif du paragraphe 1c) de l'article 15

6. Le paragraphe 1 de l'article 15 énumère, en trois alinéas, trois droits couvrant différents aspects de la participation à la vie culturelle, y compris le droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur (par. 1c) de l'article 15), sans en définir explicitement le contenu ni la portée. Par conséquent, chacun des éléments du paragraphe 1c) de l'article 15 appelle une interprétation.

interprètes ou exécutants, des producteurs de phonogrammes et des organismes de radiodiffusion («Convention de Rome»); le Traité de l'OMPI sur le droit d'auteur; le Traité de l'OMPI sur les interprétations et exécutions et les phonogrammes (qui, entre autres choses, offre une protection internationale aux interprètes d'«expressions du folklore»); la Convention sur la diversité biologique; la Convention universelle sur le droit d'auteur, telle que révisée pour la dernière fois en 1971; et l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) de l'OMC.

¹⁶² Voir l'article 17 de la Déclaration universelle des droits de l'homme; l'article 5d)v) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale; l'article premier du Protocole n° 1 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme); l'article 21 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme; et l'article 4 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul).

Éléments du paragraphe 1c) de l'article 15

« Auteur »

7. Le Comité considère que seul l'auteur, c'est-à-dire le créateur, homme ou femme, individu ou groupe, de productions scientifiques, littéraires ou artistiques, à savoir, entre autres, un écrivain ou un artiste, peut être le bénéficiaire de la protection visée au paragraphe 1c) de l'article 15. Cela découle des termes « chacun », « il » et « auteur », qui indiquent que les rédacteurs de cet article semblaient avoir estimé que les auteurs de productions scientifiques, littéraires ou artistiques étaient des personnes physiques sans s'apercevoir à l'époque qu'il pouvait également s'agir de groupes. Dans les régimes de protection des traités internationaux existants, des droits de propriété intellectuelle peuvent être détenus par une personne morale mais, comme on l'a vu plus haut, leurs prérogatives ne sont pas protégées dans le cadre des droits de l'homme.

8. Même si le libellé du paragraphe 1c) de l'article 15 renvoie généralement au créateur en tant que particulier (« chacun », « il », « auteur »), le droit d'un auteur à bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de ses productions scientifiques, littéraires ou artistiques peut dans certains cas être revendiqué ou exercé par des groupes d'individus ou des communautés.

« Toute production scientifique, littéraire ou artistique »

9. Le Comité considère que la formule « toute production scientifique, littéraire ou artistique », au sens du paragraphe 1c) de l'article 15, renvoie aux œuvres de l'esprit, c'est-à-dire les « productions scientifiques », telles que les publications scientifiques et les inventions scientifiques, y compris le savoir, les innovations et les pratiques des communautés autochtones et locales et les « productions littéraires et artistiques », telles que les poèmes, les écrits, les peintures, les sculptures, les compositions musicales, les œuvres dramatiques et cinématographiques, les représentations et les traditions orales.

« Bénéficiaire de la protection »

10. Le Comité est d'avis que le paragraphe 1c) de l'article 15 reconnaît aux auteurs et inventeurs le droit de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques, sans toutefois préciser les modalités de cette protection. Afin de ne pas vider le paragraphe 1c) de l'article 15 de tout contenu, la protection offerte doit garantir efficacement les intérêts moraux et matériels des créateurs découlant de leurs travaux. Toutefois, la protection des intérêts moraux et matériels des auteurs prévue au paragraphe 1c) de l'article 15 ne doit pas nécessairement élever le niveau et les moyens de protection offerts par les régimes actuels de droit d'auteur, de brevet et de propriété intellectuelle, pour autant que la protection assurée soit à même de garantir aux créateurs les intérêts moraux et matériels de leurs œuvres, tels que définis aux paragraphes 12 à 16 ci-dessous.

11. Le Comité relève qu'en reconnaissant le droit de chacun de « bénéficier de la protection » des intérêts moraux et matériels découlant de ses propres productions scientifiques, littéraires ou artistiques, le paragraphe 1c) de l'article 15 ne saurait empêcher les États parties d'adopter des normes plus ambitieuses en matière de protection que ce soit dans des traités internationaux relatifs à la protection des intérêts moraux et matériels des auteurs ou dans leur législation nationale, pour autant que lesdites normes ne limitent pas de façon injustifiée l'exercice par autrui de ses droits en vertu du Pacte.

