

Le Cercle des Droits

L'activisme en faveur des droits économiques, sociaux et culturels:
Un outil pour la formation

HRRC Home | Table des Matières | 2 Partie

1 Partie - Section: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

MODULE 14 LE DROIT À LA SANTÉ

SECTION V - COMPRENDRE LES DROITS ESC SPÉCIFIQUES

Objet du module 14

Ce module a pour objet d'offrir une vue d'ensemble des garanties relatives au droit à la santé.

Le module

- *Revient sur le développement du concept du droit à la santé;*
- *énumère les normes nationales, régionales et internationales;*
- *analyse les obligations de l'État; et*
- *considère les mécanismes internationaux et autres de protection du droit.*

Pourquoi le droit à la santé?

La santé et le bien-être sont des préoccupations profondément personnelles. Rien de plus intime que l'expérience de concevoir et de porter un enfant, et de donner naissance à un être humain unique; nul d'entre nous ne peut vivre la peur ou la peine d'un autre; et la mort elle-même est quelque chose que l'on ne peut pas partager, quel que soit le chagrin que l'on éprouve.

Et pourtant, c'est précisément quand on doit faire face à la maladie ou à des souffrances chroniques, soi-même ou bien des proches, qu'on se rend compte que la santé est en réalité une affaire qui concerne tout le monde. Les politiques qui déterminent le niveau des services pour la santé, quelles sortes de services sont offerts, comment des priorités sont établies entre les revendications rivales, où les ressources sont concentrées et quelles alternatives sont offertes, deviennent toutes beaucoup plus urgentes quand elles nous touchent ou touchent ceux que nous aimons. Lorsque nous sommes en mauvaise de santé, nous subissons en fin de compte les décisions ou les préjugés d'autres—fussent-ils des professionnels de santé, des autorités religieuses, des membres de la famille, des voisins, des employeurs ou des compagnies d'assurance. Cela fait souvent à nouveau prendre conscience des limites de notre capacité à contrôler certains des aspects les plus centraux de notre vie. Voilà qui nous donne un aperçu de ce à quoi ressemble l'exclusion.

Perte de responsabilité et exclusion sont causées par la combinaison d'expériences personnelles et de circonstances d'une part et du contexte socio-politique de l'autre . . . Nous voyons l'importance



des contextes macroéconomiques et idéologiques. Les politiques économiques, dont résultent le sous-financement des services publics et l'éclatement du rôle de contrôle du gouvernement, tendent à réduire le seuil de ce qui est considéré comme un niveau minimum acceptable de financement des soins médicaux accessibles à toute la population. L'accès aux soins médicaux se met à dépendre de la capacité des individus à payer; les patients sont transformés de citoyens qui ont des droits et des responsabilités en clients et consommateurs . . . La question du financement des soins médicaux peut ainsi être posée en question pseudo-technique; quelles sortes de récupération des coûts et de mécanisme d'assurance « marchent » et dans quelles circonstances? L'objectif de « **santé pour tous d'ici l'an 2000** » s'est transformé en « la santé pour ceux qui peuvent payer aujourd'hui ».

Les tendances actuelles laissent entendre que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » décrite par l'OMS comme « l'un des droits fondamentaux de tout être humain » est quasiment considéré comme un produit dérivé, quelque chose qui

nous tombera dessus, un jour, dans le futur. Il va s'en écouler du temps avant que ce droit fondamental ne parvienne aux indigents (actuellement une cinquième de la race humaine), ceux qui survivent de manière précaire dans le secteur informel ou ceux dont l'accès aux soins médicaux est limité par l'âge ou par un handicap ou par un conflit armé. Et alors que les sept dixièmes de la population la plus pauvre du monde sont constitués de femmes, les besoins de santé des femmes, d'où qu'elles viennent, sont tout à fait négligés. Pourtant, si le développement ne concerne pas la santé, à quoi sert-il—et qui peut espérer en profiter? [\[1\]](#)

Développement du concept du droit à la santé

Traditionnellement la santé était considérée comme relevant du domaine privé plutôt que public. On entendait par santé « absence de maladie ». Les premières lois à contenir des dispositions relatives à la santé remontent à l'ère industrielle. *The Moral Apprentices Act* (L'acte moral des apprentis) (1802) et le *Public Health Act* (L'acte de santé publique) (1848) furent adoptés en Grande Bretagne en tant que moyens propres à contenir une pression sociale suscitée par les mauvaises conditions de travail des pauvres. La Constitution mexicaine de 1843 fait référence à la responsabilité de l'État dans la sauvegarde de la santé publique. [\[2\]](#)

L'évolution qui a permis de définir la santé comme question sociale a mené à la fondation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946. [\[3\]](#) Avec l'émergence de la santé considérée comme question publique, la conception de la santé a changé. L'OMS a défini la santé comme étant « 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 ». [\[4\]](#) Elle a défini une approche intégrée qui relie tous les facteurs qui déterminent le bien-être humain, dont l'environnement physique et social favorables à une bonne santé.

Avec la création de l'OMS, pour la première fois le droit à la santé était reconnu à l'échelon international. La Constitution de l'OMS affirme que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Avec le temps, cette reconnaissance a été réitérée sous des formulations très variées, dans divers instruments juridiques internationaux et régionaux des droits humains, qui comprennent:

- La Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 25)
- Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (art.33)
- Charte sociale européenne (art. 11)
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12)
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16)

La reconnaissance universelle du droit à la santé a été de plus confirmée dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, dans laquelle les États s'engageaient à développer progressivement des systèmes de soins médicaux complets afin d'assurer une distribution des ressources efficace et équitable pour le maintien de la santé. Ils ont répété qu'il était de leur responsabilité d'assurer la santé de leurs populations, « dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates ». [5] La Déclaration développe les bases de mise en place de systèmes de soins de santé primaires, directement liés au respect du droit. Même si cet instrument juridique n'est pas rendu obligatoire, il représente un engagement supplémentaire de la part des États relatif au droit à la santé, et met en place le cadre d'une politique intégrée qui a pour objectif d'assurer sa jouissance.

Dans le contexte de la Conférence d'Alma-Ata, l'OMS a dessiné le plan *Santé pour tous d'ici l'an 2000*, [6] qui consiste en une série d'objectifs et de programmes destinés à assurer des niveaux de santé minimum pour tous. Néanmoins, dans un contexte où les problèmes de santé associés à la pauvreté et à l'inégalité continuent de dresser les mêmes obstacles pour atteindre les niveaux minimums de bien-être pour la plupart de la population mondiale, l'échec dans la tentative d'atteindre ces buts souligne le besoin de retravailler des stratégies.

La défense de la santé, un des aspects fondamentaux de soins de santé primaires, a été abordé, indépendamment, par quatre conférences successives: la première à Ottawa, au Canada, en 1986 [7] et la plus récente à Jakarta, en Indonésie, en 1997. La Déclaration de Jakarta inclut une conception actualisée de la santé et exprime les désirs de l'atteindre à l'aube du prochain siècle. Elles identifient « la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé ». [8]

D'autres initiatives internationales pertinentes liées à la santé ont été prises au cours de ces dernières années par le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), qui comprenait trois objectifs visant à réduire la mortalité infantile et maternelle, et qui garantissaient l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction et de planning familial; et par le programme d'action de la Quatrième Conférence

mondiale sur les femmes (Pékin, 1995) qui a adopté cinq objectifs stratégiques destinés à améliorer les conditions de santé des femmes partout dans le monde.

