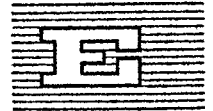


NATIONS UNIES
CONSEIL
ECONOMIQUE
ET SOCIAL



Distr.
GENERALE
E/CN.4/1173
18 février 1975
FRANCAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Trente et unième session
Point 10 de l'ordre du jour

DROITS DE L'HOMME ET PROGRES DE LA SCIENCE
ET DE LA TECHNIQUE

L'élément santé dans la protection des droits de l'homme
face aux progrès de la biologie et de la médecine

Le Secrétaire général a l'honneur de soumettre à la Commission des droits de l'homme le rapport ci-joint sur l'élément santé dans la protection des droits de l'homme face aux progrès de la biologie et de la médecine, établi par l'Organisation mondiale de la santé.

L'ELEMENT SANTE DANS LA PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME
FACE AUX PROGRES DE LA BIOLOGIE ET DE LA MEDECINE

Document établi par l'Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Introduction	2
1.1 La santé en tant que droit de l'homme	4
2. Le commencement de la vie	7
3. Interruption artificielle de la grossesse	8
4. Nouveau-nés présentant des anomalies congénitales	9
5. Utilisation de foetus humains pour la recherche	10
6. Stérilisation	11
6.1 Stérilisation volontaire	11
6.2 Stérilisation obligatoire	12
7. Castration	13
8. La contraception	13
9. La médecine préventive et les troubles génétiques	14
10. L'insémination artificielle	15
11. L'expérimentation sur l'homme en général	16
12. Consentement éclairé des volontaires	17
13. Essais de substances thérapeutiques sur des sujets humains	19
14. Publication des résultats des expérimentations sur l'homme	22
15. Le moment de la mort	23
15.1 Définition de la mort	23
15.2 Le droit de mourir	24
16. Transplantation de tissus et d'organes	24
17. Mise sur ordinateur de dossiers médicaux individuels	25
18. Psycho-chirurgie	27
19. Protection de l'environnement	29
20. Mesures obligatoires visant à protéger la santé	30
20.1 Vaccination obligatoire contre les maladies transmissibles	31
20.2 Déclaration et traitement obligatoire des maladies	32
20.3 Examens médicaux obligatoires	33
20.4 Mesures obligatoires d'autoprotection	33
20.5 Placement dans un établissement médical aux fins de traitement	34
Résumé	35

1. INTRODUCTION

Le 19 décembre 1968, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 2450 (XXIII) dans laquelle elle invitait le Secrétaire général et les chefs des secrétariats des institutions spécialisées compétentes à entreprendre l'étude d'un certain nombre de problèmes, dont le suivant (paragraphe 1 b) de la résolution) intéresse particulièrement l'OMS : "La protection de la personne humaine et de son intégrité physique et intellectuelle face aux progrès de la biologie, de la médecine et de la biochimie". Pour donner suite à cette résolution, l'OMS a établi un mémorandum préliminaire¹ qui a été examiné par la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé réunie à Genève en mai 1970; celle-ci a adopté la résolution WHA23.41 qui contient notamment les dispositions ci-après :

"La Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

1. RAPPELLE la coopération qui s'est instaurée depuis longtemps entre l'Organisation mondiale de la Santé et la Commission des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies;
2. RAPPELLE en outre la résolution 2450 (XXIII) adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies ...;
3. NOTE que le Directeur général a envoyé à l'Organisation des Nations Unies un mémorandum préliminaire sur "La protection de la personne humaine et de son intégrité physique et intellectuelle face aux progrès de la biologie, de la médecine et de la biochimie";
4. REAFFIRME que le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain;
5. CONSIDERE que les problèmes de santé que posent, du point de vue des droits de l'homme, les progrès de la science et de la technique relèvent de la compétence de l'Organisation mondiale de la Santé; et
6. PRIE le Directeur général :
 - a) de réaffirmer au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies que l'OMS est prête à se charger de préparer un document traitant des problèmes de santé que posent, du point de vue des droits de l'homme, les développements de la science et de la technique;
 - b) d'étudier plus avant les répercussions de cette question pour l'Organisation et de faire rapport au Conseil exécutif sur ce sujet à une prochaine session."

Le mémorandum préliminaire de l'OMS se subdivisait comme suit : Respect de la vie privée des individus, compte tenu des progrès réalisés dans l'enregistrement des données et dans d'autres techniques; Protection de la personne humaine et de son intégrité physique et intellectuelle, compte tenu des progrès réalisés en biologie, en médecine et en biochimie (progrès de la génétique, transplantations de tissus ou d'organes, transplantation du coeur, problème général des techniques médicales radicales); Expérimentation sur l'homme (expériences dans le domaine de la physiologie, de la pathologie et de la psychologie, essai clinique de médicaments, addition de substances chimiques aux aliments et aux liquides potables); Dégénération de l'environnement; Prestations de services médico-sanitaires envisagées du point de vue des droits de l'homme; Santé mentale; Nutrition.

¹ Annexe III du document EB47/45. Document de l'Assemblée générale des Nations Unies A/8055/Add.1, en date du 30 novembre 1970.

Le présent document a été établi conformément à la demande exprimée au paragraphe 6 de la résolution WHA23.41. On s'est efforcé d'y exposer brièvement les principales situations - récentes ou classiques - où des interventions pratiquées ou des contraintes imposées à des fins préventives ou curatives ou en vue de faire progresser les connaissances sur la santé et la maladie mettent en cause les droits de l'être humain. Ce document ne prétend nullement à l'originalité. Il doit plutôt être considéré comme une sorte de liste annotée des occasions où l'intervention du médecin ou d'un membre d'une profession apparentée peut poser l'un de ces problèmes - assez mal définis et donnant souvent lieu à des interprétations différentes - qui intéressent les droits de l'homme.

Une importante question qui se pose immédiatement est celle du rôle que doit jouer une organisation intergouvernementale comme l'OMS lorsqu'il s'agit de parvenir à un consensus international touchant le point de savoir à quel moment telle intervention ou telle pratique médicale risque de constituer une menace pour les droits de l'homme. Prenons l'exemple des recherches impliquant le recours à des sujets humains.² Ce n'est pas seulement du point de vue théorique que l'OMS s'y intéresse; en effet, elle soutient, directement ou indirectement, de nombreuses activités de recherche qui toutes doivent, à un moment ou à un autre, aboutir à de premières applications sur l'être humain. Dans quelques pays, les organismes gouvernementaux qui financent la recherche médicale ont défini des principes pour protéger les droits des sujets humains, et le strict respect de ces règles est l'une des conditions d'octroi d'une subvention. Jusqu'ici, l'OMS n'a pas énoncé de principes de ce genre, mais elle a créé un comité interne chargé de donner des avis sur les projets de recherche pour lesquels il doit être fait appel à des sujets humains. De toute manière, à mesure que s'accroissent les moyens dont dispose la science médicale pour promouvoir la santé et prévenir la maladie, les gouvernements tendent à s'occuper de plus en plus non seulement du financement de la recherche médicale mais encore de la protection des sujets humains.

S'il paraît possible d'arriver à un consensus intergouvernemental concernant les principes qui doivent régir l'expérimentation sur l'homme, il existe nombre d'autres domaines où il est difficile de parvenir à un accord, ce qui limite les possibilités d'action d'une organisation intergouvernementale. Dans certains domaines - tels que la contraception, la stérilisation et l'avortement provoqué - ce sont des considérations morales, juridiques, religieuses et sociales qui prédominent, de sorte que la possibilité d'un accord international apparaît très éloignée. L'OMS peut toutefois - et elle s'y emploie - promouvoir la recherche dans ces domaines, organiser des échanges de vues internationaux sur leurs aspects purement scientifiques et, grâce à ses publications, diffuser les connaissances récemment acquises. Le rapport intitulé "L'avortement, spontané ou provoqué",³ dû à un groupe scientifique de l'OMS, et les nombreuses publications de l'Organisation relatives à divers aspects du comportement procréateur humain constituent de bons exemples de telles activités.

Telles sont les limites et l'étendue des responsabilités de l'OMS touchant un certain nombre de problèmes qui font intervenir des considérations d'éthique. Pour l'étude de ces problèmes, l'OMS coopère étroitement avec des organisations internationales non gouvernementales comme l'Association médicale mondiale et le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS). L'Association médicale mondiale a élaboré au fil des années le Code international d'Ethique médicale (1949), le Serment de Genève (1948), la Déclaration d'Helsinki qui contient des recommandations pour guider les recherches portant sur l'homme (1964), la Déclaration de Sydney qui traite de la détermination de la mort (1968), et la Déclaration d'Oslo sur l'avortement thérapeutique (1970). Quant au CIOMS, patronné par l'OMS et l'UNESCO, il a

² Les problèmes relatifs à l'expérimentation sur l'homme sont étudiés de façon plus détaillée aux sections 11 et suivantes.

³ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, N° 461.

fait plusieurs études sur l'éthique biomédicale et organisé plusieurs réunions sur cette question. C'est ainsi qu'ont été publiés les actes de colloques consacrés à l'expérimentation sur l'homme, à la transplantation cardiaque, à l'évaluation des médicaments, aux implications sociales et éthiques des progrès récents de la biologie et de la médecine, et aux droits de l'homme. Un certain nombre de résolutions sur ces questions ont été adoptées par le CIOMS, notamment lors de la Table ronde sur les droits de l'homme (1973), une résolution relative à l'amniocentèse.⁴

Tandis que les progrès de la science médicale ont permis de plus en plus à l'homme d'influer sur les forces qui conditionnent la vie et la mort, on a vu se multiplier les écrits concernant l'aspect éthique de diverses interventions médicales. Il en a été tout particulièrement ainsi aux Etats-Unis, où l'expression "bioethics" a été forgée pour désigner l'éthique des interventions biomédicales sur des êtres humains. Le fait suivant donne une idée de l'intérêt que suscite cette nouvelle discipline : au début de 1974, la Bibliothèque nationale de Médecine de Bethesda (Maryland) a annoncé qu'elle avait accordé une subvention de \$280 000 au Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics (Washington - D.C.) pour l'établissement et la publication chaque année de trois bibliographies intéressant la "bioéthique". Si dans ce document nous nous référons principalement à l'expérience acquise aux Etats-Unis et aux échanges de vues qui y ont eu lieu, c'est parce que c'est dans ce pays que les problèmes de la "bioéthique" ont le plus largement retenu l'attention.

Dans les pages qui suivent, nous évoquerons divers problèmes ayant des incidences plus ou moins importantes sur les droits de l'homme, mais sans indiquer si une action intergouvernementale pourrait ou non être fructueuse pour résoudre ces problèmes. Bien entendu, nous aurions pu aborder un certain nombre d'autres questions ou étoffer davantage certaines sections. Mais le présent document vise seulement à mettre en lumière par quelques exemples les cas susceptibles de poser des problèmes particuliers. Il ne s'agit donc pas d'une étude exhaustive et l'on ne s'est pas étendu sur des questions comme le transsexualisme, l'euthanasie et l'orthothanasie. Le présent document ne traite pas non plus des droits des mineurs atteints d'arriération mentale, d'infirmités, ou autrement sujets à un régime de tutelle où leurs droits demandent à être définis et protégés.

1.1 La santé en tant que droit de l'homme

Lorsqu'on envisage la santé en tant que droit de l'homme, il importe de se demander quelle est la signification exacte de ce droit, ce qu'il implique et dans quelle perspective il se situe, et il faut éviter autant que possible de l'étudier comme un concept abstrait. Il faut reconnaître les limites évidentes du droit à la santé et, vu les "progrès de la biologie, de la médecine et de la biochimie", préciser les avantages et les inconvénients possibles de ces progrès, considérés du point de vue du droit à la santé et, peut-être aussi, d'autres droits.

Historiquement, dans la plupart des pays du monde, le "droit à la santé" a été l'un des derniers à être reconnu par la constitution. Les constitutions élaborées au 18ème et au 19ème siècle n'en parlent pas, alors qu'elles mentionnent expressément un certain nombre d'autres droits.

Sur le plan international, une étape importante a été marquée en 1948 par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, dont l'article 25 contient les deux importantes dispositions suivantes :

⁴ Voir Btsh, S. éd. (1974) Protection des droits de l'homme compte tenu des progrès scientifiques et techniques de la biologie et de la médecine (Huitième Table ronde du CIOMS), Genève, pp. 319-320.

1. "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 veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté."
2. "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."

D'autre part, le Préambule de 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" et que "les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées".

En 1970, l'Assemblée mondiale de la Santé est allée beaucoup plus loin en affirmant catégoriquement, dans sa résolution WHA23.41, que "le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain". Une autre résolution adoptée la même année (WHA23.61) expose de façon assez détaillée ce qu'on peut appeler la philosophie du droit à la santé et donne à ce dernier une dimension spécifique. Il y est dit que le principal objectif à long terme de l'Organisation mondiale de la Santé est "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible" et que la condition la plus importante pour y parvenir est de créer des systèmes nationaux de santé efficaces dans tous les pays. A cette fin, les principes suivants ont été préconisés :

- 1) proclamer qu'il incombe à l'Etat et à la société de protéger la santé de la population en prenant un ensemble de mesures économiques et sociales tendant directement ou indirectement à assurer le niveau de santé le plus élevé possible, par la création d'un système de services nationaux de santé publique fondé sur un plan national général et sur des plans locaux et par l'utilisation rationnelle et efficace, aux fins des services de santé, de toutes les forces et de toutes les ressources que la société, au stade de développement où elle se trouve, est capable d'affecter à cette destination;
- 2) assurer une formation rationnelle du personnel national de santé à tous les échelons en tant que base du bon fonctionnement de tout système de santé publique, et amener tous les travailleurs médicaux à prendre conscience de leur haut degré de responsabilité à l'égard de la société;
- 3) développer les services de santé essentiellement sur la base de larges mesures orientées vers une action préventive du point de vue de la collectivité et de l'individu, ce qui implique l'intégration des soins curatifs et préventifs dans tous les établissements et services médicaux et sanitaires - l'accent étant mis sur la protection de la santé des mères et des enfants qui incarnent l'avenir de chaque pays et de toute l'humanité - et établir un contrôle effectif des conditions du milieu, source de santé et de vie pour les générations présentes et futures;
- 4) assurer à toute la population du pays des soins médicaux préventifs et curatifs du plus haut niveau, dont nul ne puisse être privé pour des raisons d'ordre financier ou autre, en créant un réseau approprié de services curatifs, préventifs et de réadaptation;
- 5) appliquer largement dans chaque pays les résultats de la recherche médicale et de la pratique de la santé publique dans le monde en vue de réunir les conditions qui permettront de donner le maximum d'efficacité à toutes les mesures prises dans le domaine de la santé; et

6) assurer l'éducation sanitaire de la population et faire participer de vastes secteurs de cette dernière à l'application de tous les programmes de santé publique pour marquer ainsi la responsabilité personnelle et collective de tous les membres de la société dans la protection de la santé humaine.

L'Assemblée mondiale de la Santé recommandait aux Etats Membres, "eu égard à leurs conditions historiques, sociales, économiques et autres, de s'inspirer de ces principes pour l'édification de leurs services et systèmes de santé".

Bien que le "droit à la santé" puisse se concevoir comme le droit pour une personne de ne pas être privée de sa santé par un acte, comparable à une agression, d'une autre personne, il semble que l'Assemblée mondiale de la Santé l'ait plutôt considéré comme le "droit à des soins de santé". Dans cette acception, il s'agit d'un droit susceptible de mise en oeuvre juridique puisque l'on peut imposer l'obligation légale de fournir de tels soins aux individus et aux collectivités.