« Intérêts moraux »

12. La protection des « intérêts moraux » des auteurs était l'une des principales préoccupations des rédacteurs du paragraphe 2 de l'article 27 de la Déclaration universelle des droits de l'homme : « L'auteur de toute œuvre artistique, littéraire, scientifique et l'inventeur conservent, indépendamment des revenus légitimes de leur travail, un droit

moral sur leur œuvre ou leur découverte, droit qui ne disparaît pas même lorsque cette œuvre est tombée dans le patrimoine commun de tous les hommes.»¹⁶³ Leur intention était de proclamer le caractère intrinsèquement personnel de toute œuvre de l'esprit et, en conséquence, le lien durable entre un créateur et sa création.

13. Dans la droite ligne de l'historique de la rédaction du paragraphe 2 de l'article 27 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et du paragraphe 1c) de l'article 15 du Pacte, le Comité estime que les « intérêts moraux » visés au paragraphe 1c) de l'article 15 comprennent le droit de l'auteur d'être reconnu comme étant le créateur de ses productions scientifiques, littéraires et artistiques et de s'opposer à toute déformation, mutilation ou autre modification de cette œuvre ou à toute autre atteinte à la même production, préjudiciables à son honneur et à sa réputation. (...)

« Intérêts matériels »

15. La protection des « intérêts matériels » des auteurs par le paragraphe 1c) de l'article 15 est un corollaire du lien étroit entre cette disposition et le droit à la propriété, tel qu'il est reconnu à l'article 17 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme, ainsi qu'avec le droit du travailleur à une rémunération suffisante (art. 7 a)). À la différence d'autres droits de l'homme, les intérêts matériels de l'auteur ne sont pas directement liés à la personnalité du créateur, mais contribuent à l'exercice du droit à un niveau de vie suffisant (art. 11, par. 1).

16. Le délai pendant lequel les intérêts matériels sont protégés par le paragraphe 1c) de l'article 15 ne doit pas nécessairement s'étendre à toute la vie d'un auteur. En effet, l'objectif consistant à permettre aux auteurs et aux inventeurs de mener une vie digne peut également être atteint en effectuant des paiements ponctuels ou en accordant à l'auteur, pendant un délai limité, le droit exclusif d'exploiter sa production scientifique, littéraire ou artistique.

« Découlant »

17. Le mot « décollant » souligne que les auteurs ne bénéficient de la protection de ces intérêts moraux et matériels que si ceux-ci résultent directement de leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques. (...)

III. Obligations des Etats parties

Obligations juridiques générales

(...)

28. Le droit qu'a toute personne de bénéficier de la protection des bienfaits moraux et matériels découlant d'une production scientifique, littéraire ou artistique dont elle est l'auteur impose, comme pour tous les autres droits de l'homme, trois catégories ou niveaux d'obligations aux Etats parties: l'obligation de le *respecter*, de le *protéger* et de le *mettre en œuvre*. (...)

Obligations juridiques spécifiques

30. Les Etats sont en particulier tenus de *respecter* le droit des auteurs de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels, notamment en s'abstenant d'enfreindre le droit des auteurs d'être reconnus comme créateurs de leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques et de s'opposer à toute déformation, mutilation ou autre modification de ces productions ou à toute autre atteinte à ces mêmes productions qui seraient préjudiciables à leur honneur ou à leur réputation. Les Etats parties doivent

¹⁶³ Commission des droits de l'homme, deuxième session, rapport du Groupe de travail sur la Déclaration des droits de l'homme, E/CN.4/57, 10 décembre 1947, p. 17.

s'abstenir de porter atteinte de façon injustifiée aux intérêts matériels des auteurs qui sont essentiels pour leur permettre d'avoir un niveau de vie suffisant.