La santé comme droit humain

Normes internationales

L'article 25 de la DUDH insiste sur la reconnaissance du droit pour tous à un niveau de vie convenable, garanties pour la santé et le bien-être compris. Il reconnaît la relation qui existe entre santé et bien-être ainsi que le lien qui existe avec d'autres droits, tels que le droit à la nourriture et le droit au logement, aussi bien qu'aux services médicaux et sociaux. Il adopte une vision large du droit à la santé comme droit humain, même si la santé n'est qu'une composante d'un niveau de vie convenable.

Droits en matière de procréation et de santé liée à la maternité

Les droits en matière de procréation sont considérés par beaucoup de femmes comme au cœur même des droits de la femme. À travers l'histoire, les fonctions génitrices des femmes ont servi à contrôler les femmes elles-mêmes. Si l'on examine pourquoi l'on prive les femmes de nombreuses opportunités de vie; pourquoi les femmes doivent arrêter l'école une fois la puberté atteinte; pourquoi on ne leur permet pas de se déplacer librement; pourquoi elles sont limitées dans leur choix d'un emploi ou dans la poursuite d'une carrière; pourquoi on les marie tôt sans qu'elles aient leur mot à dire sur le choix du partenaire, on revient encore et toujours à la même réponse-parce que les femmes ont un corps qui peut être fécondé.

La signification des droits sexuels et droits en matière de procréation qui a évolué au cours des années est le droit de gérer en toute sécurité et dans de bonnes conditions sa fertilité en concevant quand on le souhaite, en mettant un terme aux grossesses non désirées et en portant à leur terme celles qui sont désirées; le droit d'exprimer sa sexualité sans crainte de la maladie, de la violence, des mutilations, de la peur, de souffrances inutiles ou de la mort associées à la fonction génitrice et à la sexualité; et le droit à des conditions économiques, sociales et politiques qui les rendent cela possible.

Il est important de clarifier que les droits en matière de procréation et la santé en matière de reproduction ne sont pas identiques. Les soins qui concernent la maternité ne sont qu'une petite composante des droits en matière de procréation. De plus l'accès aux services de la santé en matière de reproduction ne sont qu'une partie du droit à la santé dans la fonction reproductrice, exactement comme l'accès aux services de santé n'est qu'un aspect du droit à la santé. Pour que les femmes aient une bonne santé dans leur fonction de génitrice, il faut qu'elles aient un bon état général et les conditions physiques, économiques et sociales qui leur assurent une bonne santé dans l'ensemble.⁹

À l'article 12 du PIDESC, les États parties reconnaissent « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Cet article identifie quelques mesures que l'État devrait prendre pour «assurer le plein exercice de ce droit ».

Les articles 23 et 24 de la CDE reconnaissent le droit à la santé à tous les enfants et identifient les différentes étapes pour y parvenir. De même, CEDAW établit l'obligation d'adopter les mesures adéquates pour garantir aux femmes l'accès à la santé et aux soins médicaux, sans la moindre discrimination, y compris l'accès aux services du planning familial. Il établit aussi l'engagement de garantir les soins médicaux adéquats à la mère et à l'enfant. (art.12[2])

De nombreux autres instruments juridiques militent en faveur du droit à la santé. Ce sont: la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention relative au statut des réfugiés, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, les Conventions de Genève, la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé, l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, la Déclaration des droits du déficient mental, la Déclaration des droits des handicapés, et la Déclaration des droits des malades du SIDA.

Normes régionales

Le système interaméricain

L'article XI de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme instaure le droit à la préservation de la santé grâce à des mesures sanitaires et sociales (nourriture, habillement et soins médicaux), tandis qu'elle conditionne sa mise en œuvre au niveau des ressources publiques et de la communauté.

L'article 34 dans la Charte de l'Organisation des États américains stipule parmi les objectifs qui contribuent au développement intégral de la personne, l'accès à la connaissance de la science médicale moderne et à des conditions convenables de vie en ville. La Convention américaine relative aux droits de l'homme fait indirectement allusion au droit à la santé quand dans son article 26 elle se réfère à l'engagement des États parties à prendre des mesures pour garantir « la pleine jouissance des droits qui découlent des normes économiques et sociales et de celles relatives à l'éducation, la science et la culture, énoncées dans la Charte de l'Organisation des États américains »

Le protocole additionnel du San Salvador, à l'article 10, met explicitement en avant le « droit à la santé » pour tous les individus. Il énumère six mesures qui devraient être prises par les États parties pour garantir ce droit, incluant le développement de réseaux de soins universels de santé primaires. De plus, l'article 11 garantit le droit à un environnement sain. Néanmoins, le protocole écarte la possibilité de soumettre des requêtes individuelles devant les organes de suivi du système

La santé mentale

" La maladie mentale, dans son sens large, est l'une des affections les plus communes de la race humaine. Le rapport fait par la Banque mondiale sur la santé et le développement (1993), pourtant critiqué à cause du caractère peu fiable de certaines de ses données, identifiait la maladie neuro-psychiatrique comme étant la seconde cause de maladie non transmissible dans les pays en voie de développement. Parmi ces maladies la dépression nerveuse était le diagnostic de loin le plus important. Le rapport met l'accent sur un aspect de la santé intimement lié au statut de la santé générale et du développement d'une communauté qui a été ignoré par les agences de développement et les ministères de la santé confrontés aux revendications pressantes sur les maladies transmissibles. Quoi qu'il en soit, il est impossible de séparer les composantes mentales et spirituelles de la santé de la maladie physique, en particulier quand on a affaire à des maladies chroniques et aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Il est probable et souhaitable que le futur travail sur la relation santé/développement considère la santé mentale parmi ses priorités.[10](#)

inter-américain en ce qui concerne le droit à la santé.

Le système européen

L'article 11 de la Charte sociale européenne fait référence au droit à la protection de la santé. Pour sa réalisation elle propose des activités de promotion de la santé, d'éducation et de prévention. Le paragraphe 13 de la première partie garantit l'accès à l'assistance sociale et médicale pour les indigents. De même, l'article 3 de la Convention des droits de l'homme et de la bio-médecine garantit un accès égal aux soins.¹⁰

Le système africain

L'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples contient un droit à la santé au plus haut niveau possible, pour lequel « les mesures nécessaires » devront être prises. Elle garantit aussi les services médicaux en cas de maladie. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant contient aussi la reconnaissance du droit à la santé

*Reconnaissance nationale*¹¹

Le droit à la santé a été graduellement incorporé aux constitutions nationales dans la première moitié du vingtième siècle. Par exemple la Constitution chilienne de 1925 garantit explicitement le droit à la santé, faisant la distinction entre les garanties du bien-être de l'individu et la mission de santé publique. À ce jour, un nombre important des États dont les systèmes de droit civil ont inclus le droit à la santé dans leurs constitutions, a souvent assimilé ce droit à la protection de la santé des



personnes ou établi un rôle clair de l'État en matière de politique de santé. Dans le cas de Haïti, le droit à la santé est directement lié au droit à la vie dans l'article 19 de la Constitution haïtienne: « L'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine ». De surcroît, l'article 23 établit l'obligation de garantir à la population entière les ressources nécessaires pour recouvrer leur santé grâce à un service de soins médicaux appropriés.