Après avoir examiné la situation à l'échelon international,⁵ il convient de voir comment les différents pays ont appliqué à l'échelon national le principe du droit à la santé, notamment par voie législative.

Le "droit à la santé" a en fait été inscrit dans certaines constitutions récentes mais l'expression elle-même n'est pas employée et l'on parle plutôt du droit à la protection de la santé, ce qui revient à limiter la portée de ce droit : en effet, l'état de santé varie d'un individu à l'autre dès avant la naissance, ne serait-ce qu'en fonction du patrimoine génétique et plus tard pour diverses autres raisons. Il est intéressant à cet égard de citer la Constitution de l'un des Etats Membres de l'OMS, qui garantit à chaque citoyen "la protection de sa santé et de sa capacité de travail" et prévoit à cet effet "une amélioration planifiée des conditions de travail et de vie, la promotion de la santé publique, une politique sociale d'ensemble, le développement de la culture physique, du sport scolaire et populaire et du tourisme". Aux termes de cette constitution, le droit à la protection de la santé est assuré par un système complet d'assurances sociales qui offre la sécurité matérielle en cas de maladie ou d'accident et la gratuité des soins médicaux, des médicaments et des autres fournitures. De plus, tout citoyen âgé ou invalide est pris en charge par la collectivité.⁶

Dans un certain nombre d'autres pays - on l'a déjà vu - la Constitution ne mentionne pas la santé parmi les droits de l'homme. Cependant, l'existence de toute une série de dispositions législatives et administratives concernant les soins thérapeutiques et prophylactiques montre que le principe du droit à la santé est appliqué dans la pratique.

Le droit à la santé doit être envisagé dans ses rapports avec d'autres droits de l'homme comme le droit à la nourriture, à l'habillement et au logement ou le droit à la liberté et au respect de la vie privée. On constate alors que parfois, dans des circonstances particulières, il peut y avoir conflit entre divers droits de l'homme. Plusieurs situations peuvent se présenter où le droit à la santé implique des obligations qui restreignent la liberté individuelle. Il en va ainsi par exemple lorsque, pour lutter contre des maladies transmissibles, l'on prend des mesures telles que l'isolement en quarantaine et/ou la vaccination, qui peuvent être considérées comme portant atteinte à la liberté individuelle mais qui doivent être acceptées pour protéger la collectivité. Le droit à la santé peut donc avoir pour corollaire le devoir de préserver le bien-être général et les droits de la collectivité, et ce devoir

⁵ Voir aussi le Rapport du Rapporteur spécial de la Commission des Droits de l'Homme, E/CN.4/1131, p. 44 et la résolution 1867 (LVI) du Conseil économique et social.

⁶ "Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik von 6. April 1968", Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, 1968, Teil I, N° 8, articles 35 et 36.

peut l'emporter sur le droit personnel de chaque individu. En outre, à cause des différences de niveau de vie, de conditions économiques et de niveau d'éducation, la réalisation effective du droit à la santé peut varier considérablement selon les cas.

Si l'on considère tous les facteurs susceptibles d'influer sur les dispositions législatives intéressant la protection de la santé, il apparaît clairement qu'en dehors du niveau des connaissances scientifiques, d'autres éléments importants contribuent à créer des différences; on peut citer notamment les attitudes religieuses, morales, éthiques et traditionnelles, qui varient d'un pays à l'autre sur des questions comme l'avortement, la stérilisation, la contraception, encore que les politiques et les attitudes peuvent évoluer avec le temps. L'OMS ne peut jouer qu'un rôle très limité dans la solution de problèmes particuliers de ce genre, puisque les décisions relèvent de la juridiction et de l'autorité des divers pays. Elle n'en procède pas moins à l'étude scientifique de ces problèmes, étude pour laquelle elle est bien outillée du fait de sa position spéciale en tant qu'organisation intergouvernementale.

Si les progrès de la biologie et de la médecine peuvent favoriser l'accession au niveau de santé le plus élevé possible et sont à ce titre bénéfiques pour l'humanité, ils impliquent parfois un risque pour les aspects physiques et mentaux du "droit à la santé", comme on le verra dans plusieurs sections du présent document.

De plus, il arrive que le bénéfice de découvertes médicales récentes reste limité à un petit nombre de personnes. Bien des raisons peuvent expliquer qu'une application généralisée soit impossible et qu'une stricte sélection des bénéficiaires s'impose, même dans les pays hautement développés; des exemples notoires sont à cet égard la dialyse rénale et les transplantations d'organes.

L'absence du matériel requis, les contraintes financières et le manque de personnel qualifié peuvent constituer de sérieux obstacles à l'exploitation des nouvelles découvertes médicales.

Pour résumer, il existe dans le domaine des droits de l'homme et de la santé des aspects positifs : l'Etat et la collectivité ont le devoir d'assurer aux individus la jouissance des droits en cause. Ces droits, toutefois, peuvent comporter des aspects négatifs en ce sens que l'individu doit accepter, dans l'intérêt de la collectivité, une limitation de ses droits; tel est le cas pour la pollution, pour la vaccination, etc.

On peut aussi se demander si l'Etat protège suffisamment les droits fondamentaux de l'individu en matière de santé, par exemple en le mettant à l'abri de la publicité abusive en faveur de l'alcool et des cigarettes. Un cas typique d'exploitation de l'ignorance, sous l'effet de pressions économiques contraires à l'éthique, est le "problème de la plasmaphérèse"; il y a eu dans ce domaine de tels abus que plusieurs pays ont dû adopter des dispositions législatives pour éviter que la santé de leurs ressortissants et même leur vie ne soit menacée.

2. LE COMMENCEMENT DE LA VIE

L'ovule fécondé est sans conteste possible vivant au sens biologique du terme, mais il en est de même du spermatozoïde et de l'ovule avant la fécondation. La question qui se pose est : à quel point de son développement doit-on estimer que l'embryon ou le fœtus a accédé

aux droits de l'homme ? Ce problème a donné lieu bien entendu à des controverses,⁷ mais il est évident que les soins prénatals visant à préserver le droit à la santé sont donnés dès le tout premier stade du développement. Un problème connexe est celui du stade auquel le fœtus devient viable, c'est-à-dire peut survivre après avoir été séparé de la mère.

En 1972, un groupe national d'experts a recommandé de considérer qu'une période de gestation de 20 semaines, correspondant à un poids du fœtus de 400-500 g, constituait une présomption de viabilité, mais a formulé toutefois cette réserve que les progrès des connaissances médicales pourraient imposer une révision à cet égard.⁸ Un groupe scientifique de l'OMS est parvenu en 1974 à des conclusions différentes, estimant qu'un enfant venu au monde avant 22 semaines de gestation et d'un poids inférieur à 500 g n'a "à l'heure actuelle aucune chance de survivre et guère davantage d'espoir dans l'avenir proche".⁹ Tout en reconnaissant qu'un fœtus de 22 à 28 semaines, correspondant à un poids à la naissance de 500-999 g, n'a que de faibles chances de survie, le groupe a recommandé de déclarer comme naissance toute expulsion de l'utérus d'un fœtus de 500 g ou plus. Ces corrélations entre le poids à la naissance et la période de gestation ne sont évidemment que des approximations et les différences qui existent entre les divers critères montrent à quel point il est difficile de formuler des normes quantitatives de viabilité qui soient universellement acceptables.

3. INTERRUPTION ARTIFICIELLE DE LA GROSSESSE

Peu de questions médico-sociales suscitent des différences d'opinion aussi irréductibles que celles de l'avortement provoqué. Le droit du fœtus à la vie et le droit de la mère à la santé ou même à la vie peuvent en effet entrer ici directement en conflit. En général, les pays qui ont modifié leur législation sur l'avortement provoqué l'ont fait dans le sens de la libéralisation, mais dans certains cas c'est le contraire qui s'est produit.¹⁰ Cependant, même dans les pays où l'avortement provoqué est permis, on hésite à autoriser une intervention après la 12ème semaine de gestation.

Les raisons pour lesquelles on pratique ou l'on demande de pratiquer un avortement sont diverses : crainte du médecin que la vie de la mère ne soit menacée si la grossesse va à son terme, désir de la mère de ne pas avoir d'enfants, ou de ne pas avoir un nouvel enfant, ou de ne pas avoir un enfant d'un certain sexe (la récente mise au point de la technique de l'amniocentèse permet en effet de diagnostiquer le sexe du fœtus), etc. On a connaissance

⁷ La Cour Suprême des Etats-Unis a déclaré en 1973 : "Nous n'avons pas à résoudre la difficile question du moment où commence la vie", et a justifié cette décision par le fait que les médecins, les philosophes et les théologiens ne parviennent pas à se mettre d'accord sur ce point et qu'on ne saurait donc demander à une instance judiciaire de se prononcer. La Cour a accepté la notion selon laquelle la viabilité extra-utérine marque le point fondamental de démarcation dans le développement du fœtus, mais elle a aussi décidé qu'avant la naissance l'enfant n'est pas une "personne" aux fins de la protection constitutionnelle de ses droits (Cour Suprême des Etats-Unis. Roe et al. v. Wade, District Attorney of Dallas County. Appel interjeté par la Cour de district du District nord du Texas, N° 70-18. Plaidé le 13 décembre 1971 et à nouveau le 11 octobre 1972, Arrêt rendu le 22 janvier 1973). Voir également Law Commission Report on Injuries to Unborn Children. Cmnd. 5709 et the Lancet, 21 septembre 1974, pp. 704-705.

⁸ Grande-Bretagne, Advisory Group on the use of fetuses and fetal material for research, Londres, 1972.

⁹ Organisation mondiale de la Santé (1974) Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS sur l'application des statistiques sanitaires aux événements périnataux (document non publié ICD/PE/74), p. 8.

¹⁰ Voir Organisation mondiale de la Santé (1970) La législation de l'avortement dans le monde, Genève.

d'un cas au moins où une femme enceinte qui avait demandé une amniocentèse, soi-disant par crainte du syndrome de Down, a ensuite cherché à se faire avorter, ayant appris que le fœtus était normal quant aux chromosomes, mais de sexe féminin.¹¹

Dans un certain nombre de pays, la législation autorise l'avortement pour une ou plusieurs des indications suivantes :

- a) sauvegarde de la santé physique ou mentale de la mère;
- b) la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste, ou la femme n'a pas encore atteint un âge donné;
- c) la mère a eu la rubéole à un moment critique de la gestation, d'où risque d'anomalie congénitale de l'enfant, ou bien a été exposée à quelque autre risque - par exemple, médicament ou rayonnement ionisant - pouvant affecter le développement du fœtus;
- d) le syndrome de Down ou une autre anomalie chromosomique ont été diagnostiqués par l'amniocentèse ou par un autre moyen;*
- e) les parents sont atteints d'une déficience mentale et jugés incapables de s'occuper convenablement de l'enfant.

En dehors de ces indications fondées sur des considérations médicales, eugéniques ou médico-sociales, certaines dispositions législatives autorisent l'avortement pour des motifs socio-économiques ou économiques. La disposition qui va le plus loin dans le sens de la libéralisation est celle qui prévoit "l'avortement sur demande".

Il est par ailleurs universellement reconnu que l'avortement provoqué ne saurait être considéré comme une méthode d'élection de la planification familiale.

Un point important à considérer, du point de vue médical, est que dans les pays où la loi interdit l'interruption artificielle de la grossesse il y a probablement un nombre élevé d'avortements clandestins, pratiqués dans des conditions dangereuses pour la santé et la vie de la mère.

La technique de la "régulation menstruelle" pose elle aussi des problèmes d'ordre éthique. Elle consiste dans "l'ablation artificielle de l'endomètre dans les deux semaines suivant le moment où aurait dû se produire la menstruation. On la pratique généralement en cas de grossesse présumée, mais non prouvée par des tests de grossesse ou par un examen clinique".¹²

4. NOUVEAU-NÉS PRESENTANT DES ANOMALIES CONGENITALES

Les enfants présentant des anomalies congénitales comme la microcéphalie ou le syndrome de Down, ainsi que des défauts de développement purement mécaniques comme l'atrésie de l'oesophage ou l'imperforation de l'anus, qui excluent la viabilité, posent des problèmes d'éthique extrêmement ardues. Il est généralement possible de remédier avec succès à ces défauts mécaniques par une intervention chirurgicale, mais l'autorisation des parents est habituellement nécessaire. Dans de tels cas, les parents et les médecins sont appelés à prendre des décisions extrêmement pénibles et difficiles. Le médecin doit décider en son âme et conscience s'il convient, et jusqu'à quel point, d'exercer une pression morale sur les parents pour qu'ils donnent leur accord à une opération qui sauvera la vie de l'enfant. Or, la vie en question

¹¹ Stenchever, M. A. (1972) J. Amer. med. Ass., 221, 408.

¹² Lancet, 1974, 1, 84.

* Voir page 14 sous "La médecine préventive et les troubles génétiques".

est celle d'un être humain imparfait, qui ne pourra mener qu'une existence diminuée, qui représentera de ce fait une charge pour la société, et dont l'espérance de vie sera brève. Pour les parents, le dilemme est le suivant : réclamer l'infanticide "passif" de leur enfant ou accepter qu'il soit sauvé d'une mort certaine pour mener ensuite une existence anormale tout aussi certaine. Quand il s'agit d'une anomalie extrême, comme la microcéphalie, les parents et le médecin seront la plupart du temps d'accord pour laisser faire la nature. Mais lorsque, comme dans le cas du syndrome de Down, le défaut est grave mais non incompatible avec des relations affectueuses entre les parents et l'enfant, la décision est beaucoup plus difficile à prendre.

Il n'est pas possible d'élaborer un critère d'application universelle auquel on puisse se référer pour un aussi large éventail de situations différentes; mais nous pensons que la décision doit être laissée en règle générale aux parents, le médecin étant tenu de leur expliquer aussi exactement que possible les conséquences des différents choix. Le médecin et tous les autres membres de l'équipe de santé sont fortement enclins à sauver une vie chaque fois que c'est possible. D'autre part, dans le cas du personnel hospitalier, et particulièrement des infirmières, le fait de s'occuper d'un jeune enfant qu'on a condamné à mourir alors que sa maladie est curable est une expérience profondément traumatisante. De telles considérations peuvent amener le médecin à persuader les parents de donner, à contrecœur, leur accord pour l'intervention chirurgicale, mais il est possible que par la suite les parents rejettent l'enfant.

5. UTILISATION DE FOETUS HUMAINS POUR LA RECHERCHE

Certaines recherches ne peuvent être faites qu'en utilisant des tissus foetaux humains. C'est notamment le cas de la culture de certains virus pathogènes qui ne se développent pas dans des cellules autres que celles de l'homme, de la fabrication de certains vaccins, des études immunologiques et chromosomiques, des recherches sur le développement du fœtus humain. Des recherches physiologiques et pathologiques sont parfois entreprises quand on dispose de fœtus entiers expulsés de l'utérus mais insuffisamment développés pour survivre.