31. L'obligation de *protéger* requiert notamment des Etats qu'ils protègent efficacement les intérêts moraux et matériels des auteurs contre toute violation par des tiers. En particulier, les Etats doivent empêcher que des tiers ne portent atteinte au droit des créateurs de revendiquer la paternité de leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques et ne se livrent à toute déformation, mutilation ou autre modification de ces productions d'une manière qui serait préjudiciable à l'honneur ou à la réputation de l'auteur. De même, les Etats parties sont tenus d'empêcher que des tiers portent atteinte aux intérêts matériels des auteurs découlant de leurs productions. À cet effet, les Etats parties doivent empêcher l'utilisation non autorisée des productions scientifiques, littéraires et artistiques qu'il est facile de se procurer et de reproduire par les technologies modernes de communication et de reproduction, par exemple en créant des systèmes de gestion collective des droits d'auteur ou en adoptant une législation obligeant les utilisateurs à informer les auteurs de toute utilisation qu'ils font de leurs productions et à les rémunérer de manière adéquate. Les Etats doivent veiller à ce que les tiers offrent une indemnisation adéquate aux auteurs pour tout préjudice indu résultant de l'utilisation non autorisée de leurs productions.

32. S'agissant du droit des peuples autochtones de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toutes leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques, les Etats parties devraient adopter des mesures garantissant aux peuples autochtones la protection efficace des intérêts liés à leurs productions, qui sont souvent des expressions de leur patrimoine culturel et savoir traditionnel. Lorsqu'ils adoptent des mesures de protection des productions scientifiques, littéraires et artistiques des peuples autochtones, les Etats parties devraient tenir compte de leurs préférences. Une telle protection pourrait englober l'adoption de mesures visant à reconnaître, à enregistrer et à protéger le droit d'auteur individuel ou collectif des peuples autochtones en vertu des régimes nationaux de droits de propriété intellectuelle et devrait empêcher l'utilisation non autorisée des productions scientifiques, littéraires et artistiques des peuples autochtones par des tiers. En mettant en œuvre ces mesures de protection, les Etats parties devraient, chaque fois que c'est possible, respecter le principe du consentement libre, préalable et donné en connaissance de cause des auteurs autochtones concernés, ainsi que les formes orales ou autres formes coutumières de transmission des productions scientifiques, littéraires ou artistiques; le cas échéant, ils devraient garantir l'administration collective, par les peuples autochtones, des avantages découlant de leurs productions.

33. Les Etats où se trouvent des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ont l'obligation de protéger les intérêts moraux et matériels des auteurs membres de ces minorités au moyen de mesures spéciales destinées à préserver le caractère unique des cultures minoritaires¹⁶⁴.

34. L'obligation de *mettre en œuvre* (assurer l'exercice du droit) requiert des Etats parties qu'ils fournissent des recours administratifs, judiciaires ou autres recours appropriés qui permettent aux auteurs de revendiquer les intérêts moraux et matériels découlant de leurs productions scientifiques, littéraires ou artistiques et d'obtenir réparation en cas de violation de ces intérêts. Les Etats parties sont également tenus de *mettre en*

¹⁶⁴ Voir l'article 15, par. 1c), du Pacte, lu en parallèle avec l'article 27 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Voir également UNESCO, Conférence générale, dix-neuvième session, recommandation concernant la participation et la contribution des masses populaires à la vie culturelle, adoptée le 26 novembre 1976, par. 1.2)f).

œuvre (faciliter) le droit visé au paragraphe 1c) de l'article 15, par exemple en prenant des mesures financières et autres mesures positives qui facilitent la création d'associations professionnelles et autres représentant les intérêts moraux et matériels des auteurs, y compris des auteurs défavorisés et marginalisés, conformément au paragraphe 1a) de l'article 8 du Pacte. L'obligation de *mettre en œuvre* (promouvoir) requiert des Etats qu'ils garantissent le droit des auteurs de productions scientifiques, littéraires et artistiques de participer à la conduite des affaires publiques et à l'adoption de toute décision importante ayant des incidences sur leurs droits et intérêts légitimes, et qu'ils consultent ces individus ou groupes ou leurs représentants élus avant l'adoption des décisions importantes qui ont des incidences sur leurs droits au titre du paragraphe 1c) de l'article 15.