Bien que ce ne soit pas commun, certains pays donnent une valeur constitutionnelle à une série de mesures qui ont pour but la

protection de la santé. Dans la constitution du Panama, par exemple, l'article 105 contient le droit à la santé et la responsabilité de l'État de le protéger, tandis que l'article 106 fait référence au droit à la nourriture, à l'éducation à la santé, et aux soins de la mère et de l'enfant, entre autres. L'article 70 de la constitution de la Hongrie dans son premier paragraphe met en avant le droit à la santé physique et mentale au plus haut niveau possible tandis que le deuxième paragraphe énumère quatre domaines de responsabilité. L'article 27 de la Constitution de l'Afrique du Sud contient le droit aux soins médicaux, à la nourriture, à l'eau et à la sécurité sociale. Elle met en avant le droit à avoir accès aux services de santé incluant le suivi gynécologique et interdit le refus de secours

d'urgence.

Des pays dont les dispositifs légaux sont basés sur le droit commun ne prévoient pas dans leur constitution de garanties du droit à la santé, bien que l'on puisse trouver des références implicites à des responsabilités publiques en matière de santé dans les préambules de nombreuses constitutions, et dans quelques-uns des textes qui font référence à la politique sociale. Dans ces pays il faut souvent rechercher la reconnaissance légale du droit à la santé dans les décisions des tribunaux qui peuvent interpréter le droit d'une façon ou d'une autre étant donné qu'il est essentiellement fondé sur la jurisprudence. Les États-Unis, par exemple, ne font aucune référence à la santé dans leur Constitution. Pourtant on peut trouver des décisions de justice concernant la responsabilité de l'État à réguler la santé et son devoir d'assurer un accès égal aux bénéficiaires du système de santé et d'aide sociale. Dans d'autres pays, la référence à la santé est développée en termes négatifs, quand les constitutions ou les lois dressent la liste des restrictions que l'on peut appliquer à certains droits civils et politiques pour des raisons de santé publique (exemple de la Barbade), tandis qu'elle attire l'attention sur la compétence pour ne pas dire l'obligation de l'État à l'égard de tout ce qui touche à la santé.

Dans le même temps pratiquement tous les pays qui ont des constitutions socialistes ont inclus le droit à la santé comme droit fondamental au même titre que les autres droits économiques sociaux et culturels. Dans la Constitution de Cuba, l'article 49 met en avant le droit aux soins et à la protection de la santé, et établit l'obligation de l'État de maintenir et de pourvoir un système de santé publique libre et universel au travers de programmes d'éducation et de prévention.

Indivisibilité et interdépendance

Le droit à la nourriture: Des programmes d'alimentation et d'approvisionnement de nourriture sont des composants substantiels des stratégies de soins de santé primaires. Dans l'article 24(2)(c) de la CDE et dans l'article 12 (2) de CEDAW respectivement, le droit à la nourriture est considéré comme faisant parti du droit à la santé des enfants comme des femmes. En accord avec l'Observation générale 12 du CDESC des stratégies nationales sur le droit à la nourriture doivent être développées en coordination avec le développement de mesures de santé entre autres (para. 25). (Voir le module 12 sur le droit à la nourriture.)

Le droit à un environnement sain: L'article 12(2)(b) du PIDESC désigne l'environnement comme un des secteurs d'intervention de l'État dans la réalisation du droit à la santé. Cette disposition a été traditionnellement interprétée comme concernant la médecine du travail, mais dans les rapports faits par les États au CDESC, elle est en train d'être considérée au sens beaucoup plus large, comme se rapportant à tous les problèmes environnementaux qui affectent la santé humaine. Les stratégies de soins de santé primaires incluent l'accès à l'eau potable et aux services sanitaires. Les programmes de prévention devraient inclure le contrôle des activités humaines qui peuvent exposer les populations à des risques environnementaux nuisibles pour leur santé.¹² (Voir le module 15 sur le droit à un environnement sain.)

Le droit à un logement adéquat: L'observation générale 4 sur le droit à un logement adéquat établit des liens entre la disponibilité des services de base tels que l'eau potable, des conditions de logement qui protègent les individus de risques pour la santé, la disponibilité des services médicaux et l'environnement dépourvu de risques pour la santé comme éléments essentiels du droit (para. 8). L'OMS a identifié les conditions de logement comme le facteur environnemental le plus souvent responsable de la fréquence des maladies épidémiologiques. (Voir le module 13 sur le droit à un

logement adéquat.)

Le droit à l'éducation: La réalisation d'éléments essentiels spécifiques du droit à la santé a comme condition préalable la satisfaction complète du droit fondamental à l'éducation pour tous. En abordant le droit de l'enfant à la santé, l'article 24(2)(e) du CDE établit un lien entre ce droit et le droit à l'éducation et par-là, à l'accès à une connaissance élémentaire de la santé des enfants. Les soins de santé primaires en général comprennent un besoin d'éducation concernant les problèmes de santé répandus et les méthodes de prévention et de contrôle. (Voir le module 16 sur le droit à l'éducation.)

Le droit au travail et les droits du travail: Le droit au travail est étroitement lié au droit à des conditions de vie adéquates, et ce dernier à son tour est essentiel à la santé. De plus, le PIDESC dans son article 12(2)(c) identifie la prophylaxie, le traitement des maladies professionnelles et autres ainsi que la lutte contre ces maladies, dans le droit à la santé. L'article 12(2)(b) se rapporte à l'hygiène en milieu industriel qui exige l'adoption de mesures pour la prévention et le contrôle des conditions à risque sur le lieu de travail. Environ soixante-dix Conventions OIT s'occupent des problèmes de maladie du travail. Parmi elles, la Convention 155 (la Sécurité et la santé des travailleurs [1981]), la Convention 148 (les Services de santé au travail [1985]) et la Convention 148 (le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations [1977])). (Voir le module 10 sur le droit au travail et les droits du travail.)

Le droit à la vie: Tandis que le droit à la vie est d'ordinaire considéré comme protection contre le meurtre par des agents de l'État, dans son Observation générale 6 le Comité des droits de l'homme considère qu'il est souhaitable que les États adoptent « toutes les mesures possibles pour diminuer la mortalité infantile et pour accroître l'espérance de vie, et en particulier des mesures permettant d'éliminer la malnutrition et les épidémies ». [13](#) De surcroît, plusieurs constitutions nationales mentionnent le droit à la santé comme une composante essentielle du droit à la vie.

Le droit à l'information: L'accès à une information adéquate est essentiel pour des soins appropriés. L'information liée aux politiques de santé et aux ressources est aussi nécessaire pour permettre le suivi des politiques publiques concernant la santé. Le principe 76 de Limburg mentionne aussi que les rapports au CDESC devraient être publiés afin de permettre un débat et une participation publiques. (Voir le module 3 pour plus d'information sur les principes de Limburg.)