Le groupe consultatif national susmentionné¹³ a exposé les conséquences, sur le plan éthique, de l'utilisation de fœtus et de matériels foetaux (liquide et sac amniotiques et placenta) et a formulé des recommandations à l'intention des chercheurs travaillant sur le fœtus humain. Le groupe rejette catégoriquement toute expérience sur un fœtus vivant in utero, même lorsque des dispositions ont été prises pour interrompre artificiellement la grossesse. Dans un "Code de pratiques recommandées", le groupe s'oppose à toute expérience sur un fœtus présumé viable après séparation de la mère et propose qu'on n'utilise à des fins de recherche un fœtus entier, vivant et non viable que s'il pèse moins de 300 g. Selon le groupe, la décision relative à l'utilisation d'un fœtus à des fins de recherche devrait être prise "par les membres du personnel médical participant à l'accouchement, et jamais par le chercheur" et être approuvée par un comité de déontologie de l'hôpital. Le groupe a insisté sur le fait qu'aucune considération pécuniaire ne devrait intervenir lors de l'acquisition de fœtus ou de matériels foetaux à des fins de recherche.

Le rejet catégorique des expériences in utero sur des fœtus condamnés à l'avortement artificiel n'est pas universel, comme le prouve un récent rapport scientifique sur l'administration d'antibiotiques à des femmes enceintes consentantes, l'expérience ayant pour objet d'établir la concentration des antibiotiques dans les tissus des fœtus avortés.¹⁴

¹³ Voir note 8, p. 8.

¹⁴ Philipson, A., Sabath, L. D. & Charles, D. (1973), New Engl. J. Med., 288, 1219-1221.

Signalons qu'une loi limitant considérablement les recherches sur le fœtus est entrée en vigueur dans l'Etat de Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) le 26 juin 1974,¹⁵ tandis que sur le plan fédéral le National Research Act de 1974 (devenu loi le 12 juillet 1974) a imposé un moratoire temporaire à toute recherche sur des fœtus humains vivants sous l'égide ou avec l'appui du Département de la Santé, de l'Education et de la Prévoyance sociale des Etats-Unis.¹⁶

6. STERILISATION

6.1 Stérilisation volontaire

Un homme ou une femme peuvent-ils, en se prévalant des droits de l'homme, décider de se faire stériliser par vasectomie, salpingectomie, ou intervention chirurgicale du même genre pour des raisons autres que la protection de la santé ? Ce droit est reconnu dans plusieurs pays sous réserve que soient remplies certaines conditions concernant, par exemple, l'âge du sujet, son état matrimonial, le consentement du conjoint s'il s'agit d'un couple marié, une demande écrite et parfois l'écoulement d'un délai réglementaire entre la présentation de la demande et la date de l'opération. Dans d'autres pays, la stérilisation chirurgicale est un délit pénal si elle n'est pas faite pour des raisons strictement médicales.

Chez la femme, la stérilisation a le plus communément pour but d'éviter des grossesses qui mettraient en danger sa vie. Chez l'homme, des considérations de santé peuvent entrer en jeu dans deux cas : en premier lieu quand la crainte de causer une grossesse peut provoquer des troubles mentaux ou physiques; en deuxième lieu, quand la stérilisation peut avoir des effets adverses sur la santé.

On lira sans doute avec intérêt le texte ci-après qui figure dans les actes d'une conférence internationale sur la question, tenue en 1973.¹⁷

MODELE DE LOI SUR LA STERILISATION VOLONTAIRE - PREAMBULE

La Conférence internationale sur les Droits de l'Homme a adopté en 1968 la Proclamation de Téhéran dont le paragraphe 16 dit que "... les parents jouissent du droit de l'homme fondamental de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre et l'espacement de leurs enfants".

Toute loi imposant la stérilisation obligatoire de quelque individu que ce soit est incompatible avec les principes de la Proclamation de Téhéran. Les dispositions juridiques ci-après sont recommandées pour mettre en oeuvre les principes de la proclamation et assurer la liberté du choix dans la question de la stérilité volontaire.

I. Dispositions d'application générale

Tout individu de l'un ou de l'autre sexe a le droit de se faire stériliser volontairement à titre définitif et les pouvoirs publics ont l'obligation de fournir à cet effet des services appropriés si les conditions suivantes sont remplies :

¹⁵ Family Planning/Population Reporter, 1974, 3, 70.

¹⁶ Edwards, C. C. (1974) Science, 185, 900.

¹⁷ Schima, M. E. et al., ed. (1974) Advances in voluntary sterilization (Proceedings of the Second International Conference, Geneva, 1973), Amsterdam, Excerpta Medica, pp. 275-276.

1. L'intéressé(e) a atteint l'âge de la majorité légale et a fourni la preuve de son consentement volontaire.
2. L'intéressé(e) est pleinement informé(e) par une personne appropriée des conséquences immédiates et possibles et des conséquences probables à long terme de l'acte envisagé, et est informé(e) des diverses méthodes de planification familiale. Le cas échéant, on l'aura invité(e) à bien réfléchir pendant un certain temps aux conséquences des différentes lignes de conduite possibles.
3. Si l'intéressé(e) est membre d'un groupe ethnique, religieux ou philosophique particulier, on lui a offert la possibilité de recevoir les informations précitées (voir en 2 ci-dessus) à la fois de la personne chargée de les donner et d'un représentant dudit groupe, à moins que la première de ces personnes n'appartienne audit groupe.

II. Dispositions applicables aux personnes en état d'incapacité juridique

Les dispositions ci-après s'appliquent à toute personne en état d'incapacité juridique : si les parents ou le tuteur d'une telle personne, ainsi qu'un médecin, estiment que des mesures temporaires seraient inefficaces, ils peuvent demander l'autorisation de stériliser définitivement l'intéressé à une commission dûment désignée par l'autorité compétente; la commission, après un examen approfondi, peut accéder à la demande.

La commission comprend au moins cinq personnes, professionnels et profanes, des deux sexes; sa décision est prise à la majorité simple, à la majorité des deux tiers, ou à l'unanimité, selon ce qu'aura disposé l'autorité compétente.

La commission comprend également une ou plusieurs personnes du groupe ethnique, religieux ou philosophique auquel appartient la personne qui fait l'objet de la demande.

III. Possibilité de se récuser

Nul ne pourra être obligé par la loi de participer à une stérilisation volontaire, mais celui qui refusera d'y participer devra indiquer à l'intéressé(e) une autre personne ou un établissement pouvant se charger de l'opération. Tout établissement du secteur public sera tenu d'effectuer l'acte demandé.

IV. Pas d'effet sur la législation relative au mariage et au divorce

Aucune disposition de cette loi ne sera censée modifier les lois relatives au mariage et au divorce en ce qui concerne le consentement du conjoint.

V. Irrecevabilité de toute action en justice si la stérilisation volontaire a été pratiquée selon les règles

Note. La réunion n'a pas eu le temps de prendre une décision sur ce point, mais on pense que la plupart des participants approuveraient un texte qui aurait la teneur suivante : "Aucun médecin, aucune autre personne ni aucun établissement de santé ne pourra être tenu pour civilement ou pénalement responsable à la suite d'une intervention pratiquée conformément aux dispositions ci-dessus".

6.2 Stérilisation obligatoire

Dans certains pays, il est possible de stériliser un homme ou une femme atteints d'arriération mentale grave ou de maladie mentale pour des motifs eugéniques ou parce qu'ils sont jugés incapables de donner à leur enfant les soins nécessaires; cependant, le consentement du tuteur légal peut être requis. Dans d'autres pays, cette intervention chirurgicale serait

considérée comme une atteinte criminelle aux droits de l'homme. Certaines législations autorisent l'avortement dans des cas particuliers, à condition que la stérilisation soit également pratiquée. Il est à noter que dans les pays où la loi prévoit la possibilité de la stérilisation obligatoire, cette pratique a tendance à tomber en désuétude.

7. CASTRATION

La législation de certains pays reconnaît à tout homme souffrant de pulsions sexuelles pathologiques le droit de demander la castration. L'exercice de ce droit est généralement limité, compte tenu de considérations médicales, de l'âge de l'intéressé et de sa capacité de comprendre la nature et les effets de l'opération. Parfois, l'opinion écrite d'un médecin indépendant est requise, et l'avis de ce médecin doit être contresigné par la personne demandant l'opération. Lorsque l'effet probable de cette opération est la libération anticipée d'un établissement psychiatrique ou pénitentiaire, le caractère volontaire de la demande peut être mis en doute.

8. LA CONTRACEPTION

L'évolution des idées en matière de contraception illustre un changement d'attitude dont les répercussions sont importantes pour certains droits de l'homme actuellement jugés fondamentaux.

Voici encore quelques années, les dispositions législatives de certains pays frappaient d'interdiction ou de restrictions draconiennes la distribution et la vente des produits contraceptifs. La publicité dans le grand public était même jugée immorale ou indécente. Les discussions sur des questions telles que la régulation des naissances et de la fécondité, ou la planification familiale, étaient difficiles sinon impossibles et, de plus, la population ne connaissait pas les moyens de contraception existants ou ne pouvait se les procurer.

Il va de soi que cette situation sur le plan national ne pouvait manquer d'avoir des répercussions sur les programmes envisagés à l'échelle internationale. C'est ainsi qu'au cours des délibérations de la Commission du Programme et du Budget à la Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en 1952,¹⁸ il a été déclaré qu'il n'était pas possible pour l'OMS de s'occuper "des aspects sanitaires du problème démographique". Les changements d'attitude ont mis longtemps à se manifester. En fait, la décision autorisant l'OMS à s'engager dans ce genre d'activité n'a été prise qu'en 1965.

Dans le préambule de la résolution WHA18.49, l'Assemblée reconnaît que "les problèmes de reproduction humaine intéressent la cellule familiale tout comme l'ensemble de la société" et que la dimension de la famille relève du libre choix de chaque famille particulière. Le paragraphe 2 du dispositif de cette résolution prie l'OMS de mettre en oeuvre un programme "dans le domaine des services de référence" comportant des études sur les aspects médicaux de la stérilité et des méthodes de régulation de la fécondité, ainsi que sur les aspects sanitaires de la dynamique des populations.¹⁹

La proclamation de Téhéran de 1968 est un autre événement marquant qui témoigne de ce changement d'attitude. Elle exprime en ces termes le droit de la famille :

"Les couples ont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et du moment de leur naissance, et aussi le droit d'être suffisamment instruits et informés de ces questions."

¹⁸ Actes off. Org. mond. Santé, 1952, N° 42, 204 et 230.

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé (1973) Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, Vol. I, 1948-1972, Genève, page 40.

La Proclamation a été suivie en 1969 de la Déclaration de l'Assemblée générale sur le Progrès social et le Développement (résolution 2542 (XXIV)), dont l'article 4 énonce le même principe, tandis que l'article 22 b) met ce dernier en application en réclamant "la fourniture aux familles des connaissances et des moyens voulus pour qu'elles puissent exercer leur droit de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances".

Récemment, le Plan d'action mondial de la population (adopté à la Conférence mondiale de la Population, Bucarest, 19-30 août 1974) précisait (au paragraphe 6 de l'historique du Plan) : "Le droit du couple de décider du nombre d'enfants qu'il veut avoir est reconnu dans un certain nombre d'instruments internationaux, mais nombreux sont encore les cas où les couples ne sont pas en mesure d'exercer effectivement ce droit. Dans de nombreuses régions du monde, les couples continuent d'avoir plus d'enfants qu'ils n'en veulent ou qu'ils n'estiment pouvoir en élever convenablement, et cela en raison de la situation économique médiocre, des normes sociales, de l'insuffisance des connaissances concernant les méthodes efficaces de régulation des naissances ou de l'absence des services nécessaires dans le domaine de la contraception."

Parmi les recommandations pratiques et importantes qui intéressent l'OMS, citons la nécessité d'entreprendre en biologie des travaux de recherche fondamentale et appliquée sur l'évaluation et l'amélioration des méthodes existantes ou nouvelles de régulation de la fécondité. Ont également été jugées essentielles une évaluation de l'incidence des différentes méthodes de régulation de la fécondité sur les valeurs morales et culturelles et sur la santé mentale et physique, du point de vue de leurs effets à court terme et à long terme, ainsi qu'une appréciation et une étude des politiques visant à créer des conditions sociales et économiques telles que les couples puissent décider librement de la dimension de leur famille.

L'activité de l'Organisation mondiale de la Santé à cet égard s'étend à trois domaines principaux : la reproduction humaine, la planification familiale et la dynamique des populations. Les principaux sujets d'étude sont l'intégration de la planification familiale dans les services de santé, l'instruction et la formation appropriées des personnels de santé à tous les niveaux, et la recherche biomédicale et opérationnelle sur la reproduction humaine.²⁰

Parmi les éléments importants du programme de l'OMS figurent l'intégration de la planification familiale dans les services de santé et le programme de recherche visant à mettre au point un éventail de méthodes sans danger, efficaces et acceptables de régulation de la fécondité humaine.

Il a été souligné à maintes reprises que la politique démographique relève du droit souverain de chaque pays. Donc, là encore, le rôle de l'OMS est de fournir aide et avis sur demande.

9. LA MEDECINE PREVENTIVE ET LES TROUBLES GENETIQUES²¹

Les grands progrès réalisés depuis quelques années dans le domaine de la génétique médicale ont donné lieu à bien des discussions et bien des écrits sur l'incidence morale et sociale de la "manipulation génétique" appliquée à l'homme. Cependant, la possibilité pratique d'appliquer de telles techniques à l'homme est actuellement si éloignée qu'on ne saurait guère la considérer comme un sujet légitime de préoccupation des services de santé publique, des organes législatifs nationaux ou des organisations intergouvernementales.

²⁰ Zahra, A. & Strudwick, R. (1973) International Journal of Health Services, 3, 701-707.

²¹ La question des risques pouvant découler éventuellement de certains types d'expérience dans le domaine de la génétique est traitée à la page 29.

En revanche, dans le domaine des conseils génétiques, un progrès important dont les incidences médico-sociales ne sont pas négligeables a été réalisé sur le plan pratique : il s'agit du diagnostic prénatal des anomalies congénitales par la culture de cellules foetales prélevées par amniocentèse ou par analyse biochimique du liquide amniotique ou d'autres liquides organiques. Il est généralement admis que l'amniocentèse peut comporter des risques - lésion du fœtus, infection et avortement - mais que, si l'on prend les précautions nécessaires, ces risques sont négligeables surtout durant la période de la gestation (16 semaines) pendant laquelle le liquide amniotique est abondant.

Les techniques d'analyse chromosomique des cellules obtenues par amniocentèse sont complexes et les laboratoires possédant l'équipement nécessaire sont relativement peu nombreux. Aussi a-t-on parfois estimé que la méthode ne se justifie qu'à condition que les parents soient disposés et juridiquement autorisés à faire interrompre la grossesse si les résultats de l'analyse font poser un diagnostic prénatal d'anomalie. On a fait valoir à l'encontre de cette thèse que les parents qui savent d'avance que leur enfant sera anormal sont mieux à même, sur le plan affectif, de faire face à une situation qui, en tout état de cause, est pénible.

Le fait que quelques anomalies déterminées par des facteurs génétiques sont plus répandues chez certains groupes ethniques devra être pris en considération lorsqu'il s'agira de déterminer s'il convient ou non d'adopter des programmes d'examen systématique en vue d'une interruption éventuelle de la grossesse. Il est arrivé en effet que, pour avoir réservé ces examens aux groupes ethniques les plus réceptifs, on a éveillé le soupçon, non fondé, que l'on voulait introduire une forme discriminatoire de régulation de la population.