Obligations connexes

35. Le droit des auteurs de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de leurs productions scientifiques, littéraires et artistiques ne saurait être considéré indépendamment des autres droits reconnus dans le Pacte. Les Etats parties ont donc l'obligation de trouver un équilibre entre, d'une part, leurs obligations en vertu du paragraphe 1c) de l'article 15 et, d'autre part, les autres dispositions du Pacte, afin de promouvoir et de protéger la totalité des droits garantis dans le Pacte. Ce faisant, les intérêts privés des auteurs ne devraient pas être indûment avantagés, et l'intérêt du public à avoir largement accès à leurs productions devrait être dûment pris en considération. Les Etats parties devraient donc veiller à ce que leurs régimes juridiques ou autres de protection des intérêts moraux et matériels découlant des productions scientifiques, littéraires ou artistiques ne les empêchent aucunement de s'acquitter de leurs obligations fondamentales en matière de droits à l'alimentation, à la santé, à l'éducation, droits de participer à la vie culturelle et de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications ou de tout autre droit consacré dans le Pacte. En dernière analyse, la propriété intellectuelle est un bien social et elle a une fonction sociale. Les Etats doivent donc veiller à ce que des prix excessivement élevés à acquitter pour avoir accès aux médicaments essentiels, aux semences ou à d'autres moyens de production alimentaire, ou aux manuels scolaires et matériels pédagogiques, ne portent atteinte aux droits à la santé, à l'alimentation et à l'éducation de larges couches de la population. En outre, les Etats devraient empêcher que le progrès scientifique et technique soit utilisé à des fins contraires aux droits de l'homme et à la dignité humaine, y compris les droits à la vie, à la santé et à la vie privée, par exemple en excluant les inventions de la brevetabilité à chaque fois que leur commercialisation pourrait compromettre la pleine réalisation de ces droits¹⁶⁵. Les Etats parties devraient en particulier étudier dans quelle mesure la commercialisation du corps humain et de ses parties porte atteinte aux obligations qui leur incombent en vertu du Pacte ou d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme¹⁶⁶. Les Etats devraient aussi envisager de procéder à des études d'impact sur les droits de l'homme avant d'adopter une législation relative à la protection des intérêts moraux et matériels découlant pour un auteur de ses productions scientifiques, littéraires ou artistiques et après l'avoir mise en œuvre. (...)

VI. Obligations des acteurs autres que les états parties

55. S'il est vrai que seuls les Etats parties au Pacte sont responsables du respect de ses dispositions, il leur est instamment demandé néanmoins d'envisager de réglementer la responsabilité qui incombe au secteur commercial privé, aux instituts de recherche

¹⁶⁵ Voir le paragraphe 2 de l'article 27 de l'Accord de l'OMC sur les ADPIC.

¹⁶⁶ Voir l'article 4 de la Déclaration universelle de l'UNESCO sur le génome humain et les droits de l'homme, bien que cet instrument ne soit pas juridiquement contraignant en tant que tel.

privés et aux autres acteurs non étatiques de respecter le droit reconnu au paragraphe 1c) de l'article 15 du Pacte.

56. Le Comité note que les Etats parties, en tant que membres d'organisations internationales telles que l'OMPI, l'UNESCO, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale du commerce (OMC), ont l'obligation de prendre toutes les mesures possibles pour veiller à ce que les politiques et décisions de ces organisations soient conformes aux obligations découlant du Pacte, en particulier celles énoncées au paragraphe 1 de l'article 2, au paragraphe 4 de l'article 15, ainsi qu'aux articles 22 et 23 concernant l'assistance et la coopération internationales.

57. Les organes ainsi que les institutions spécialisées des Nations Unies devraient, dans leurs domaines de compétence respectifs et conformément aux articles 22 et 23 du Pacte, prendre des mesures internationales de nature à contribuer à la réalisation progressive et effective des dispositions du paragraphe 1c) de l'article 15. L'OMPI, l'UNESCO, la FAO, l'OMS ainsi que les autres institutions, organes et mécanismes compétents des Nations Unies, en particulier, sont invités à redoubler d'efforts pour prendre en compte les principes et obligations relatifs aux droits de l'homme dans leurs travaux ayant trait à la protection des avantages moraux et matériels des auteurs découlant de leurs productions scientifiques, littéraires et artistiques, et ce en collaboration avec le Haut-Commissariat aux droits de l'homme.