L'intégrité physique: À part d'interdiction des actes de torture et des mauvais traitements, l'article 7 du PIDCP interdit explicitement l'expérimentation médicale ou scientifique sur l'être humain sans une compréhension complète de l'étendue de l'expérience et un consentement préalable. [14](#) Les principes de l'éthique médicale en rapport avec le rôle du personnel de santé énoncent une série de directives afin de garantir que le personnel de santé protégera les prisonniers et les détenus contre toutes formes de mauvais traitement et de châtement. [15](#)

Le droit des femmes à la santé

En plus des complexités associées au droit à la santé en général, l'examen du droit à la santé des femmes nécessite de prendre en compte au moins deux dimensions supplémentaires. Le droit des femmes à la santé doit être considéré dans une perspective genre. En outre, l'interdiction de toute discrimination doit rester présente à l'esprit. Ces deux dimensions sont traitées dans l'article 12(1) de CEDAW qui se rapporte aux garanties d'accès aux services de santé sans discrimination, et dans

l'article 12(2) qui se rapporte aux services de santé maternelle. L'accès aux services est aussi mentionné dans la CDE (art. 24[2][d]).[16](#) (Voir le module 4 pour une explication plus complète.)

VIH/SIDA et droits humains

L'épidémie de VIH/SIDA a un nombre des dimensions de droits humains. Il est essentiel d'examiner les politiques et pratiques de santé publique qui affectent ceux qui sont victimes du VIH/SIDA pour s'assurer que ces politiques et pratiques ne violent pas les dispositions relatives au droit à la santé. En particulier, il est important d'examiner la discrimination possible dans le traitement que de tels individus peuvent subir. Bien qu'il n'y ait aucune convention internationale qui impose des obligations spéciales aux États dans ce domaine, de l'attention permanente portée au VIH et des problèmes des droits humains liés a résulté l'adoption de nombreuses déclarations ainsi que le développement d'un consensus général sur les directives internationales des Nations Unies sur le VIH/SIDA et les droits humains,[17](#) qui abordent le rôle de l'État vis-à-vis de l'épidémie. De ces efforts variés a aussi résulté la création d'un programme collectif des Nations Unies pour le SIDA (UN AIDS), qui cherche à unifier les efforts de plusieurs organismes des Nations Unies et de la Banque mondiale pour s'attaquer aux immenses conséquences de l'épidémie. Sur le plan intérieur, les efforts pour mettre fin à la discrimination et garantir l'accès aux traitements des personnes atteintes du VIH/SIDA ont débouché sur une jurisprudence locale très significative concernant les droits humains. (Voir l'étude de cas au Venezuela ci-dessous à la page 296.)

Le droit à la santé d'autres secteurs particuliers de la population

Ce qui suit examine les problèmes spécifiques et les dispositions relatives au droit à la santé dans des secteurs particuliers.

- Les prisonniers: Les règlements 22-26 de l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus se rapportant aux services de santé en prison, aux droits minimums des prisonniers à la santé et aux devoirs généraux des médecins affectés aux établissements pénitentiers.[18](#)
- Les personnes handicapées: La Déclaration des Nations Unies des droits des personnes handicapées aborde leurs droits aux soins médicaux et aux services de rééducation.[19](#) De plus, l'Observation générale 5 du CDESC est consacré aux personnes handicapées et établit l'obligation d'adopter des mesures positives afin de réduire les désavantages structurels qu'ils subissent.[20](#)
- Les victimes de violences: La Déclaration des Nations Unies des principes de base de justice pour les victimes de crime et d'abus de pouvoir[21](#) énonce les dispositions des services de santé et sociaux qui devraient être mis à la disposition des victimes de violence, dont l'assistance psychologique.
- La santé mentale: Les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé établissent une série de normes pour sauvegarder les droits humains des malades mentaux, garantir le traitement, les soins et la rééducation adéquats, et assurer des conditions humanitaires et non discriminatoires. La Déclaration des Nations Unies des droits du déficient fait ressortir les droits de telles personnes aux soins médicaux, aux thérapies et à l'éducation.[22](#)

Les obligations de l'État

Le droit à la santé est formulé en différents termes dans divers instruments juridiques destinés à le protéger; en général, un engagement y est prononcé à un degré tout relatif. Par conséquent, les obligations qui découlent de la ratification de ces instruments ne sont pas faciles à déterminer. En même temps, le CDESC s'est réuni pour définir l'étendue des obligations qui découlent du droit à la santé, mais doit encore atteindre un consensus suffisant avant que soit publiée une Observation générale.^{22a} Ce qui suit énonce les directives destinées à définir les obligations qui découlent de la formulation du droit telle qu'elle figure dans divers traités du système des Nations Unies.

Selon l'énoncé de l'article 12 du PIDESC, les États parties « reconnaissent » à chacun le droit de jouir de la santé. Le deuxième paragraphe identifie quatre domaines²³ dans lesquels des mesures devraient être prises pour garantir le plein respect du droit:

1. La réduction de la mortalité infantile et la mise en place de prestations pour assurer le développement sain des enfants;²⁴
2. Amélioration des conditions environnementales et le suivi plus étroit des conséquences et des conditions de travail dans l'industrie;
3. La prévention, traitement et suivi des maladies, incluant des systèmes de prévention²⁵ et des systèmes de suivi de médecine du travail; et
4. Des services médicaux primaires pour la population entière.

Les politiques de promotion, d'information et d'éducation à la santé comme expressions des obligations des États sont présentes dans le préambule de la Constitution de l'OMS et dans le CDE (art. 24[2][e]) en relation à la santé de la mère et de l'enfant.

Conformément au préambule de la Constitution de l'OMS, l'adoption de mesures de promotion sociale est une composante essentielle des responsabilités des États. L'accès de tout le monde au progrès scientifique et à ses applications (spécialement en ce qui concerne la santé) sont mis en avant dans la Constitution et dans le PIDESC (art. 15[1][b]).

L'OMS a déclaré que pour atteindre les objectifs de santé, il est nécessaire d'introduire « des dispositions législatives appropriées. Par exemple, pour définir les droits et les devoirs des personnes en ce qui concerne leur santé . . . pour protéger la population des risques dans l'environnement, et pour permettre aux communautés d'établir et d'administrer leurs propres programmes et services de santé ». ²⁶

Soins de santé primaires—élément des obligations des États

La Directive 6 de Maastricht (voir module 3) affirme que « la défaillance des États à fournir des soins de santé primaires à ceux qui en ont besoin peut être considérée comme une violation » de l'obligation d'exécution. En accord avec l'obligation de garantir un niveau minimum de subsistance à la population (CDESC Observation générale 3), l'OMS soutient aussi « qu'il y a un état minimum de santé en dessous de laquelle aucun individu dans aucun pays ne devrait se trouver ». ²⁷ La Déclaration d'Alma-Ata identifie les soins de santé primaires (SSP) comme la clé

à remplir une telle obligation, puisqu'ils sont essentiels pour atteindre « un niveau de santé qui permettra à tout le monde de mener une vie sociale et économique productive » (para. 5). Les SSP « constituent le premier élément à un processus de soins permanents » et sont décrits comme « la fonction centrale et le point de focalisation du système de santé du pays, et ils font partie intégrante du « développement avant tout social et économique de la communauté » (para. 6). La déclaration invite tous les gouvernements à formuler des politiques nationales, des stratégies et des plans d'action propres à garantir SPR pour tous (para. 8). D'après le OPS (l'organisation panaméricaine de la santé), même si les SSP ne peut pas être la base d'un droit humain qui on peut exiger à titre individuel, « il peut servir de point de départ à l'esquisse du contenu de l'obligation du gouvernement ». [28](#) La Déclaration d'Alma-Ata décrit les SSP comme contenant au moins:

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 (para. 8 [3]).