On a signalé récemment que l'on pouvait poser le diagnostic correct de l'anencéphalie par l'analyse biochimique du liquide amniotique obtenu par amniocentèse. L'anencéphalie peut aussi être diagnostiquée par un balayage aux ultra-sons et, depuis peu, par l'analyse d'échantillons de sang veineux pour détermination des foeto-protéines alpha.

La phénylcétonurie est une affection congénitale qui ne peut être diagnostiquée que quelques jours après la naissance. Dans certains pays, les nouveau-nés sont examinés systématiquement pour la déceler. Les opinions divergent quant à savoir si un tel examen devrait être rendu obligatoire. Les estimations faites au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique concordent pour indiquer que cette anomalie congénitale du métabolisme risque d'être présente chez un nouveau-né sur 10 000. Il va de soi que seuls les pays développés peuvent envisager d'appliquer sur tout le territoire national un programme visant à protéger un nouveau-né sur 10 000 contre une déficience mentale évitable et à le soumettre à cet effet à un régime alimentaire spécial.

10. L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

Les problèmes de l'insémination artificielle sont d'ordre juridique plutôt que médical, mais il appartient au médecin qui pratique cet acte de s'assurer que les deux époux ont pleinement conscience des incidences juridiques de leur décision, lesquelles sont parfois différentes d'un pays à l'autre.²² Lorsque le donneur est l'époux (IAE), la question peut se poser de savoir si le mariage a été consommé et si l'un ou l'autre des époux peut demander ultérieurement le divorce et faire annuler le mariage sous prétexte de non-consommation.

Lorsque le donneur de sperme n'est pas l'époux (IAD), le médecin a pour responsabilité première de veiller à ce que ce donneur soit exempt de toute maladie transmissible et de toute caractéristique décelable qui serait génétiquement indésirable. Le Code sanitaire de la ville de New York, dans son texte modifié de 1950, contenait une réglementation en matière d'insémination artificielle, qui stipulait expressément que le donneur devait être exempt de syphilis, de blennorrhagie, de tuberculose, et de toute déficience d'ordre génétique. Elle exigeait en

²² Ces incidences juridiques sont examinées en détail par Glanville Williams dans The sanctity of life and the criminal law, Londres, Faber, 1958.

outre la compatibilité du facteur Rhésus du donneur et de la femme. Cette réglementation ne tenait pas compte de considérations non médicales : par exemple, le donneur et la femme doivent-ils appartenir au même groupe ethnique, ou bien le médecin doit-il s'efforcer de faire concorder les attributs physiques du donneur avec ceux de l'époux ?

Si le donneur n'est pas l'époux, il se pose des problèmes juridiques non négligeables, dont l'un des principaux est de savoir si l'enfant est ou non légitime. Certains médecins mélangent le sperme du donneur avec celui de l'époux afin qu'il subsiste un élément d'incertitude quant à la paternité biologique. Lorsqu'un mariage est dissous après la naissance d'un enfant conçu par l'IAD, il peut se poser la question de savoir si le "père" conserve un droit de regard sur l'enfant et s'il est tenu de contribuer à son entretien. On s'est également demandé si l'IAD constitue en droit un acte d'adultère. D'une manière générale, l'opinion religieuse est très hostile à l'IAD.

Depuis quelques années, des problèmes d'ordre moral ont été posés par les nouvelles techniques d'insémination artificielle (technique des "bébés-éprouvette") ainsi que par la conservation du sperme humain dans des "cryobanques".

11. L'EXPERIMENTATION SUR L'HOMME EN GENERAL

Lorsqu'on examine sous quelque aspect que ce soit l'élément "santé" dans la protection des droits de l'homme - élément vaste et important - il ne faut pas oublier que, du vivant d'un grand nombre de nos contemporains, la science et la pratique médicales ont accompli plus de progrès que pendant toute l'histoire de l'humanité. Ces progrès sont essentiellement dus au fait que, de plus en plus, on a admis que seule une expérimentation scientifiquement contrôlée permet d'acquérir des connaissances médicales nouvelles et valables, et qu'il faut bien en arriver au point où le seul et dernier sujet possible d'expérience concluante c'est l'homme. Considérée sous cet angle, l'expérimentation sur l'homme est inséparable d'une meilleure connaissance des moyens et des techniques permettant de combattre la maladie et de promouvoir la santé.

En ce qui concerne l'expérimentation sur l'homme, la Déclaration de Helsinki de l'Association médicale mondiale a été saluée partout comme l'instrument définissant les principes moraux fondamentaux qui doivent régir toute recherche sur des sujets humains. Cette déclaration ne s'applique pas - et d'ailleurs n'entendait pas s'appliquer - aux autres situations où une quelconque intervention médicale non expérimentale pourrait avoir des répercussions d'ordre moral ou social.

Il n'est pas aisé de définir les limites de ce qui constitue l'expérimentation sur l'homme en médecine. Dans la mesure où chaque individu représente un cas d'espèce, toute intervention thérapeutique, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, revêt jusqu'à un certain degré un caractère expérimental et le médecin doit être prêt à modifier sa thérapeutique en fonction de la réaction particulière du malade. Certains médicaments dont l'utilité n'est plus à démontrer peuvent avoir des réactions adverses chez une minorité infime de sujets et toute nouvelle technique chirurgicale doit être mise à l'épreuve tôt ou tard sur un être humain, souvent après que des expériences très complètes sur l'animal ont prouvé d'une manière quasi certaine qu'elle est sans danger.

Bref, tout progrès médical implique, aujourd'hui comme de tout temps, une expérimentation sur l'homme. Lorsque Edward Jenner pratiqua pour la première fois, en 1796, sur un jeune garçon une inoculation de pus provenant d'une pustule vaccinale puis lui inocula du pus variolique, il effectuait une expérience d'une importance cruciale qu'il eût été impossible de faire sur un sujet autre que l'homme. Le garçon n'étant âgé que de huit ans, on ne saurait en aucune façon

considérer qu'il avait consenti en pleine connaissance de cause²³ à cette expérience, de sorte que celle-ci pourrait être jugée immorale d'après les normes actuelles. Pourtant, même de nos jours, il a bien fallu, à un moment donné, expérimenter pour la première fois le vaccin anti-poliomyélitique sur des écoliers. Ces deux expériences d'immunoprophylaxie, effectuées sur des êtres humains à 150 ans de distance, ont apporté à l'homme des bienfaits incalculables.

En gros, les options en matière d'expérimentation sur l'homme sont peu nombreuses et on peut les résumer ainsi :

- a) Aucun progrès nouveau ne doit être autorisé en médecine préventive ou curative. Il va de soi qu'une telle affirmation est indéfendable.
- b) Les nouvelles préparations ou méthodes thérapeutiques doivent être homologuées en vue de leur application générale uniquement sur la base d'expériences faites sur l'animal. Cela équivaudrait à une expérimentation massive sur l'homme faite sans contrôle, nombre d'expérimentateurs n'étant pas suffisamment qualifiés pour évaluer les résultats. De plus, pour certains types de recherche prophylactique ou thérapeutique, il n'existe pas de modèle animal approprié.
- c) Les nouvelles interventions thérapeutiques ne doivent être définitivement admises en pratique médicale qu'après des expériences sur un échantillon humain statistiquement représentatif, effectuées par des chercheurs pleinement qualifiés dans des conditions propres à offrir, tout compte fait, plus d'avantages que de risques. Pour des raisons évidentes, cette option est plus valable dans le cas d'interventions d'ordre immuno-prophylactique ou pharmacothérapeutique que dans le cas d'interventions chirurgicales telles que les greffes d'organes. Par exemple, une seule hémodialyse réussie en cas d'insuffisance rénale aurait justifié l'emploi de cette technique sur d'autres sujets; en pareille matière, la notion d'acceptabilité ne se prête pas à une définition universellement valable.
- d) Avant d'être mis à la disposition des expérimentateurs pour des essais cliniques contrôlés comme ceux que l'on a évoqués à l'alinéa c) ci-dessus, les nouvelles substances thérapeutiques doivent être essayées sur des volontaires bien portants en vue d'en déterminer l'innocuité.

En guise de conclusion, on peut affirmer d'une manière générale que durant presque tout le cours de l'histoire les interventions thérapeutiques ont été empiriques, étant dépourvues des contrôles scientifiques - statistiques et autres - que l'on juge désormais indispensables : elles étaient parfois efficaces et parfois totalement inefficaces. A mesure que l'efficacité des interventions thérapeutiques s'est accrue, les critères régissant leur adoption et visant à protéger les intérêts du malade sont devenus progressivement plus stricts.

12. CONSENTEMENT ECLAIRE DES VOLONTAIRES

Les Règles de Nuremberg de 1947 ont interdit toute expérimentation sur un sujet humain sans son "consentement volontaire" et ce principe n'a jamais été remis en cause. Les expérimentations sur des volontaires humains en bonne santé qui ne comportent pas d'autres risques qu'un léger malaise physique n'ont jamais fait l'objet de critiques. Citons, par exemple, les infections expérimentales par le rhume banal ou par la gale. Quand il s'agit d'une altération plus sérieuse de la santé, par exemple d'infections expérimentales par le paludisme, les opinions sont partagées, surtout en ce qui concerne la question cruciale de savoir en quoi consiste le consentement. Alors que les Règles de Nuremberg font état du "consentement volontaire", la Déclaration de Helsinki (1964) de l'Association médicale mondiale et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) des Nations Unies utilisent le terme

²³ Voir section 12.

de "libre consentement". Plus récemment, l'expression "consentement éclairé" a été largement employée. Il est généralement admis que les enfants, les déficients mentaux et les malades mentaux ne peuvent donner un consentement valable, mais leurs parents ou leurs tuteurs peuvent, dans certains cas, donner ce consentement en leur nom. Normalement, ces consentements par délégation sont donnés dans l'attente que le sujet en bénéficiera sur le plan thérapeutique, mais il n'en est pas toujours ainsi; c'est ce qu'illustre le cas suivant dont on a beaucoup parlé : au moment de leur admission dans une institution, on avait provoqué délibérément l'hépatite infectieuse chez des enfants arriérés. Certes, la maladie était endémique dans l'établissement et il y avait de fortes chances pour que les nouveaux pensionnaires soient infectés naturellement. Il ne semble pas que des recommandations précises aient été faites quant à l'âge ou - s'agissant d'adultes - quant au niveau de compréhension nécessaire pour que le consentement puisse être considéré comme valable.

Des critiques ont souvent été formulées contre les expérimentations pratiquées sur certains groupes de la population, par exemple sur des étudiants ou sur des détenus. Les adversaires de ces expérimentations soutiennent que, dans ces groupes, des incitations spéciales peuvent intervenir - par exemple, le désir des étudiants de s'attirer les faveurs des professeurs ou de ne pas donner l'impression d'être peu coopératifs - qui invalident le consentement. Aux Etats-Unis d'Amérique, on a largement eu recours à des détenus volontaires pour les premiers essais cliniques de préparations pharmaceutiques nouvelles et pour d'autres investigations. Les prisons qui autorisent ces pratiques appliquent parfois un barème de rémunération détaillé : dans l'une des prisons du pays, cette rémunération varie entre 25 cents pour un spécimen de selle et 12 dollars pour une ponction de moelle osseuse.

Comparaissant devant un sous-comité du Sénat des Etats-Unis en 1973, le Président de l'Association des Fabricants de Produits pharmaceutiques des Etats-Unis a avancé deux grands arguments pour justifier le recours à des détenus volontaires : 1) les sujets forment un groupe "relativement homogène" et vivent dans un environnement constant à différents égards : temps, lieu, régime alimentaire et exercice; 2) la rétribution de ces volontaires est très inférieure à celle que réclameraient des sujets libres.²⁴ Le témoin a déclaré que "la principale considération qui pousse les détenus à participer à l'expérimentation est la rémunération". Il a cité un certain nombre de motifs supplémentaires : échapper à l'ennui de la vie de prison; participer à un effort louable; se prouver et prouver aux autres qu'on est capable de faire des choses bonnes et utiles; s'attirer le respect des autres; montrer aux autorités qu'on se réforme.

Le Département de la Santé, de l'Education et de la Prévoyance sociale des Etats-Unis a publié un règlement à l'intention des organisations qui demandent des subventions ou des contrats pour des recherches médicales comportant le recours à des sujets humains.²⁵ Aux termes de ce règlement, les principales conditions nécessaires à un "consentement éclairé" sont les suivantes :

- "1) Avoir clairement expliqué la méthode qui sera suivie et ses objectifs et indiqué ce qui, dans cette méthode, a un caractère expérimental.
- 2) Avoir décrit les inconvénients et les risques pour le sujet.
- 3) Avoir décrit les avantages que l'on peut raisonnablement attendre de cette expérimentation.

²⁴ U.S. Congress. Senate Committee on Labor and Public Welfare. Subcommittee on Health. Quality of health care - human experimentation, 1973. Hearings ... Ninety-third Congress, First Session, Washington, 1973, pp. 864-883.

²⁵ United States, Code of Federal Regulations, Title 45, Part 46 (Federal Register, Vol. 39, N° 105, 30 May 1974, pp. 18913-18920). Le Département de la Santé a également publié des projets de règlements applicables aux fœtus, aux produits d'avortement, aux femmes enceintes, à la fécondation *in vitro* de l'oeuf humain, aux prisonniers et aux déficients mentaux placés par établissement (*ibid.*, N° 165, 23 août 1974, pp. 30647-30657).

- 4) Avoir exposé les autres options qui pourraient être bénéfiques pour le sujet.
- 5) Avoir offert de répondre à toutes les questions concernant l'expérimentation.
- 6) Avoir informé le volontaire qu'il peut, à son gré, retirer son consentement et cesser de participer à tout moment au travail de recherche sans qu'il ait à en pâtir."

Il est de plus en plus généralement admis qu'il ne suffit pas que le responsable d'une recherche médicale avec recours à des sujets humains obtienne le consentement éclairé des sujets; il faut aussi que l'expérimentation proposée soit examinée dans le détail et approuvée par une commission composée de personnes ne participant pas directement au projet. Certains considèrent que ces commissions devraient comprendre une ou plusieurs personnes ne faisant pas partie du corps médical, par exemple, des juristes et des ministres du culte.

Un guide imprimé ne peut prévoir tous les cas qui peuvent se présenter; aussi est-il d'autant plus nécessaire de réunir de telles commissions. C'est ainsi que la décision de faire les premiers essais d'un vaccin nouveau sur des enfants doit être fondée sur l'avis d'une commission compétente et non sur des principes abstraits.

13. ESSAIS DE SUBSTANCES THERAPEUTIQUES SUR DES SUJETS HUMAINS

Presque tout au long de l'histoire de la médecine, la pharmacothérapie a consisté à administrer des produits naturels d'origine animale, végétale ou minérale. La plupart de ces produits étaient, aux doses utilisées, aussi inoffensifs qu'inefficaces, et ils étaient d'ordinaire prescrits sous forme de mélanges adaptés théoriquement aux symptômes particuliers de chaque malade. Le seul juge de la valeur et de la sécurité d'emploi du médicament était le praticien qui, pour citer un médecin du siècle dernier, prescrivait "un médicament pour chaque symptôme et quelques autres pour faire bonne mesure". Les pharmacopées ont tenté et tentent toujours de réglementer la qualité des médicaments sans référence à leurs effets sur l'organisme humain.