Annexe 3

Déclaration d'Alma-Ata¹⁶⁷

Adoptée le 12 septembre 1978 par les Etats membres de l'OMS

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I. La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II. Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III. Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de

¹⁶⁷ Cf. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French

contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII. Les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
- exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé -médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels- tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII. Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX. Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le

rapport conjoint FISE(UNICEF)/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE (UNICEF) et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

Annexe 4

Principaux sites de référence et coordonnées des instances auxquelles on peut s'adresser

PRINCIPAUX SITES DE RÉFÉRENCE

Organisation mondiale de la santé. www.who.int
Haut-Commissariat aux droits de l'homme. www.ohchr.org
Commission interaméricaine des droits de l'homme. www.cidh.oas.org
Union africaine. www.africa-union.org
Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. www.achpr.org
Conseil de l'Europe. www.coe.int
Union européenne. <http://europa.eu.int>
Fonds des Nations Unies pour l'enfance. www.unicef.org
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA www.unaids.org
Programme des Nations Unies pour l'environnement. www.unep.org
People's Health Movement. www.phmovement.org
International Baby Food Action Network. www.ibfan.org
Corporate Accountability International (anc. Infact). www.stopcorporateabuse.org
Medact. www.medact.org
Global Health Watch. www.ghwatch.org
Global Equity Gauge Alliance. www.gega.org.za
Centro de estudios y asesoria en salud. www.ceas.med.ec
Médecins sans frontières. www.msf.org
Médecins du monde. www.medecinsdumonde.org

INSTANCES AUXQUELLES ON PEUT S'ADRESSER

Au niveau international

Comité des droits économiques sociaux et culturels, CODESC (informations)

Haut-Commissariat aux droits de l'homme
M. Alexandre Tikhonov, Secrétaire
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Genève 10, Suisse
Tél. : (41 22) 9179321. Fax : (41 22) 9179046/9179022.
E-mail : atikhonov@ohchr.org

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, CEDAW (plaintes et informations)

United Nations
2 UN Plaza, DC2-12th Floor, New York, NY, 10017, Etats-Unis d'Amérique
Fax : +1212 9633463. E-mail : daw@un.org
Site : <http://www.un.org/womenwatch/daw>

Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, CERD (plaintes et informations)

Haut-Commissariat aux droits de l'homme
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Genève 10, Suisse
Fax : +4122 9179022. E-mail : nprouvez@ohchr.org

Comité des droits de l'enfant, CRC (informations)

Haut-Commissariat aux droits de l'homme
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Genève 10, Suisse
Fax : +4122 9179022. E-mail : pdavid@ohchr.org

Comité des travailleurs migrants, CMW (informations pour le moment)

Haut-Commissariat aux droits de l'homme
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Genève 10, Suisse
Fax : +4122 9179022. E-mail : cedelenbos@ohchr.org

Comité des droits de l'homme, HRC (plaintes et informations)

Haut-Commissariat aux droits de l'homme
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Genève 10, Suisse
Fax : +4122 9179022.

M. Paul Hunt, Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur le droit à la santé (plaintes et informations)

Haut-Commissariat aux droits de l'homme
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Genève 10, Suisse
Fax : +4122 9179006. E-mail : urgent-action@ohchr.org

Au niveau régional

Secrétariat de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (plaintes et informations)

Avenue Kairaba, P.O. Box 673, Banjul – Gambie
Tél. : + 220 4392962. Fax : + 220 4390764. E-mail : achpr@achpr.org

Commission interaméricaine des droits de l'homme (plaintes et informations)

Organisation des Etats américains
1889 F Street, N.W., Washington, D.C. 20006, Etats-Unis d'Amérique
Fax : (202) 458-3992. E-mail : cidhoea@oas.org

Comité européen des droits sociaux (plaintes collectives et informations)

Secrétariat de la Charte sociale européenne
Direction générale des Droits de l'Homme – DGII
F-67075, Strasbourg Cedex, France
Tél. : +33 (0)3 88 41 32 58. Fax : +33 (0)3 88 41 37 00
E-mail : social.charter@coe.int Site : <http://www.coe.int>

PRÉSENTATION DU PHM

Le *People's Health Movement* (PHM – Mouvement populaire de la santé) trouve ses origines dans les mouvements populaires et auprès des nombreux réseaux et activistes travaillant sur la santé et préoccupés par l'accroissement des inégalités qui se fait jour dans le domaine de la santé depuis 25 ans. Le PHM demande que les principes de la Déclaration de Alma-Ata soient réaffirmés. Celle-ci promettait en effet la Santé pour tous pour l'an 2000 et des changements majeurs dans la formulation des politiques internationales et nationales qui ont démontré leur impact négatif sur la santé et les systèmes de santé.

Le People's Health Movement peut être contacté par le secrétariat international.

Adresse postale : People's Health Movement Secretariat
C/O AHED, # 17, Beirut St. Apt. 3/501, Heliopolis, Caire, Egypt
Plus d'information sur leur siteweb : <http://www.phmovement.org>