Le droit à la médecine d'urgence Un cas en Afrique du sud

Un cas décidé par la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud en novembre 1997 (Soobramoney v. Minister of Health [Kwazulu-Natal]) a traité de l'interprétation des droits à la médecine d'urgence et à la vie contenus dans la Constitution Sud Africaine. Soobramoney, qui était atteint d'insuffisance rénale chronique, cherchait une dialyse dans un hôpital d'État à Durban. L'hôpital avait été obligé d'adopter une série de directives concernant la dialyse à cause de ses équipements limités. Seuls ceux qui pouvaient être traités par dialyse avaient un accès automatique au traitement. Le patient souffrait d'insuffisance rénale chronique et son état était irréversible; sa vie pouvait être prolongée par une dialyse régulière, mais son état ne pouvait être ni traité ni guéri. De plus, les patients qui souffraient d'une défaillance rénale chronique et qui remplissaient les conditions pour une transplantation rénale avaient aussi un accès limité aux services de dialyse. Quoiqu'il en soit, Soobramoney ne pouvait pas prétendre à une transplantation à cause d'un problème cardiaque. Aussi, il n'entra pas dans les directives de l'hôpital et, compte tenu des moyens limités de celui-ci, sa demande de traitement fut refusée.

Soobramoney basa sa plainte légale sur deux dispositions de la Constitution: section 27(3) qui stipule qu'on " ne peut refuser à personne un traitement médical d'urgence ", et section 11 qui garantit que " chaque personne a le droit à la vie ". La Cour constitutionnelle avait à décider: le droit à des soins médicaux d'urgence contient-il une revendication au traitement continu des maladies chroniques qui prolongerait la vie? La Cour trouva que le droit aux soins médicaux d'urgence ne s'appliquait pas dans ce cas particulier. La situation du plaignant ne constituant pas une urgence qui réclamait un traitement curatif immédiat, et donc elle n'entrait pas dans le domaine de la disposition constitutionnelle, observa la Cour. Comme l'a remarqué le Juge Sachs, le droit aux soins d'urgence donnait l'assurance au public que les départements d'accident et d'urgences seraient disponibles pour traiter des catastrophes imprévisibles qui pouvaient survenir à toute personne en tout lieu et à tout moment.

Il y avait beaucoup plus de patients qui souffraient d'insuffisance rénale chronique qu'il n'y avait

d'appareils pour les traiter. Dans ce contexte, dit la Cour, il était légitime d'adopter des directives pour déterminer qui serait susceptible de recevoir un traitement. Elle convint que, si on se servait des appareils de dialyse conformément aux directives, il y aurait davantage de patients qui pourraient en bénéficier que si on s'en servait pour garder en vie des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Le résultat du traitement aurait été bien meilleur s'il était entrepris pour guérir les patients et non pour les maintenir dans leur état de maladie chronique. Même dans les pays les plus avancés, l'accès aux traitements de prolongation de la vie est rationné. Fournir une dialyse à toutes les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique provoquerait des trous importants dans le budget de la santé. L'administration provinciale devait faire des choix difficiles à l'égard des ressources qui devaient être dépensées sur les soins médicaux et comment ils devaient les dépenser. Si la décision était rationnelle et prise de bonne foi, la Cour n'interviendrait pas. Il y a parfois des décisions déchirantes à prendre pour déterminer comment un budget limité peut être étiré afin de bénéficier au plus grand nombre de patients, dit la Cour.

Par leur nature même, il faut aborder les droits aux soins médicaux à partir d'un cadre basé sur l'interdépendance humaine. Lorsque les droits sont partagés, un équilibre approprié doit être trouvée entre des droits tout aussi valables et les détenteurs rivaux des droits. (Soobramoney mourut peu de temps après le jugement de la Cour constitutionnelle.)

On peut trouver l'autorité légale pour considérer que les soins de santé primaires faisant partie des obligations de l'État à l'article 24(2)(b) du CDE; l'article 10(2)(a) du Protocole de San Salvador; Convention 169 de l'OIT sur les populations indigènes, articles 25(2) et 25(3); et la Déclaration d'Alma-Ata.²⁹ Comme on l'a vu plus haut, la Déclaration établit les grandes lignes d'un système de soins médicaux basé sur soins de santé primaires. De plus, les soins de santé primaires font partie des engagements du programme d'action de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement et de la Déclaration et du programme d'action du sommet mondial sur le développement social. De plus, à l'article 12, le PIDESC a implicitement reconnu que les soins de santé primaires sont une expression de l'obligation de l'État. Dans la directive 2 pour la soumission des rapports, on a demandé aux États parties de déclarer si les soins de santé primaires faisaient partie de la politique de santé, et, s'il en est ainsi, de spécifier les mesures prises à cet égard.

Autres éléments des obligations des États sur le droit à la santé

En plus du principe fondamental de non-discrimination, d'autres éléments importants de l'obligation de l'État à l'égard du droit à la santé sont:

L'accessibilité: Le PIDESC soutient, pour ce qui concerne des groupes spécifiques, que le droit à la santé physique et mentale « englobe également le droit aux services médicaux et sociaux . . . qui permettent aux personnes souffrant d'un handicap d'être indépendantes, d'éviter d'autres handicaps et de s'intégrer dans la société ». ³⁰ L'accessibilité implique plusieurs domaines d'intervention pour garantir la jouissance du droit—financiers, géographiques et culturels.

La participation: Conformément à la Déclaration d'Alma-Ata, les personnes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre de leurs propres soins médicaux. ³¹ En même temps, le préambule de la constitution de l'OMS accorde une importance fondamentale à l'acquisition de la santé. Les soins de santé primaires ne sont pas

seulement exigés, mais promus, à travers l'éducation à la santé, la participation de la communauté comme des individus « au planning, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle »³² du système.

Des services gratuits de soins médicaux primaires: Le principe de la gratuité des soins médicaux publics est sujet à débat. Alors qu'il n'y a aucune disposition légale qui rende obligatoires les services gratuits (comme c'est le cas dans le droit à l'éducation), il y a des raisons de penser que cela fait partie des obligations de l'État. La Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social établit qu'un des buts pour atteindre les objectifs de la Déclaration est «la fourniture de services de santé gratuits à toute la population ». Le CEDAW stipule que des services de soins gratuits pour la mère et l'enfant devraient être disponibles si nécessaire (art. 12[2]).³³

La guerre, les conflits et la santé

" D'après le Département des Nations Unies des affaires de désarmement, il y a eu environ 150 conflits armés dans le Tiers Monde depuis 1945. Il y a eu 20 millions de morts et au moins trois fois plus de blessés. Le HCR a recensé 2,5 millions de réfugiés de guerre en 1970, 8,3 millions en 1980, et environ 15 millions en 1997. Si l'on inclut les déplacements internes, on double le total. Les taux de mortalité durant lors de déplacements massifs de population, dépassent de 60 fois les taux prévisibles.

" Au cours des deux ou trois dernières décennies, les chercheurs et les cliniciens ont résumé ce qu'ils ont vu et entendu de survivants d'extrêmes traumatismes sous le vocable de syndrome des camps de concentration, névrose de guerre, syndrome d'épuisement au combat, syndrome du survivant et, couramment, stress post-traumatique.