Aujourd'hui, la situation est totalement différente, dans la mesure où la fabrication de nouvelles substances thérapeutiques est devenue une industrie importante. On produit maintenant des milliers de ces substances qui n'ont jamais existé auparavant et dont les effets pharmacologiques sont testés de manière approfondie sur des animaux. Un grand nombre d'entre elles, probablement la majorité, sont abandonnées soit parce qu'elles ne paraissent pas devoir exercer une action thérapeutique, soit parce qu'elles sont trop toxiques. Celles qui semblent devoir présenter un intérêt thérapeutique sont soumises à des épreuves plus complètes sur l'animal; à ce sujet, des recommandations ont été formulées par un groupe scientifique de l'OMS sur les principes applicables à l'étude préclinique de l'innocuité des médicaments.²⁶ D'autres groupes scientifiques de l'OMS ont fait des recommandations sur les principes applicables à la recherche des effets tératogènes éventuels des médicaments,²⁷ sur les principes applicables à l'épreuve et à l'appréciation de la cancérogénicité des médicaments²⁸ et sur l'évaluation et la recherche des effets mutagènes des médicaments : principes et problèmes.²⁹

Néanmoins, si complètes qu'aient pu être les épreuves sur animaux et si concluants que paraissent leurs résultats, la démonstration finale de l'efficacité thérapeutique et de la sécurité d'emploi d'un nouveau médicament ne peut être faite que sur des sujets humains. Comme le nombre des substances thérapeutiques nouvelles a augmenté et que leur potentiel d'action

²⁶ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1966, N° 341, 1-24.

²⁷ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1967, N° 364, 1-20.

²⁸ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1969, N° 426, 1-28.

²⁹ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1971, N° 482, 1-19.

bénéfique ou nocive s'est accru, les conditions de cette démonstration ont fait, ces dernières années, l'objet de nombreuses discussions et, dans certains pays des mesures législatives ont été prises pour protéger le droit du malade à ne pas être exposé à des risques de santé injustifiés. Comme l'a déclaré Sir Derrick Dunlop, Premier Président du Safety of Drugs Committee du Royaume-Uni : "Les médicaments d'aujourd'hui sont des armes si puissantes que, de l'avis général, la responsabilité de leur fabrication et de leur utilisation dans des conditions de sécurité ne peut plus être entièrement confiée au fabricant et au médecin prescripteur".³⁰ Cette tendance des organes législatifs à intervenir pour définir les conditions que les nouvelles substances thérapeutiques doivent remplir avant d'être introduites dans la pratique médicale a été puissamment renforcée lorsqu'on a appris avec consternation les effets tératogènes de la thalidomide. Le caractère absolument inattendu et, en fait, sans précédent de ces effets a alerté le monde entier, lui faisant prendre conscience de la nécessité de soumettre les produits nouveaux à des examens extrêmement scrupuleux avant d'autoriser leur utilisation à des fins médicales. Néanmoins, en 1967, un groupe scientifique de l'OMS sur les principes applicables à l'évaluation clinique des médicaments³¹ a exprimé l'avis que l'examen critique du but et des modalités d'essai d'une nouvelle substance thérapeutique "par des comités de recherche locaux composés de médecins et de chercheurs expérimentés ("jugement par les pairs") protégerait les malades et l'expérimentateur avec plus d'efficacité que des lois". Mais il a ajouté que jusqu'à présent "rien n'est prévu (en matière d'indemnisation) pour le cas des sujets à qui des expériences, faites sur des bases éthiques irréprochables, ont porté préjudice". Le groupe a donc suggéré que les sujets humains soumis à des expérimentations soient couverts par une assurance spéciale garantissant le versement d'indemnités équitables lorsque les sujets sont "victimes de lésions ou décèdent au cours de l'expérimentation".

Aux Etats-Unis, la législation réglementant les essais de médicaments nouveaux sur des sujets humains est extrêmement sévère. Ces essais se déroulent en trois étapes.³² La première a lieu après un examen critique de tous les résultats des épreuves sur animaux et des données obtenues in vitro. Il s'agit essentiellement d'un essai de "tolérance" pratiqué sur un nombre limité de volontaires en bonne santé. C'est typiquement à ce stade qu'on utilise des détenus se proposant comme volontaires. Leur nombre est d'ordinaire de l'ordre de 10 à 12, mais peut être supérieur si c'est nécessaire.³³ La deuxième étape consiste en des "essais initiaux visant à combattre ou à prévenir une maladie déterminée chez un nombre limité de patients". La troisième étape consiste en essais cliniques complets "conduits par des groupes distincts selon le même protocole". Ces conditions, et beaucoup d'autres encore, sont formulées par la Food and Drug Administration des Etats-Unis, que Dunlop a décrit comme "l'organisation d'avant-garde en matière de réglementation".³⁰

Un autre pays - l'Autriche³⁴ - a promulgué des dispositions détaillées réglementant les essais de médicaments nouveaux chez l'homme. Ces dispositions, publiées sous forme de "directives", ont fait l'objet d'une circulaire du Ministère fédéral de l'Administration sociale

³⁰ Dunlop, D. (1971) Good practices in the manufacture and quality control of drugs, Basle, Pharma Information.

³¹ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1968, N° 403, 1-33.

³² United States, Code of Federal Regulations, Title 21, Parts 130 to 146e, Washington, 1970.

³³ Voir section 12.

³⁴ Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 1970, 71, 17-20. Des traductions françaises et anglaises intégrales de ces directives figurent dans les éditions correspondantes du Recueil international de Législation sanitaire, 1971, 22, 42-48.

adressée à tous les chefs des administrations provinciales, afin qu'ils les portent à la connaissance de tous les médecins chefs des hôpitaux. Les directives définissent les conditions que doivent remplir les essais précliniques et, comme la réglementation des Etats-Unis, établissent une distinction entre l'examen pharmacologique clinique (étapes 1 et 2 de la réglementation des Etats-Unis) et l'expérimentation clinique (étape 3). Il est stipulé (11.1) que "seules des personnes en bonne santé ou, à tout le moins, atteintes de maladie sans gravité peuvent servir de sujets d'expérience en vue des essais pharmacologiques cliniques". Les sujets doivent être renseignés sur la nature des essais et doivent avoir donné leur consentement. Le terme "consentement" n'est pas défini.

Dans la plupart des pays, les médecins ont, individuellement et collectivement, beaucoup plus de latitude pour déterminer les mesures de sauvegarde nécessaires dans l'intérêt des sujets humains, malades ou sains, qui participent à des essais de médicaments nouveaux. En France, une ordonnance du Ministère de la Santé publique de juin 1972 a exigé que les personnes faisant des essais cliniques de médicaments tiennent compte des "impératifs éthiques qui gouvernent les essais sur l'homme".³⁵ Aux termes d'un décret publié en novembre de la même année, les fabricants de produits pharmaceutiques doivent obligatoirement choisir les experts chargés des expérimentations cliniques sur une liste dressée par le Ministère de la Santé publique, sur proposition d'une commission d'experts composée de médecins et de pharmaciens.³⁶ Aucun de ces deux documents n'établit de distinction entre les essais de pharmacologie clinique et les essais cliniques; d'autre part, la nécessité du consentement du sujet humain n'est pas expressément indiquée; on peut seulement considérer qu'elle est implicite dans les termes "impératifs éthiques".

Une approche différente a été adoptée au Royaume-Uni; les ministres de la santé d'Angleterre et du Pays de Galles, d'Ecosse et d'Irlande du Nord ont conjointement créé en 1963 un Committee on Safety of Drugs. Ce comité était chargé d'indiquer aux fabricants si les essais cliniques de médicaments nouveaux étaient justifiés, et, au vu des résultats de ces essais, d'autoriser ou non la mise sur le marché de ces médicaments, de réunir et d'examiner les rapports sur les réactions adverses, et de donner des avis en conséquence aux ministres. Ce comité a été remplacé en 1970 par le Committee on Safety of Medicines. Créé en vertu de la section 4 du Medicines Act de 1968³⁷ et de 1971, ce comité fait rapport aux ministres ainsi qu'à une Medicines Commission. Alors que le comité initial faisait appel à la coopération volontaire des fabricants, dans le cadre d'une sorte de "gentleman's agreement", le nouveau comité est l'organe consultatif technique d'un régime d'autorisation très strict.

Les quelques exemples cités ci-dessus montrent les différentes solutions qu'on a tenté d'apporter à ce problème de plus en plus difficile : protéger les droits du malade et du volontaire en bonne santé sans entraver le progrès thérapeutique par des mesures vexatoires allant à l'encontre du but visé. Dans certains pays, des dispositions rigides, très détaillées et ayant force exécutoire, règlent les conditions des essais sur l'homme et de la mise en vente des médicaments nouveaux et précisent en outre quels renseignements doivent figurer sur les étiquettes et sur les textes publicitaires (indications, contre-indications, réactions adverses éventuelles). Dans d'autres pays, les autorités médicales suprêmes désignent des spécialistes de la recherche clinique auxquels ils font confiance; ces spécialistes sont autorisés par l'Etat à procéder à des essais en exerçant à cet égard un pouvoir discrétionnaire. Ailleurs encore, on a adopté une solution intermédiaire : un comité d'experts donne des avis à l'instance ministérielle responsable sur les essais cliniques qu'il convient d'autoriser et sur les produits qui, après ces essais, doivent être mis sur le marché.

³⁵ Journal officiel de la République française, 11 juin 1972, p. 5902.

³⁶ Journal officiel de la République française, 30 novembre 1972, pp. 12405, 12408, voir Recueil international de Législation sanitaire, 1973, 24, 330-340.

³⁷ Reproduit dans le Recueil international de Législation sanitaire, 1969, 20, 515-567.

Toutes ces solutions ont un même objectif : empêcher que l'investigateur incompetent ou peu scrupuleux n'expose ses malades ou d'autres sujets humains à des risques de santé injustifiables ou inutiles. Quelle que soit la réglementation adoptée, il y aura toujours quelques médecins qui n'ont pas un sens suffisant de leur responsabilité face aux droits innés d'êtres humains qui sont leurs semblables. Sous quelque régime que ce soit, la justification des expérimentations sur l'homme doit reposer en définitive sur le jugement technique porté par l'ensemble du corps médical avec la participation de la collectivité, ce qui offre la garantie la plus sûre contre les abus.

14. PUBLICATION DES RESULTATS DES EXPERIMENTATIONS SUR L'HOMME

On a beaucoup discuté la question de savoir si les publications biomédicales doivent accepter les articles relatant des expériences qui, faites sans un respect suffisant des droits de l'homme, peuvent être considérées comme contraires à l'éthique. L'opinion qui semble prévaloir est qu'il faut refuser ces articles et c'est la position qu'a adoptée l'Association européenne des Rédacteurs d'ouvrages de biologie lors d'une réunion tenue en 1972. Beecher³⁸ et d'autres auteurs ont fait valoir en faveur de cette ligne de conduite que les chercheurs s'abstiendraient de faire des expériences contraires à l'éthique s'ils savaient à l'avance que les résultats ne seraient pas publiés.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute qu'une fois que l'expérimentation scientifique a été réalisée sur des sujets humains, la publication dans les périodiques scientifiques des résultats obtenus et des méthodes appliquées représente le seul moyen d'exposer le travail des expérimentateurs au jugement de leurs confrères et du grand public.

Beecher³⁸ et Pappworth,³⁹ se basant sur des articles publiés, ont fait ces dernières années des études qui donnent à réfléchir touchant des enquêtes médicales réalisées sur des sujets humains dans des conditions non éthiques ou d'éthique douteuse.

Comme exemple d'une expérimentation faite en violation des droits de l'homme, on peut citer la non-administration délibérée de soins thérapeutiques à un groupe de 400 syphilitiques du sexe masculin, appartenant tous à une même minorité ethnique. Cette expérience, commencée en 1932, a été poursuivie pendant 40 ans et quand on y a mis fin, moins de 80 sujets avaient survécu. On n'avait dit aux sujets ni qu'ils avaient la syphilis ni qu'on faisait sur eux une étude diachronique sur les effets de l'absence de traitement et que l'étude devait durer jusqu'à la fin de la vie de la plupart d'entre eux. Les survivants n'ont appris qu'en 1972 qu'ils faisaient depuis 40 ans l'objet d'une étude. C'est à la suite de la publicité donnée à l'affaire par un journaliste de la presse quotidienne qu'on a mis fin à l'expérience. Si les modalités de l'étude avaient été publiées dans la presse médicale dès le début, elle n'aurait certainement pas pu être poursuivie.

Il faut en toute justice ajouter que, à l'époque où cette expérience a commencé, les traitements dont on disposait contre la syphilis (injections de composés assez toxiques pendant des mois) étaient très désagréables et non dépourvus de danger. Cependant, la situation avait radicalement changé en 1943 avec le traitement de la syphilis par la pénicilline.

³⁸ Beecher, H. K. (1966) New Engl. J. Med., 247, 1354-1360.

³⁹ Pappworth, M. H. (1967) Human guinea pigs. Experimentation on man, London, Routledge & Kegan Paul.

15. LE MOMENT DE LA MORT

15.1 Définition de la mort

Si la définition du moment où débute la vie et où le fœtus accède aux droits de l'homme a donné lieu à d'âpres discussions, d'autres problèmes ont été soulevés aussi en ce qui concerne la définition de la mort, particulièrement quand une transplantation d'organe est envisagée. (Il va sans dire qu'en règle générale le diagnostic du décès ne présente pas de difficulté.) Dans la plupart des pays, un individu est légalement considéré comme décédé quand un médecin qualifié atteste qu'il l'est. En règle générale, la loi ne cherche pas à empiéter sur les prérogatives du médecin en précisant les critères physiologiques du diagnostic. Citons cependant une exception : au Kansas (Etats-Unis d'Amérique) une loi promulguée en 1970 précise ces critères.* On a dit que c'était là non seulement une atteinte aux prérogatives du médecin, mais aussi une disposition conçue davantage dans l'intérêt de l'éventuel bénéficiaire d'une transplantation que dans celui du donneur involontaire.⁴⁰

Dans les pays où, comme c'est la règle générale, la société laisse au médecin le soin d'établir le décès, les critères sur lesquels le médecin se fonde ont beaucoup changé ces dernières années. Alors que, presque tout au long de l'histoire humaine, l'absence de mouvements décelables du cœur et de respiration spontanée a été considérée comme synonyme de mort, aujourd'hui le maintien artificiel de la fonction cardio-respiratoire a rendu ce critère périmé et on l'a remplacé par celui de l'interruption irréversible de la fonction du cerveau. Cette interruption peut être provoquée par un traumatisme, une attaque, une tumeur cérébrale, une intoxication aiguë ou toute autre cause privant les cellules cérébrales d'oxygène pendant un laps de temps de plus de quelques minutes.

En 1968, un groupe travaillant à l'Université Harvard, Etats-Unis d'Amérique, sous la présidence de H. K. Beecher a formulé des critères médicaux concernant le point d'irréversibilité.⁴¹ Adoptant une approche pragmatique, ce groupe n'a pas cherché à définir la "mort", mais plutôt à se mettre d'accord sur les signes du "coma irréversible". Il a proposé comme signe principal à retenir l'absence de pulsions électriques provenant du cerveau et constatée au moyen de l'électroencéphalogramme pendant au moins 24 heures, sauf en cas d'intoxication par les barbituriques ou d'hypothermie. Le tracé obtenu dans ces conditions a été appelé électroencéphalogramme "plat", "isoélectrique", ou "linéaire".**

Les conclusions du groupe de Harvard ont été largement, mais non universellement, acceptées. Dans sa Déclaration de Sydney en 1968, l'Association médicale mondiale, tout en reconnaissant que l'électroencéphalogramme est le plus utile des moyens de diagnostic quand il s'agit d'établir le caractère irréversible ou non d'un coma, rejette l'idée de se fier à un seul instrument.⁴² Beecher a exprimé son scepticisme au sujet des cas où il y aurait eu rétablissement après plusieurs jours d'électroencéphalogramme "plat", et il s'est référé à cet égard à une étude d'où il résulte qu'il n'y a pas eu un seul rétablissement sur 1662 cas examinés.⁴³ Lors d'une enquête faite par un comité de la Société américaine d'Electroencéphalographie, on a noté 26 cas de prétendus rétablissements sur 2650 encéphalogrammes isoélectriques. Cependant, 23 de ces électroencéphalogrammes ont été considérés comme n'autorisant pas de conclusion et les trois autres cas, dus à l'administration de doses excessives d'un sédatif, n'auraient pas été déclarés irréversibles selon les critères du groupe de Harvard.⁴⁴

⁴⁰ Kennedy, I. M. (1971) New Engl. J. Med., 285, 946-950.

⁴¹ J. Amer. med. Ass., 1968, 205, 85-88.

⁴² Le texte de cette déclaration figure dans Wld med. J., 1972, 19, 29-30.

⁴³ Beecher, H. K. (1970) Ann. N.Y. Acad. Sci., 169, 471-474.

⁴⁴ Silverman, D. (1971) Ann. int. Med., 74, 1003-1005.

* Les Etats du Nouveau-Mexique et de la Virginie ont adopté une législation analogue.

** Pour des indications sur d'autres critères possibles, voir De Moerloose, J. (1974), dans Btsh, S., éd., Protection des droits de l'homme compte tenu des progrès scientifiques et techniques de la biologie et de la médecine (Huitième Table ronde du CIOMS), Genève, pp. 338-341.

Le Comité a utilisé l'expression "silence électrocérébral" pour désigner l'absence de toute fonction du cerveau décelable par électroencéphalographie. Il faut noter que l'importance de s'entendre sur les critères à appliquer au diagnostic de la perte irréversible de la fonction cérébrale n'est pas limitée au domaine de la greffe d'organes restés vivants. Quand, sans nécessité, on fait durer ce qui n'est plus en fait qu'un agrégat physiologique, on prolonge la détresse de la famille du malade et on prive des services d'un personnel qualifié et d'un matériel spécialisé d'autres malades qui auraient réellement besoin de ces services.*

En 1968, la Table ronde sur la transplantation cardiaque, organisée par le CIOMS, a adopté un ensemble de critères applicables à la détermination d'"un état d'abolition totale et irréversible des fonctions cérébrales".⁴⁵

15.2 Le droit de mourir

Un autre problème est celui du malade incurable qui, pour mettre fin à des souffrances ou à une invalidité extrême, a conçu le ferme et irrévocable désir de mourir. Beaucoup pensent que dans ce cas le médecin, sans avoir le droit, en aucune circonstance, de supprimer délibérément la vie, devrait du moins faire ce qui est en son pouvoir pour assurer à son malade une mort digne et sans douleur, même s'il sait que les mesures qu'il prend pourraient légèrement hâter l'extinction de la vie. Comme l'a dit un juge éminent : "Quand le premier objectif de la médecine - le rétablissement de la santé - ne peut plus être atteint, il reste beaucoup à faire au médecin et celui-ci a le droit de faire tout ce qui est bon et nécessaire pour soulager la peine et la souffrance, même si les mesures qu'il prend pourraient éventuellement abrégier la vie."⁴⁶

Le cas des cancéreux souffrant de métastases généralisées illustre un autre aspect de ce que l'on appelle souvent le "droit de mourir". Lors d'une tentative de suicide, le médecin peut se trouver placé devant le dilemme suivant : maintenir coûte que coûte en vie, contre son désir, le malade qui vient de tenter de se suicider ou bien laisser faire la nature.⁴⁷

16. TRANSPLANTATION DE TISSUS ET D'ORGANES

L'autogreffe de tissus humains - c'est-à-dire la greffe de tissus prélevés dans une partie du corps à des fins thérapeutiques, notamment greffes de la peau lors de brûlures - ne pose évidemment pas de problèmes d'éthique. Lors de ces interventions, comme dans tout autre acte médical, le praticien agit en son âme et conscience, sans avoir à se préoccuper des intérêts d'une tierce personne ou de considérations sociales. Les greffes entre vrais jumeaux agissent comme des autogreffes, mais là des problèmes d'éthique peuvent se poser. A part le cas des transplantations de reins, les possibilités d'homéogreffe d'un individu à un autre de la même espèce (quand les sujets ne sont pas des jumeaux identiques) sont très limitées dans l'état actuel de nos connaissances en matière de thérapie immuno-suppressive. Depuis 1951, on a effectué plusieurs milliers de greffes de reins, avec de bonnes chances de survie de cinq ans, ce qui est raisonnable. On estime que des donneurs vivants ont été utilisés

⁴⁵ Voir Fattorusso, V., ed. (1969) La transplantation cardiaque (rapport de la deuxième table ronde du CIOMS), Liège, pp. 52-53.

⁴⁶ Citation du résumé des débats du procès du Dr J. Bodkin Adams, par Sir Patrick (maintenant Lord) Devlin; voir Bedford, S. (1962) The trial of Dr Adams, New York, Time Incorporated, p. 245.

⁴⁷ Pour un examen critique du problème de l'euthanasie, voir Jonchères, J. (1974) In: Btsh, S. ed., Protection des droits de l'homme compte tenu des progrès scientifiques et techniques de la biologie et de la médecine (comptes rendus de la 8ème table ronde du CIOMS), Genève, pp. 362-376.

* Pour des indications sur d'autres critères possibles, voir De Moerloose, J. (1974), dans Btsh, S., éd., Protection des droits de l'homme compte tenu des progrès scientifiques et techniques de la biologie et de la médecine (Huitième Table ronde du CIOMS), Genève, pp. 338-341.

dans 37 % des cas aux Etats-Unis et dans 21 % des cas en Europe.⁴⁸ Les autres greffes pratiquées se limitent, pour des raisons pratiques, à la transfusion de sang immunologiquement compatible prélevé sur des donneurs vivants (on a cependant utilisé du sang de cadavres), pour laquelle les techniques de groupage sont satisfaisantes, et à la transplantation de cornées, de fractions d'artères, d'os et de cartilage prélevés sur des cadavres humains, la détermination de la compatibilité n'étant pas nécessaire.

Les problèmes d'éthique posés par les greffes d'organes ont déjà été traités dans le présent rapport, au moins indirectement, à propos de la définition pragmatique du moment de la mort (section 15) et de la notion de consentement éclairé (section 12). Cette notion intervient quand il s'agit, pour un jumeau identique en bonne santé, ou un autre individu immunologiquement très proche, de sacrifier un organe pair - le rein - pour sauver une vie humaine. Il ne serait guère utile de vouloir fixer des règles générales applicables à des situations aussi délicates et aussi personnelles. Pour résoudre un tel problème, il faut s'en remettre au jugement collectif des personnes immédiatement intéressées - donneur et receveur - et des différents médecins normalement appelés à expliquer les conséquences d'une telle décision.

Les problèmes d'éthique que pose la greffe d'organes uniques essentiels à la vie, comme le coeur ou le foie, sont avant tout ceux de la définition de la mort somatique (section 15.1) et de la justification de telles interventions chirurgicales, à un moment où l'on est encore si peu armé pour empêcher le rejet immunologique de la greffe.

Si les techniques de la chirurgie et du maintien de la vie ont été perfectionnées au point que des greffes d'organes - encore inconcevables il y a seulement quelques années - sont maintenant techniquement réalisables, ces exploits de la chirurgie, à l'exception des greffes du rein, n'ont pas connu de réussite à cause de l'incompatibilité immunologique et de la pénurie de donneurs. L'immunothérapie a permis d'accomplir d'immenses progrès dans la lutte contre le rejet des greffes rénales, mais il reste beaucoup à faire avant que les malades ayant des organes - autres que les reins - défectueux puissent fonder beaucoup d'espoir sur la technique chirurgicale des "pièces de rechange".

On a beaucoup débattu la question de savoir si des interventions très coûteuses en personnel qualifié et en matériel, mais dont ne profitent qu'un petit nombre d'individus, peuvent se justifier sous l'angle de l'analyse coût/avantages. On pourrait, dit-on, pour le même coût faire profiter un beaucoup plus grand nombre de personnes de mesures plus simples mais plus largement accessibles. Il est incontestable que ces mesures plus simples devraient être appliquées aussi largement que possible, mais toute l'histoire de la science biomédicale montre que les progrès qui finissent par profiter à tous sont nécessairement mis à l'épreuve, pour commencer, sur un très petit échantillon d'individus. La question des critères qui président au choix de ce petit nombre de bénéficiaires est plus délicate. Il est inévitable qu'il faille faire un choix, même dans les pays les plus développés, entre les divers bénéficiaires possibles d'interventions qui exigent la mise en oeuvre de moyens limités et extrêmement coûteux.

17. MISE SUR ORDINATEUR DE DOSSIERS MEDICAUX INDIVIDUELS

Ces dernières années, on a, dans de nombreux milieux, exprimé la crainte que le stockage sur ordinateur de dossiers médicaux portant le nom des malades ne nuise au caractère confidentiel de la relation entre le médecin et son malade. La nécessité de préserver à tout prix le secret professionnel est universellement admise au sein de la profession médicale, même si

⁴⁸ Brit. med. J., 1974, 1, 589.

les tribunaux n'ont pas toujours admis ce point de vue. Indépendamment des aspects purement éthiques de la question, le moindre soupçon que le secret professionnel puisse être rompu pourrait dissuader bien des malades de se faire soigner pour des troubles physiques ou mentaux.

La Vingt-Septième Assemblée de l'Association médicale mondiale qui s'est tenue à Munich, en Allemagne, au mois d'octobre 1973, a notamment consacré une conférence aux ordinateurs et au secret professionnel en médecine et a adopté deux résolutions à ce sujet. Dans l'une d'elles, elle s'est déclarée fermement convaincue que les banques de données médicales devraient être accessibles aux seuls membres de la profession médicale et, par conséquent, ne devraient pas être reliées à d'autres banques centrales de données.

L'Association médicale mondiale faisait allusion aux dossiers médicaux individuels qui portent le nom des malades et sont stockés sur ordinateur dans les hôpitaux. Le stockage de ces dossiers dans des fichiers sur ordinateur menace à double titre le caractère confidentiel des renseignements qui y sont consignés. Premièrement, ces renseignements dont seuls pouvaient jadis prendre connaissance les médecins, les infirmières, les secrétaires médicales et les archivistes médicaux deviennent, une fois stockés sur ordinateur, théoriquement accessibles à des programmeurs et à d'autres techniciens qui sont si éloignés du malade qu'on ne peut guère leur demander de faire preuve à son égard de ce respect de ses intérêts qui caractérise l'équipe de santé. Deuxièmement, il y a le problème, évoqué dans la résolution de l'Association médicale mondiale, du couplage des données des dossiers médicaux individuels avec d'autres données automatisées. Ce couplage est-il compatible avec le droit du malade au secret professionnel ? Cela dépend du but recherché. Par exemple, le couplage de données concernant d'une part les détenteurs du permis de conduire ou les candidats à ce permis et, d'autre part, les antécédents en matière de troubles neurologiques ou psychiatriques, d'alcoolisme ou de la pharmacodépendance chez ces personnes pourrait aider à réduire la proportion alarmante des décès et des cas d'invalidité dus aux accidents de la route. Pourtant, l'idée que des renseignements aussi confidentiels pourraient être automatiquement portés à la connaissance des services de police serait inacceptable aussi bien pour le médecin que pour le patient. Il est des cas où le médecin se doit d'exhorter son malade à s'abstenir de conduire pour ne pas mettre en danger la vie de ses semblables. Lorsque la persuasion échoue, le médecin se trouve alors devant un choix difficile. Doit-il révéler ou non aux autorités des renseignements qui normalement devraient être strictement confidentiels ?

Il reste que les renseignements obtenus sur un malade au cours d'une consultation médicale ne devraient pas normalement servir de point de départ à des sanctions juridiques ou administratives, à moins que le médecin ne soit amené à décider que dans tel ou tel cas les droits de la collectivité l'emportent sur ceux de l'individu. L'enregistrement de ces données sur ordinateur ne doit en aucun cas, et quel que soit l'objectif visé, sauf s'il s'agit de recherche médicale, leur ôter leur caractère confidentiel.

Dans certains cas, l'automatisation des dossiers médicaux, y compris leur couplage avec d'autres banques de données, vise à promouvoir le bien-être du malade ou à faire progresser la connaissance médicale pour le bien de la société dans son ensemble, sans porter préjudice à l'individu. L'une des caractéristiques de la recherche épidémiologique est justement de mettre en rapport des données concernant des maladies et des événements en vue d'établir des relations de cause à effet. Un exemple classique est l'établissement d'une relation, par le simple raisonnement épidémiologique, entre le cancer du poumon et l'usage de la cigarette. Pour citer un exemple plus récent, on a constaté que le taux d'incidence de l'adéno-cancer du vagin était supérieur à la moyenne chez les femmes dont la mère avait pris du diéthylstilboestrol quelque 20 ans auparavant. Pour toutes ces études, notamment pour celles qui portent sur plusieurs générations, le chercheur doit pouvoir identifier et suivre les individus afin d'établir des liens entre les événements et leurs conséquences.

La capacité de l'ordinateur à effectuer des permutations et à assortir presque instantanément tous les éléments de l'immense somme d'informations que représente une banque de données a ouvert de nouvelles perspectives à la recherche épidémiologique à l'échelon national et international. Il ne fait aucun doute que cette nouvelle technologie doit être utilisée au maximum, notamment dans la mesure où elle peut nous aider à mieux comprendre les nombreux aspects étiologiques des principales maladies non transmissibles. Toutefois, de telles applications de l'ordinateur pourraient amener à divulguer des renseignements personnels qui, sans cela, auraient été connus uniquement des membres de l'équipe de santé. A notre avis, ce genre d'indiscrétion n'est pas à déplorer en soi, car tout dépend du but recherché. Par exemple, il est parfaitement justifié de recourir à l'ordinateur pour comparer des données concernant de nombreux malades lorsqu'il s'agit de secourir ces malades ou de mieux comprendre les affections dont ils souffrent et leurs causes. Le problème qui se pose est donc essentiellement celui du risque de "fuites" de données médicales individuelles à des fins non médicales et celui des précautions à prendre pour que de tels renseignements ne soient divulgués que pour des raisons strictement médicales.

Au Royaume-Uni, le Medical Research Council a récemment formulé des recommandations détaillées à l'intention des chercheurs qui utilisent pour leurs travaux des dossiers médicaux sur ordinateur.⁴⁹ Ces recommandations reposent essentiellement sur le principe que, dans toute la mesure du possible, c'est à un médecin qu'il appartient de décider s'il est contraire ou non aux intérêts du malade de divulguer certains renseignements d'ordre confidentiel. L'adoption de dispositions législatives tendant à empêcher toute atteinte à l'intimité de la personne humaine ne soulèverait pas seulement de nombreuses difficultés, mais risquerait aussi d'entraver la recherche biomédicale. L'attitude pragmatique du Medical Research Council est fondée sur le principe que le médecin, que ses interventions soient couronnées ou non de succès, est toujours motivé par le souci d'agir au mieux des intérêts de son malade.