" Les victimes de guerre endurent de multiples traumatismes. Les privations physiques, la blessure, la torture, l'incarcération, l'expérience d'être témoin de tortures ou de massacres et la mort de proches parents. Il y a aussi des facteurs à l'arrière plan, comme les maladies infectieuses qui prospèrent dans les conditions créées par la guerre et sont mortelles particulièrement pour les enfants. En Ouganda, le virus du SIDA s'est comporté comme une armée indépendante semant la terreur. L'effondrement social lié à la guerre a accru sa vitesse de propagation.

" La guerre, tout comme la guerre civile, peuvent être dévastatrices sur le plan culturel et social. En Ouganda et au Mozambique, un très grand nombre de populations, appauvries et terrorisées, sont hantées par le souvenir des parents qu'ils ont laissés sans sépultures et par les sanctions surnaturelles qui accompagneront ces manquements au rituel de deuil et de funérailles ".³⁵

Mécanismes de mise en œuvre

Mécanismes internationaux

Les mécanismes dérivés des traités des droits humains

Le système de l'ONU a différents forums en place pour effectuer le suivi du droit à la santé.

- CDESC: Une fois tous les cinq ans, les États parties ont l'obligation de soumettre un rapport sur les mesures prises pour mettre en place le droit à la santé. Le CDESC fait référence à quatre

aspects principaux dont on doit tenir compte: la situation de la santé, l'accessibilité des services et des mesures de santé, la situation de secteurs spécifiques, et la nature progressive de ces mesures et de leurs effets. Les directives du CDESC pour les rapports³⁴ traitent spécifiquement de la préparation des rapports relatifs au droit à la santé. En plus de l'information sur les principes généraux, quelques considérations de la plus grande importance, articulées par le CDESC, se réfèrent à la proportion de services publics/ privés; la situation de la population rurale; la situation des femmes; la situation du VIH/SIDA et des politiques de prévention; la santé dans les prisons; l'usage et l'abus de drogues; et les effets des pratiques de santé traditionnelles (avec une attention spéciale à la possible violation des droits culturels).

L'attitude des États et les méthodologies dans la soumission des rapports varient amplement. On doit aborder un très grand nombre de problèmes et comme le CDESC n'a pas exigé de méthodologie plus stricte, les rapports varient en qualité et en approche. De plus, l'emploi d'indices statistiques dans les rapports pose deux problèmes. Le premier est relatif à la fiabilité, le second, au fait que faute de mettre les indicateurs dans leur contexte, il est difficile d'identifier les causes d'une stagnation possible. On fait peu de cas des rapports qui traitent de problèmes aussi importants que de la santé mentale. En outre, on a besoin de mécanismes plus fiables et « normalisés » pour évaluer les progrès dans le temps (en tenant compte à la fois de la situation de la santé et de l'adoption des mesures). Un facteur important à ce jour dans le travail du comité est la volonté limitée (bien que croissante) de l'OMS de participer activement aux travaux du CDESC; elle a, à ce jour, soumis deux rapports de sa propre initiative.

- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale: L'article 9 établit l'obligation de soumettre, tous les deux ans, des rapports sur les mesures adoptées pour éliminer et/ou empêcher la discrimination raciale dans la jouissance des droits qui sont mis en avant par le CIEDR, dont le droit à la santé.
- CEDAW: Il y a une obligation de soumettre un rapport tous les quatre ans (art. 18). Certains domaines se réfèrent aux conditions de santé des femmes; la santé en matière de reproduction et les soins maternels et de l'enfant; pratiques traditionnelles; l'information concernant l'avortement (statut légal, pratiques, conséquences de l'illégalité); et le statut des femmes face au VIH/SIDA.
- CDE: La soumission d'un rapport est exigée tous les cinq ans (art. 44).

Autres mécanismes

De plus, l'OMS a ses propres mécanismes pour obliger à présenter des rapports, tout comme ses bureaux régionaux. Une certaine réciprocité existe entre l'OMS et les systèmes de l'ONU relatifs à la soumission des rapports, si l'on considère le statut consultatif de l'OMS devant le système de l'ONU et le fait que l'OMS a entrepris d'effectuer le suivi de la mise en œuvre des dispositions des traités qui mettent en avant le droit à la santé. Selon la constitution de l'OMS, les États parties doivent rendre un rapport annuel sur les mesures prises pour assurer certains niveaux de santé à la population dans son ensemble (art. 61); un rapport annuel sur les mesures adoptées pour la mise en œuvre des recommandations de l'OMS, et sur l'application des dispositions des instruments qui protègent le droit à la santé qui ont été ratifiées (art. 62); la soumission de tous les statuts et règlements qui concernent la santé, et les informations statistiques, spécialement sur les mesures relatives à la santé (art. 63); la soumission de rapports statistiques et épidémiologiques (art. 64); et l'envoi de toute information complémentaire au comité exécutif de l'OMS (art. 65).

Les mécanismes nationaux

La possibilité de mettre en oeuvre le droit à la santé au moyen de systèmes juridiques nationaux soit en invoquant des instruments internationaux ou en faisant référence à la constitution, a été exploré dans un nombre relativement important de pays.³⁶ En général les cours ont tendance à trouver des chemins détournés pour ne pas baser leur décision sur le droit à la santé. Il y a eu quelques décisions positives concernant le caractère justiciable de ce droit, basées sur sa reconnaissance constitutionnelle. En 1993, la Cour suprême des Philippines a demandé l'annulation de permis d'exploitation forestière par l'invocation des principes constitutionnels 15 et 16 qui mettent en avant les droits à la santé et à un environnement sain, soulignant que l'on accorde aux droits ESC la même priorité qu'aux droits civils et politiques.³⁷ La Cour suprême de l'Inde a établi comme « part essentielle des obligations » de l'État de fournir des services médicaux convenables, établissant un lien entre le manque de traitements d'urgence satisfaisants et la garantie du droit à la vie.³⁸ La Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud a fait référence à ce même jugement, mais a décidé qu'il ne pouvait pas s'appliquer au cas qui lui était présenté, puisque le plaignant souffrait d'une maladie chronique et, ainsi, de toute évidence, ne pouvait se prévaloir de la disposition constitutionnelle qui renvoyait à l'obligation de fournir une aide d'urgence.³⁹

En outre la nature progressive du droit à la santé demande que l'on explore les mécanismes du droit administratif dont l'efficacité et la méthodologie dépendront des caractéristiques spécifiques de l'ordre intérieur de chaque État. L'existence d'un système de santé progressif et une hiérarchie administrative identifiable sont propices au succès d'une mise en pratique de ces mécanismes.

Enfin, la vaste étendue de la protection offerte par le *recurso de amparo* (un recours spécial qui demande une injonction d'action imminente à l'État supposé violer les droits constitutionnels de quelqu'un) reconnue par un grand nombre de pays, est un moyen par lequel l'aspect programmatique du droit ouvre la voie à un droit directement exécutoire, subjectif par nature. (Voir l'étude de cas, au-dessous).

Des défis et des stratégies pour promouvoir le droit à la santé

Voici des suggestions faites aux militants dans la poursuite de la promotion du droit à la santé:

- Intervenir avec les organes de surveillance: Tirer avantage de l'ouverture progressive des organes de surveillance (par exemple, le PIDESC) à la participation d'acteurs non gouvernementaux afin de se servir de l'espace laissé disponible, par les canaux existants.