18. PSYCHO-CHIRURGIE

La psycho-chirurgie peut être définie comme l'ablation chirurgicale sélective ou la destruction par d'autres moyens, en l'absence de symptômes de maladies cérébrales organiques, de certaines aires cérébrales, ou comme l'interruption chirurgicale de circuits neuroniques entre certaines parties du cerveau en vue de modifier le comportement. Des opérations du cerveau ne visant pas à corriger une anomalie organique définie (tumeur ou lésion d'origine traumatique par exemple) sont également pratiquées pour le traitement de certaines formes d'épilepsie et de la maladie de Parkinson. La destruction du tissu cérébral peut être effectuée par des instruments coupants, par des électrodes qui provoquent une coagulation, par l'injection d'agents chimiques, par l'inclusion d'yttrium⁹⁰ radioactif, par des rayonnements ionisants, par des ultra-sons ou par la cryothérapie. Bien que les premières opérations de ce genre aient été faites en Suisse par Gottlieb Burckhardt vers la fin du 19^{ème} siècle, la psycho-chirurgie n'a vraiment pris naissance qu'avec la publication, en 1936, de l'ouvrage de A. C. de Egas Moniz au Portugal. Comme dans le cas de la thérapie par choc insulinaire (qui a encore ses partisans bien que son efficacité ne soit pas prouvée), de la convulsivothérapie par le métrazol et de l'électrochoc, la psycho-chirurgie est essentiellement empirique et ses bases théoriques sont minces. Ses partisans ne peuvent en expliquer le principe, mais ils affirment que "ça marche". Les premières lobotomies étaient assez grossières d'après les critères modernes et consistaient à appliquer une technique qu'il est difficile de considérer comme raffinée à un organe que Sir John Eccles⁵⁰ a décrit comme "la plus merveilleuse structure organisée de l'univers". De nos jours, les psycho-chirurgiens ont recours à des techniques stéréotactiques complexes qui permettent de localiser avec précision des aires déterminées comme le thalamus, la partie

⁴⁹ Brit. med. J., 1973, 1, 213-216.

⁵⁰ Eccles, J. (1968) In: Fattorusso, V., ed., Biomedical science and the dilemma of human experimentation (Compte rendu de la première table ronde du CIOMS), Paris, pp. 19-23.

supérieure de la circonvolution du corps calleux et le noyau amygdalien des lobes temporaux, avec des destructions du tissu cérébral beaucoup moins importantes que jadis. L'introduction des médicaments psychotropes a fait passer pour un temps la psycho-chirurgie à l'arrière-plan, mais cette technique semble connaître maintenant un regain de faveur dans certains milieux médicaux où elle est considérée comme une intervention thérapeutique valable.

La psycho-chirurgie pose l'un des plus difficiles problèmes d'éthique biologique, en raison des divergences d'opinion observées dans la profession médicale quant à sa justification. On est par exemple en droit de se demander dans quelle mesure un malade souffrant de troubles mentaux graves restés rebelles à tous les autres traitements est capable de donner en toute connaissance de cause son consentement à une destruction partielle de son cerveau destinée à modifier sa personnalité. Et si la réponse est qu'il n'est pas compétent pour prendre cette décision, peut-on dire que sa famille l'est, et si oui, à partir de quel degré de parenté un tel consentement peut-il être considéré comme valable ?

Les indications les plus habituelles de la psycho-chirurgie sont la schizophrénie, les états dépressifs ou obsessionnels graves ou encore les explosions incontrôlées d'agressivité observées chez certains pensionnaires des hôpitaux psychiatriques ou même chez certains détenus. Il est généralement admis que les résultats obtenus chez les schizophrènes sont médiocres, et si l'on veut obtenir une proportion importante de résultats satisfaisants il ne faut utiliser la psycho-chirurgie que dans des cas extrêmes et chroniques, caractérisés par des tensions mentales ou des dépressions graves ou par des états obsessionnels graves. Un neurologue distingué partisan de la psycho-chirurgie, H. Miller, décrit celle-ci comme la "méthode du dernier recours".

Si c'est là ce que peut dire de mieux de la psycho-chirurgie l'un de ses plus distingués partisans, peut-on s'étonner que le médecin ordinaire, l'homme de la rue et le législateur se demandent parfois s'il est admissible d'effectuer sur un cerveau humain une opération chirurgicale dont le but est de modifier la personnalité du sujet dans un sens favorable certes, mais qui n'exige aucun "diagnostic psychiatrique particulier" et dont les résultats sont "imprévisibles" ? Il est clair que les bases scientifiques de la psycho-chirurgie sont au mieux fragiles, et le Directeur de l'Institut national de la Santé mentale des Etats-Unis est allé jusqu'à affirmer : "Le personnel de l'Institut estime que notre connaissance de la fonction cérébrale n'est pas suffisante pour justifier une intervention psycho-chirurgicale en l'absence de preuve absolue de troubles pathologiques organiques du cerveau".⁵¹ Il est intéressant de noter à cet égard que le Ministre de la Santé publique de l'URSS a promulgué en 1950 un décret interdisant la lobotomie dans le traitement des troubles neuropsychiatriques.⁵²

Certains de ceux qui pratiquent la psycho-chirurgie lui ont donné le nom de "stéréoencéphalotomie", par quoi l'on entend la division ou la destruction chirurgicale de certaines aires cérébrales critiques localisées avec précision. L'un des adeptes de cette forme de traitement utilise l'expression "neuro-chirurgie sédatrice", qu'il définit comme "cette partie de la neuro-chirurgie qui, grâce à une opération, rend le patient plus calme et plus docile". Ceux qui appliquent ces techniques ne les réservent pas aux seuls adultes, et des opérations psycho-chirurgicales peuvent aussi être pratiquées plusieurs fois sur un même sujet.

On peut dire que les nombreux adversaires de la psycho-chirurgie n'acceptent en aucun cas que le cerveau soit soumis à des manipulations chirurgicales dans le seul but de corriger des aberrations purement comportementales d'étiologie inconnue. Les défenseurs de la psycho-chirurgie soutiennent que dans certains cas bien précis, celle-ci permet à des sujets qui autrement

⁵¹ Cité par le Sénateur Edward M. Kennedy devant le Congrès des Etats-Unis d'Amérique. Senate Committee on Labor and Public Welfare. Subcommittee on Health. Quality of health care-human experimentation, 1973. Hearings ... Ninety-third Congress, First Session, Washington, 1973, p. 356.

⁵² Voir Recueil international de Législation sanitaire, 1952, 4, 312.

seraient irrécupérables, des'adapter à la vie en société ou, dans un cadre institutionnel, de devenir plus dociles, mais ils reconnaissent qu'ils ne peuvent garantir les résultats et que les échecs sont nombreux.

Si l'on considère que la psycho-chirurgie suscite de graves divergences de vue au sein de la profession médicale, que ses résultats sont incertains et ses bases théoriques très minces, il paraît nécessaire de pousser plus loin les études visant à apprécier les techniques mises en oeuvre.

19. PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

De tous les droits de l'individu sur le plan de la santé, la protection contre les dangers évitables de l'environnement est sans doute le plus indiscutable. Il est universellement admis qu'il faut prendre des mesures pour protéger l'individu contre les risques liés à l'environnement, même si ces mesures ne sont pas encore partout couronnées de succès. A mesure que les risques écologiques de jadis - essentiellement biologiques - sont supprimés dans les pays développés, les progrès de la technique créent de nouveaux dangers, surtout chimiques et physiques. Un exemple classique de pollution de l'environnement est la contamination microbienne de l'approvisionnement en eau (il faut dire cependant que dans les pays développés l'eau distribuée sous canalisation n'est plus cause d'épidémies). Dans les pays en voie de développement, le problème de la mise en place d'approvisionnements en eau salubre est plus économique que scientifique.

L'altération délibérée et frauduleuse des denrées alimentaires - notamment d'aliments de base comme le lait et le pain - est une pratique encore courante, mais aujourd'hui le risque est surtout dû aux additifs que l'on incorpore intentionnellement dans les aliments en vue d'en accroître les qualités de conservation et/ou d'en améliorer l'aspect, et aux contaminants accidentels de l'environnement comme les pesticides. Dans tous les pays, le danger subsiste d'une contamination des denrées alimentaires par les microbes, et des mesures complexes sont nécessaires pour assurer la protection du consommateur; dans bien des cas, ces mesures sont prescrites par des lois et des règlements, souvent de façon très détaillée.

Le problème de la pollution de l'air s'est posé dès avant la révolution industrielle, du fait de la croissance des villes, mais jusqu'à l'apparition des industries chimique et énergétique et du moteur à combustion interne, il s'agissait plus d'une nuisance d'ordre esthétique que d'un risque pour la santé.

Le bruit constitue une nuisance dont l'importance sur le plan de la santé publique et de l'économie est de plus en plus largement reconnue. On a calculé que les cas de surdité observés chez les travailleurs représentaient vraisemblablement pour l'industrie des dépenses plus élevées que toutes les autres maladies professionnelles. Pour le grand public, la circulation routière et le trafic aérien sont les principales sources d'agression sonore.⁵³

L'importance des menaces que certaines activités professionnelles font peser sur la santé a été reconnue très tôt. Le premier traité d'hygiène et de toxicologie industrielles a été publié par Ulrich Ellenbog en 1524. L'ouvrage classique de Bernardino Ramazzini, publié en 1700, décrivait les maladies des mineurs, comme la pneumoconiose (souvent appelée "poumon du mineur"), des maçons et des travailleurs de l'industrie des métaux. Mais il a fallu attendre le 20ème siècle pour faire admettre aux gouvernements que les travailleurs employés à des activités dangereuses mais essentielles devraient bénéficier d'une protection aussi complète que possible et, en cas d'accident, recevoir des indemnités destinées à les dédommager de la réduction de leur capacité de travail et de leur espérance de vie.

⁵³ Voir WHO Features, 1974, N° 6.

Dans le même ordre d'idées, dans la mesure où de nouvelles techniques industrielles aboutissent à la production de nouveaux déchets potentiellement dangereux, les gouvernements ont de plus en plus tendance à adopter des dispositions législatives visant à protéger l'environnement dans l'intérêt de la collectivité. L'exemple le plus frappant de risques nouveaux liés à l'environnement est celui de l'industrie de l'énergie nucléaire qui exige de la part des pouvoirs publics des mesures de contrôle rigoureuses dans l'intérêt de la collectivité.

Si ces observations sur la protection de l'environnement paraissent très succinctes, ce n'est pas faute pour l'OMS d'avoir reconnu l'importance capitale du sujet, auquel elle a consacré par ailleurs des études beaucoup plus détaillées.⁵⁴ Si le droit de l'homme à vivre dans un environnement sain est fondamental, il n'est jamais contesté dans son principe et ne suscite pas de prises de position divergentes. Dans certains cas spéciaux, les pouvoirs publics doivent décider si les avantages escomptés d'une mesure donnée l'emportent sur ses effets écologiques adverses. On peut citer comme exemple les pays où les maladies transmises par les arthropodes sont une cause importante de morbidité et de mortalité. Dans ce cas, l'utilisation d'insecticides persistants qui introduisent dans l'environnement un élément qui risque d'être nuisible pour la faune non-cible et parfois aussi pour l'homme, peut constituer le moindre de deux maux. Par contre, dans des pays où les maladies transmises par les arthropodes sont soit rares soit inexistantes, l'application systématique de pesticides chimiquement stables a été interdite au profit de composés plus coûteux mais biodégradables. De toute évidence, il n'existe pas pour ces problèmes des solutions universellement acceptables et il appartient à chaque Etat de choisir, souvent en tenant compte des avis de groupes internationaux d'experts, la solution la plus favorable à la santé de sa population.

Dans le domaine de la protection de l'environnement, l'Académie nationale des Sciences des Etats-Unis d'Amérique a lancé un appel en faveur d'un moratoire volontaire concernant certains types d'expériences génétiques sur des micro-organismes. Les risques que ces expériences présentent pour la santé de l'homme ont été qualifiés de "graves et imprévisibles".⁵⁵

20. MESURES OBLIGATOIRES VISANT A PROTEGER LA SANTE

Pour assurer "le plus grand bien du plus grand nombre d'êtres humains" comme le prône la philosophie utilitariste, il faut que la société abroge dans certains cas le droit de l'individu à un choix illimité en fait de comportement. Par exemple, elle peut interdire à l'individu certains actes, comme l'achat de drogues dangereuses ou d'armes à feu, qui constituent un danger pour lui ou pour d'autres personnes, ou elle peut l'obliger à se soumettre à certaines mesures ou à adopter certaines pratiques dans l'intérêt de sa propre santé et de celle de la collectivité. Parfois, la mesure rendue obligatoire ne vise pas seulement à protéger la santé de l'individu directement concerné, mais encore et surtout à l'empêcher de devenir un danger pour ses semblables : c'est le cas de la vaccination obligatoire contre la variole et d'autres maladies transmissibles. D'autres mesures, comme l'obligation d'attacher la ceinture de sécurité faite aux conducteurs de véhicules à moteur et à leurs passagers, visent essentiellement à assurer la protection individuelle, mais ont aussi un objectif secondaire, non dénué d'importance, qui est d'éviter d'encombrer des hôpitaux déjà surchargés et d'alourdir la charge économique que représente pour la société la mort ou l'invalidité accidentelles d'un chef de famille.

On observe un manque d'uniformité presque total d'un pays à l'autre en ce qui concerne les diverses interdictions et obligations visant à protéger la santé directement ou indirectement (examens radiographiques de masse, fluoration de l'eau, addition d'iode au sel pour protéger contre le goitre, etc.). La vaccination contre une maladie transmissible, si elle

⁵⁴ Voir en particulier Org. mond. Santé (1972) Risques pour la santé du fait de l'environnement, Genève.

⁵⁵ Brit. med. J., 1974, 3, 483-484.

est obligatoire dans tel pays, peut ne pas l'être dans un pays voisin où les risques ne sont pas manifestement différents. Cette absence d'uniformité se retrouve aussi dans les modalités de notification obligatoire des maladies transmissibles et dans la durée très variable de la période d'éviction obligatoire des écoles frappant les enfants atteints de telles maladies.

20.1 Vaccination obligatoire contre les maladies transmissibles

La situation en ce qui concerne la vaccination obligatoire contre les maladies transmissibles varie énormément d'un pays à l'autre. C'est ainsi qu'au Royaume-Uni la vaccination de la population n'est plus obligatoire, même contre la variole, depuis 1948. Par contre, la législation d'un certain nombre de pays, dont le Japon et les pays de l'Europe de l'Est, rend obligatoire la vaccination contre un très grand nombre de maladies transmissibles.

Dans presque tous les pays, la primovaccination antivariolique au cours de la première enfance est obligatoire, mais les âges limites entre lesquels elle doit être pratiquée sont variables. La revaccination est obligatoire dans certains pays et non dans d'autres, et dans le premier groupe de pays la durée de l'intervalle après lequel elle doit être faite est variable. Dans presque tous les pays où la vaccination contre telle ou telle maladie est obligatoire, des dispenses sont accordées pour des raisons médicales certifiées par un médecin. Ces dispenses peuvent être de caractère temporaire ou permanent. Dans certains pays, elles peuvent aussi être accordées pour objection de conscience. Des vaccinations qui ne sont pas obligatoires pour l'ensemble de la population peuvent l'être pour certains groupes : membres des forces armées, étudiants en médecine, élèves infirmières ou travailleurs exerçant certaines professions. Dans certains pays, des dispositions législatives font à l'Etat l'obligation de verser une indemnité en cas d'invalidité ou de décès imputable à une vaccination obligatoire; dans d'autres, aucune réparation n'est prévue pour les dommages causés par une mesure coercitive.

Outre la variole, les maladies contre lesquelles la vaccination est le plus souvent obligatoire sont la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (on administre en général un vaccin triple), la poliomyélite et la tuberculose.

Dans le rapport sur les discussions techniques qui ont eu lieu pendant la Treizième Assemblée mondiale de la Santé, les participants ont déclaré que :

"La vaccination n'est pas une simple affaire personnelle. En réalité, elle intéresse essentiellement la collectivité tout entière, car l'objectif de la plupart des programmes de vaccination est d'obtenir une immunité collective."⁵⁶

Les participants ont été unanimes à reconnaître que l'éducation sanitaire du public est indispensable pour lui faire davantage prendre conscience des bienfaits des programmes d'immunisation active pour l'individu comme pour la collectivité. Dans les très rares pays où la vaccination antivariolique a cessé d'être obligatoire (en dehors des cas d'exemption) pour l'ensemble de la population, l'obligation a été levée parce que les complications de la primovaccination, bien que très rares, aboutissaient à une plus grande incidence de maladies graves et de décès que la variole elle-même.

Comme l'a souligné De Moerloose (1961), il est difficile de démontrer par la comparaison des statistiques de morbidité nationales que l'obligation et l'éducation sanitaire sont forcément plus efficaces que l'éducation sanitaire seule.⁵⁷ Quels que soient les arguments avancés pour

⁵⁶ "Le rôle de l'immunisation dans la lutte contre les maladies transmissibles", Cah. Santé publ., 1962, N° 8, p. 117.

⁵⁷ De Moerloose, J. (1962) "Obligation ou liberté vaccinale", Cah. Santé publ., N° 8, p. 93.

ou contre l'obligation, il ne peut y avoir de doute sur la nécessité d'atteindre et de maintenir dans l'ensemble de la population un taux aussi élevé que possible d'immunité artificielle contre les maladies transmissibles que la vaccination permet de tenir en échec. Il est évident que dans la mesure où des maladies transmissibles sévissent dans certains pays et non dans d'autres, les maladies contre lesquelles la vaccination de masse est pratiquée - que ce soit obligatoirement ou volontairement - ne peuvent être les mêmes partout. Mais l'expansion constante des voyages internationaux, pour les affaires comme pour les loisirs, tend à niveler les différences, comme cela a été démontré par la réapparition sporadique du choléra en Europe après une longue disparition.

20.2 Déclaration et traitement obligatoires des maladies

Dans la plupart des pays, l'obligation de déclaration ne s'applique qu'aux maladies qui sont transmissibles; cependant, certaines affections non transmissibles comme le cancer, les maladies professionnelles et l'intoxication par les insecticides ont, dans certains pays, été incluses dans les listes de maladies à déclaration obligatoire. Selon une étude comparée de la législation de quelque 50 pays, publiée par l'OMS, le nombre des maladies soumises à déclaration varie de 10 à 70 selon le pays.⁵⁸ La variole figure sur la liste de tous les pays. Il arrive que des maladies ne soient soumises à déclaration obligatoire que dans certains cas. C'est ainsi que dans les métiers de l'alimentation il peut être obligatoire de notifier tous les cas suspects de salmonellose ou d'autres infections transmises par les aliments.

En général, c'est le médecin qui a diagnostiqué chez l'un de ses malades une maladie soumise à déclaration qui doit la notifier aux autorités sanitaires locales; cependant, dans certains pays, cette obligation est faite aussi au chef de famille, au conjoint, ou au propriétaire des locaux où se trouve le malade. La législation de certains pays prévoit également la déclaration obligatoire des porteurs de germes.

Qu'un médecin soit légalement tenu, sous peine de sanction, d'enfreindre le secret professionnel est une situation paradoxale qui ne peut se justifier que par le fait qu'une telle infraction est indispensable dans l'intérêt de la société et parfois, mais pas toujours, du malade lui-même. Les opinions peuvent diverger sur le point de savoir si le besoin de disposer de statistiques sanitaires aussi complètes et aussi précises que possible est une justification valable de l'obligation de déclaration. Cependant, lorsqu'une maladie constitue un danger grave pour la collectivité, comme c'est le cas de la variole, la déclaration n'est que le prélude à une intervention administrative urgente se traduisant par l'isolement du malade et la vaccination de ses contacts, et il ne peut y avoir de doute sur sa nécessité. Mais, dans le cas du tétanos, par exemple, il n'y a pas de danger pour la collectivité et pourtant un certain nombre de pays le font figurer au nombre des maladies notifiables. La déclaration des maladies vénériennes est obligatoire dans certains pays et non dans d'autres. Et même lorsqu'elle est obligatoire, on sait que de nombreux cas ne sont pas signalés. Dans certains pays, la législation exige, outre la déclaration des maladies vénériennes, le traitement des malades qui en sont atteints, car cette législation a souvent été adoptée à une époque où l'on ne connaissait pas le traitement extraordinairement efficace de la syphilis et de la blennorragie par les antibiotiques. Avant que l'on utilise les antibiotiques et, dans le cas de la blennorragie, les sulfamides, le traitement était si désagréable qu'il a sans doute été jugé nécessaire de le rendre obligatoire pour limiter la propagation de ces maladies. A l'heure actuelle, il y a si peu de risques de voir le malade se soustraire au traitement que la contrainte ne se justifie plus tellement.

⁵⁸ Recueil international de Législation sanitaire, 1958, 9, 629-679.

20.3 Examens médicaux obligatoires

Dans certains pays, les couples, et parfois les hommes seulement, qui désirent se marier doivent se soumettre à un examen médical et produire un certificat de bonne santé. Dans la plupart des cas, la législation impose un examen sérologique, ce qui laisse penser qu'elle a été essentiellement élaborée en vue de permettre le dépistage de la syphilis. Or à l'heure actuelle, les raisons de soumettre à l'examen sérologique obligatoire tous les candidats au mariage ne sont plus aussi impératives, puisqu'il existe un traitement spécifique par les antibiotiques.

Le prélèvement de sang chez les conducteurs soupçonnés de conduire sous l'influence de l'alcool est un autre exemple d'examen médical qui peut être rendu obligatoire. A cet égard, il convient de noter que là où l'obligation n'existe pas, le refus de s'y soumettre peut être considéré comme une présomption de culpabilité. Dans les pays où la loi fixe une limite maximale d'alcoolémie, dépasser cette limite constitue un délit et le ministère public n'a pas à faire la preuve que l'aptitude à conduire se trouvait diminuée. En revanche, le fait qu'un conducteur n'a pas dépassé la limite maximale d'alcoolémie ne le dispense pas automatiquement d'avoir conduit en étant sous l'influence de l'alcool.

D'autres examens médicaux ont été rendus obligatoires dans certains pays : recherche de drogues engendrant la dépendance dans le sang et les urines, recherche d'amphétamines chez les sportifs participant à des compétitions, etc.

20.4 Mesures obligatoires d'autoprotection

Il est évident qu'un certain nombre de mesures d'autoprotection sont obligatoires dans l'industrie et l'agriculture, mais comme ces mesures ont été étudiées en détail par l'Organisation internationale du Travail, il n'en sera pas question dans le présent document.

Parmi les mesures d'autoprotection figure notamment le port de la ceinture de sécurité à bord des véhicules à moteur. Il semble prouvé que la ceinture de sécurité réduit - de 50 % selon certains - le risque de blessures graves ou de décès du conducteur et des passagers du siège avant lors d'accidents de la circulation; dans des procès intentés en vue d'obtenir des dommages et intérêts pour blessures encourues dans un accident de la route, les tribunaux ont parfois statué que le fait de ne pas avoir attaché sa ceinture de sécurité constituait une imprudence de la part de la victime, et ont réduit les dommages et intérêts en conséquence.⁵⁹ Nombreux sont ceux qui estiment que la loi devrait rendre obligatoire le port de la ceinture de sécurité. Une analyse des statistiques recueillies dans l'Etat de Victoria, en Australie, par le Service de Recensement et des Statistiques, a montré que depuis que le port de la ceinture de sécurité était devenu obligatoire, c'est-à-dire depuis 1971, les décès et les blessures graves avaient beaucoup diminué.⁶⁰ Les adversaires du port obligatoire de la ceinture soutenaient qu'il s'agit là d'une infraction à la liberté individuelle, étant donné que la ceinture de sécurité ne protège que celui qui la porte et ne joue aucun rôle dans la prévention des accidents. Ils ajoutent que dans certains cas, par exemple quand un véhicule tombe au fond de l'eau, la ceinture de sécurité peut gêner les mouvements du conducteur qui veut se dégager de son véhicule.

Parmi les autres types de mesures d'autoprotection qui sont obligatoires en dehors de l'industrie, citons le port du casque par les motocyclistes et celui du gilet de sauvetage dans les petites embarcations.

⁵⁹ Brit. med. J., 1974, 2, 454.

⁶⁰ Pratt, W. N. B., Richardson, D. F. & Yeoh, B. M. (1973) Med. J. Austral., 60, 1109-1112.

20.5 Placement dans un établissement médical aux fins de traitement

L'hospitalisation obligatoire des malades atteints de maladies transmissibles dangereuses pour les isoler et les soigner est si manifestement nécessaire que, d'habitude, elle comporte peu de formalités. Il n'en va pas de même dans le cas de malades souffrant de troubles mentaux non organiques. Dans la plupart des pays, l'internement obligatoire de tels malades est soumis à une réglementation stricte (qui prévoit notamment la possibilité de faire appel à un conseil juridique indépendant et des procédures d'appel et de révision), afin de sauvegarder les droits des intéressés. L'internement ne se justifie naturellement que si le malade constitue un risque pour lui-même ou pour les autres.

On reconnaît en général qu'il vaut beaucoup mieux persuader le malade de demander lui-même à être admis à l'hôpital psychiatrique plutôt que de l'hospitaliser de force. En pareil cas, une demande écrite du malade lui-même est la seule formalité requise; cependant, dans certains pays, un certificat médical est également exigé. Un interné volontaire a généralement le droit de décider lui-même de quitter l'hôpital, soit quand il le veut, soit après un préavis réglementaire. Si le médecin-chef de l'hôpital juge que le malade représente un danger pour lui-même ou pour les autres, il peut parfois le détenir contre son gré, généralement pendant une période limitée pour commencer. En règle générale, il faut pour cela que le médecin-chef de l'hôpital et un ou plusieurs médecins indépendants certifient que le malade n'est pas en état de quitter l'hôpital; parfois même, un jugement du tribunal doit être rendu à cet effet.

Dans certains pays, il peut être procédé à l'internement temporaire forcé d'un malade mental aux fins de traitement, à la demande de son conjoint ou d'un autre parent proche ou sur présentation d'un certificat établi par un ou plusieurs médecins, le visa d'un magistrat ou d'une autre autorité judiciaire étant parfois nécessaire. Dans ce cas, la période d'internement ne peut pas en général dépasser quelques mois. Pour les périodes d'internement plus longues, une décision judiciaire peut être nécessaire. Les admissions d'urgence peuvent se faire, notamment dans le cas de vagabonds, à la demande de la police ou de toute autre autorité civile, accompagnée généralement d'un certificat médical. En général, les médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques ont l'obligation de faire régulièrement rapport à l'autorité civile compétente sur l'état des malades détenus contre leur gré, et il existe parfois une procédure d'appel contre la détention.

Dans un certain nombre de pays, des mesures analogues peuvent également être prises à l'égard des alcooliques et des toxicomanes.

En conclusion, on peut dire que si bien avant dans le 19ème siècle, les personnes que l'on estimait mentalement malades étaient privées de tous leurs droits et souvent même internées dans des conditions physiques dégradantes, on a de plus en plus tendance aujourd'hui à considérer les hôpitaux psychiatriques comme des centres de traitement et de réadaptation plutôt que de ségrégation. Cette tendance a été très favorisée ces dernières années par la mise au point de médicaments psychotropes et par l'adoption dans les hôpitaux psychiatriques d'une politique de la porte ouverte.

RESUME

Ainsi qu'il est dit dans l'introduction, le présent document traite des incidences des progrès de la médecine et de la biologie sur les droits de l'homme, en particulier son droit à la santé.

Il est bien évident qu'un certain nombre des questions traitées ici n'ont d'importance que pour un petit nombre de pays. Les greffes d'organes, la psycho-chirurgie et la mise sur ordinateur des dossiers médicaux ne se pratiquent qu' dans un nombre très limité de pays et, à l'intérieur de ces pays, elles n'intéressent qu'un nombre limité de personnes (tout particulièrement dans le cas de la greffe d'organes). Aucune réponse n'est apportée ici à deux questions fondamentales, à savoir : dans quelle mesure les pays et les individus bénéficient-ils des progrès de la médecine curative et préventive et dans quelle mesure ces progrès contribuent-ils à la réalisation de l'objectif que se propose l'article premier de la Constitution de l'OMS, à savoir, amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ? En effet, s'en tenant à la demande qui lui a été faite, l'OMS étudie essentiellement dans ce document les conséquences possibles, pour les droits de l'homme et pour la santé, des progrès de la médecine et de la biologie. Ces questions ont cependant été effleurées dans certaines sections du document, en particulier dans celle qui traite des méthodes contraceptives disponibles aujourd'hui dans le monde.

Un certain nombre de problèmes d'éthique biomédicale ont été abordés et le rôle de l'OMS à cet égard a été esquissé dans l'introduction. Dans bon nombre de domaines où s'observent des différences parfois considérables entre pays dans les attitudes religieuses, morales et sociales, ce rôle est forcément limité. L'importance des relations de l'OMS avec l'Association médicale mondiale et le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) a été soulignée.

La santé en tant que droit de l'homme a fait l'objet de maints débats et l'on peut dire que cette notion est en général mal définie. Dans la section 1.1 de l'étude, on a mentionné le rôle des pouvoirs publics, et en particulier des administrations sanitaires, pour montrer quelle part ils ont dans la protection de la santé et pour replacer le droit à la santé dans son vrai cadre. Le droit des individus à la santé présente à la fois des aspects positifs et des aspects négatifs. Aspect positif par exemple : le droit à un traitement préventif et curatif contre les maladies transmissibles. Aspect négatif : le devoir de se soumettre à un certain nombre de mesures obligatoires comme la vaccination, pour protéger le droit à la santé des autres membres de la collectivité. Comme on l'a si fréquemment indiqué, et indépendamment des différences de situation d'un pays à l'autre, la réalisation de l'objectif de l'OMS dépend de nombreux facteurs économiques, éducatifs et autres. On peut toutefois se demander si les pays déploient assez d'efforts pour protéger leur population contre un certain nombre d'influences dangereuses comme la publicité en faveur des cigarettes ou des boissons alcoolisées. On cite dans le présent document un certain nombre de dangers potentiels que présentent pour le droit à la santé les progrès de la médecine et de la biologie. On signale également certaines restrictions à la liberté individuelle qu'il a fallu adopter dans l'intérêt de la collectivité et, parfois, de l'individu lui-même. C'est sur ce point que porte la dernière section du document, intitulée "Mesures obligatoires visant à protéger la santé". Enfin, le problème de l'expérimentation sur des êtres humains a été longuement traité ici en raison de son caractère d'actualité.