Stratégies pour promouvoir le droit à la santé Étude de cas du Venezuela

Accion Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI), une organisation qui se consacre aux problèmes du HIV/SIDA et de droits humains au Venezuela, a mis au point une stratégie légale pour amener l'État à adopter une politique destinée à pourvoir les patients en médicaments anti-viraux et en tout autre médicament contre le HIV/SIDA.⁴⁰ À cette fin, trois plaintes ⁴¹ ont été déposées contre le Ministère de la santé devant la Cour suprême de justice (CSJ). Ces plaintes allèguent des violations des droits à la vie, à la santé, à la liberté et sécurité personnelles, à la sécurité, à la non-discrimination ainsi que du droit à tirer profit de la science et de la technologie, le tout découlant du défaut systématique de dispense de soins médicaux aux personnes qui intentaient

l'action en justice.

Un des motifs invoqués était que la distribution des médicaments essentiels est une des obligations de l'État liée au droit à la santé. L'accès à un traitement anti-viral est d'une importance vitale, tout comme la fourniture de médicaments pour combattre les maladies opportunistes. Le droit à la vie est un droit fondamental, lié au droit à la santé. Le manque d'accès à traitement viole le droit de pouvoir bénéficier des progrès de la science. Les programmes d'assistance sociale, selon la Constitution, devraient prendre en charge ceux qui sont en dehors du système de sécurité sociale.

Le premier jugement de la CSJ accorda une reconnaissance légale à la relation existant entre les droits à la vie, l'accès aux avancées scientifiques et le droit à la santé.⁴² Elle déclara que la plainte (l'action amparo) était en partie recevable, confirmant la violation des droits à la protection de la santé, de la vie, et du droit aux avancées scientifiques par l'entité contre laquelle l'action était menée. De plus, le droit à la santé (maintenant élaboré en partie) est conçu comme fondé sur des obligations de l'État allant au-delà de la prévention et l'assistance. Il n'est pas suffisant de soigner une maladie opportuniste, mais on doit s'attaquer au virus, profiter des progrès qui se présentent, jusqu'à ce qu'un remède soit trouvé. Poursuivant son argumentation, la Cour ordonna au Ministère de la Santé de fournir des médicaments à intervalles réguliers, de pratiquer les examens spécialisés ou d'en couvrir le coût, de fournir des médicaments pour les maladies opportunistes, et de développer une politique afin de mettre à disposition l'information, les traitements et les soins médicaux complets.

Des comités de personnes intentant des recours en justice (déposant des plaintes amparo) se groupèrent pour exploiter ces décisions de justice, et ils ont conduit les cours constitutionnelles à se prononcer sur les mêmes problèmes. Par une pression politique, ces comités réussirent à obtenir des jugements exécutés rapidement. De plus, ils surveillent l'achat et la livraison des médicaments, et organisent des ateliers pour former d'autres personnes à engager de telles actions dans le futur.

Les personnes concernées à titre individuel doivent intenter une action en justice (déposer des plaintes amparo). Si nécessaire, leurs noms peuvent demeurer confidentiels. Les dix premières personnes qui ont intenté une action sont restées anonymes. Récemment, la stratégie a été affinée pour intenter des actions au niveau régional (actions amparo), pour répartir la charge budgétaire et faire en sorte que les patients bénéficient des services et des médicaments dans leur localité.

Enfin, dans une décision sans précédent, la CSJ a reconnu la plainte en faveur d'intérêts diffus. Cela bénéficierait à toute la catégorie des personnes touchées par le VIH/SIDA qui n'ont pas les moyens d'entreprendre un traitement. Cela représente un pas important vers la reconnaissance juridique des droits ESC dans l'ordre légal vénézuélien.

- Définir le contenu du droit: Travailler à une définition plus précise de ce droit (voir module 8).
- Travailler avec l'OMS: Explorer les moyens disponibles pour compléter l'implication de l'OMS, avec pour objectif (a) sa participation efficace au système international de surveillance; (b) l'implication dans le suivi des politiques publiques locales qui concernent le respect du droit à la santé; et (c) la non-participation à des programmes de réforme qui promeuvent le démantèlement

de la structure de la santé publique.

- Poursuivre la reconnaissance législative du droit à la santé: Des efforts dans cette direction devraient être focalisés non seulement sur la reconnaissance constitutionnelle, mais aussi à tous les niveaux de régulation des affaires de santé, dans une perspective globale, aussi bien que dans le respect de la protection de groupes spécifiques (voir l'étude de cas ci-dessus).
- Poursuivre le processus juridique: Développer les stratégies nationales et internationales et explorer les possibilités d'intenter des actions devant les systèmes régionaux.
- S'opposer à la réduction du rôle de l'État: Dans le contexte de la globalisation économique mondiale et de « l'ouverture des marchés », une grande pression s'exerce en vue de réduire le champ de l'autorité de l'État et donc de ses obligations. Ces tendances sont visibles tant dans le domaine législatif qu'exécutif et affectent particulièrement les politiques de protection sociale.
- Encourager la mise en place systématique du droit à la santé: le droit à la santé fait appel aux divers secteurs gouvernementaux afin que soient adoptées des mesures propres à assurer la mise en place systématique et programmée des structures de protection.

Auteur: L'auteur de ce module est Enrique González

NOTES

1. Deborah Eade, préface de *Development for Health: Selected Articles from Development in Practice*, (Oxford: Oxfam [GB et Irlande], 1997), 4-5.

2. La première nation à avoir officiellement intégré les garanties aux droits économiques, sociaux et culturels a été le Mexique (Constitution de 1917), bien qu'aucune mention spécifique ne soit faite au droit à la santé.

3. Les origines de l'OMS remontent aux différentes conférences internationales sur la santé qui se sont tenues au dix-neuvième siècle; la première s'est tenue à Paris en 1851. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS, fondée à Washington en 1902), l'Office international d'hygiène publique (fondée à Rome en 1907), et l'Organisation internationale du travail (1919) sont ses précurseurs immédiats.

4. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, *Documents de base*, Documents officiels No. 240 (Washington, 1991).

5. OMS, Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS 6-12 Septembre 1978.

6. OMS, *Stratégie globale pour la santé pour tous d'ici l'an 2000* (Genève, 1981).

7. Première conférence internationale sur la promotion de la santé qui aboutit à la publication de la Déclaration d'Ottawa.

8. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé (1997). Les quatre conférences mentionnées

furent organisées par l’OMS en coordination avec différentes agences internationales ainsi que des ONG. Jakarta fut la première à accueillir des acteurs privés, dans un effort d’atteindre un engagement mondial.

[9.](#) *Asian Forum for Human Rights and Development, Report of a Consultation on Reproductive Rights and Human Rights* (Bangkok, 1997).

[10.](#) Vikram Patel et al., « Stressed, depressed or bewitched ? A perspective on mental health, culture and religion », dans *Development for Health*, note 1 ci-dessus.

[11.](#) Cette section est basée sur les ouvrages suivants: H. Fuenzalida-Puelma et H. Scholle Connor, édés., *The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study* (Washington, D.C.: Organisation panaméricaine de la santé, 1989), et Brigit C. A. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Intersenti-Hart, Groningen: School of Human Rights Research, 1999).

[12.](#) Voir Convention relative aux droits de l’enfant, *adopté* le 20 novembre 1989, AG Rés. 44/25, annexe, 44 UN GAOR Supp. (No. 49) à 165, ONU A/44/736 (1989), *entrée en vigueur* le 2 septembre 1990, *réimprimé dans* 28 ILM 1448 (1989) (ci-après cité comme Convention de l’enfant), ce qui en article 24(2)(c) mentionne spécifiquement l’accès à l’eau potable et les mesures d’hygiène; voir aussi CDESC Observation générale 4, *Le droit à un logement suffisant* (art. 11[1] du Pacte) (6ème Sess., 1991), ONU Doc. E/1992/23 (1992) à paragraphe 8(b), ce qui traite de l’accès à l’eau potable sûre dans le contexte du droit à un logement suffisant.

[13.](#) Observation générale 6, article 6, (7ème Sess., 1982), Compilation des commentaires généraux et recommandations générales *adoptées* par les organes des traités, UN Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 (1994), paragraphe 5.

[14.](#) Observation générale 20, article 7 (44ème Sess., 1992), Compilation des commentaires généraux et recommandations générales adoptées par les organes des traités, UN Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 (1994).

[15.](#) Principes de l’éthique médicale concernant le rôle du personnel de santé, en particulier médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et tout autre traitement ou punition cruel, inhumain ou dégradant, AG Rés. 37/194, Annexe 37, ONU GAOR Supp. (No. 51) à 211, ONU Doc. A/37/51 (1982).

[16.](#) Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes, article 12, *adopté* le 18 décembre 1979, AG Rés. 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46) à 193, ONU Doc. A/34/46, *entrée en vigueur* le 3 septembre 1981; et Convention de l’enfant.

[17.](#) Directives internationales sur VIH/SIDA et droits de l’homme, NUCDH Rés. 1997/33, ONU Doc. E/CN.4/1997/150 (1997).

[18.](#) Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, *adopté* le 30 août 1955 par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, ONU Doc. A/CONF/611, annexe I, ESC Rés. 663C, 24 UN ESCOR Supp. (No. 1) à 11, ONU Doc. E/3048 (1957), *modifié* ESC rés. 2076, 62 UN ESCOR Supp. (No. 1) à 35, ONU Doc. E/5988 (1977).

[19.](#) Déclaration des droits des personnes handicapées, AG Rés. 3347 (XXX), 30 ONU GAOR Supp. (No. 34) à 88, ONU Doc. A/10034 (1975).

[20.](#) CDESC, Observation générale 5, *Personnes souffrant d'un handicap* (11ème Sess., 1994), ONU Doc. E/C. 12/1994/13 (1994).

[21.](#) Déclaration des principes de base de justice pour les victimes de crime et d'abus de pouvoir, AG 40/34, annexe, 40 UN GAOR Supp. (N° 53) à 214, ONU Doc. A/40/53 (1985).

[22.](#) Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé, AG Rés. 46/119, 46 GAOR Supp. (No. 49) à 189, ONU Doc. A/46/49 (1991); Déclaration des droits du déficient, AG Rés. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) à 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

[22a.](#) Depuis la publication en anglais du *Cercle des droits*, le CDESC a publié une observation générale sur le droit à la santé (CDESC, Observation générale 14, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* [2000], ONU Doc. E/C.12/2000/4).

[23.](#) L'article 12(2) du PIDESC renvoie à certaines mesures qui devraient être prises. On peut s'attendre à ce qu'une Observation générale imminent ne définisse pas seulement d'une manière plus stricte les obligations qui en découlent, mais aussi qu'il étende le nombre des domaines dans lesquels l'État devrait avoir une influence. À cet égard, les principes de la CDESC pour la soumission des rapports incluent un commentaire concernant l'article 12: « les mesures spécifiques énumérées dans les sections (a) à (d) du paragraphe 2 ne rassemblent pas nécessairement de façon exhaustive toutes les mesures qu'on pourrait avoir besoin de prendre pour assurer la réalisation progressive du droit à la santé physique et mentale ».

[24.](#) Voir Convention sur l'enfant; voir aussi Constitution de l'OMS.

[25.](#) Voir Convention sur l'enfant.

[26.](#) WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (Genève, 1981), 59

[27.](#) Ibid., 31.

[28.](#) *The Right to Health in the Americas*, 548, note 11 ci-dessus.

[29.](#) « Des expressions telles que 'les pays devraient' ou 'les pays devraient collaborer à . . . ' Ce temps du verbe reflète l'engagement volontaire contracté par les pays afin d'atteindre l'objectif de santé pour tous en l'année 2000 basé sur les soins de santé primaires comme expliqué clairement dans la déclaration de Alma-Ata. En aucune manière cela devrait être interprété comme des actions imposées aux pays par un corps supranational » (WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Genève, 1981), 18

[30.](#) CDESC, Observation générale 5, article 12.

[31.](#) Déclaration d'Alma-Ata, Section 6, para.7.

[32.](#) Ibid., para.7(4); voir également CDESC, *Reporting Guidelines, Guiding Principle No. 7*,

rapport annuel du CDESC lors de sa cinquième session, UN Doc. E/1991/23, Annexe IV (1991) (concernant le dépôt de rapports et la demande d'informations sur les mesures prises afin de maximiser la participation des communautés aux soins de santé primaires).

33. En se référant à l'accessibilité des services de santé élémentaires, le PNUD affirme que « en offrant gracieusement les services de base, on crée une plus grande égalité des chances et le gouvernement s'acquitte de son devoir de satisfaire les droits élémentaires du citoyen ». (PNUD, *Rapport Mondial sur le Développement Humain 1991*, ECONOMICA, 1991). Dans le même temps, OPS, lorsqu'elle invoque la responsabilité de l'État pour atteindre des objectifs de santé, note que « l'État devrait offrir gratuitement les services qui profitent au pays en général » (OPS, *Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos* [Washington, DC., 1989], 81-82).

34. Voir note 23 ci-dessus.

35. Derek Summerfield, « The Psychosocial Effects of Conflicts in the Third World », dans *Development for Health*, note 1 ci-dessus.

36. Pour une discussion plus large, voir Toebes, op.cit., 190-231.

37. « Car ils sont supposés exister depuis le début de l'humanité ». Cas de *Oposa v. DENR*, cité dans Toebes, op.cit., 220.

38. Cas de *Pashim Banga Khet Mazdoor Samity v. State of West Bengal*, cité dans Toebes, op.cit., 214.

39. Toebes, op.cit., 229. La Constitution d'Afrique du Sud établit que les tribunaux « doivent » tenir compte de la loi internationale et « peuvent » tenir compte des lois étrangères; article 39(1)(b) et (c) de la Charte des droits.

40. Les premières actions ont porté sur l'agence de *Seguro Social* (Sécurité Sociale), menant à des actions *amparo* afin de gagner la reconnaissance du droit aux allocations de sécurité sociale. Après plusieurs décisions de justice, *Seguro Social* s'engagea à garantir l'accès au traitement pour toutes les personnes couvertes par la *Seguro Social* atteintes du virus HIV/SIDA.

41. Le premier *amparo* fut déposé en 1998 et le deuxième en janvier 1999, avec un total de 138 parties. Le jugement dans le troisième *amparo*, qui englobe 172 personnes, fut récemment le sujet de débats devant la Cour constitutionnelle.

42. Action de l'*amparo* contre le Ministère de la santé, Cour suprême de justice, République du Venezuela, 9 juin 1998. Voir: <http://www.csj.gov.ve/sentencias>

Droits réservés



