NATIONS
UNIES

A

Assemblée générale

Distr.
GENERALE

A/CONF.157/PC/61/Add.8
29 mars 1993

FRANCAIS
Original: ANGLAIS

CONFERENCE MONDIALE SUR LES DROITS DE L'HOMME
Comité préparatoire
Quatrième session
Genève, 19-30 avril 1993
Point 5 de l'ordre du jour provisoire

ETAT D'AVANCEMENT DES PUBLICATIONS, DES ETUDES ET DE LA DOCUMENTATION A ETABLIR POUR LA CONFERENCE MONDIALE

Additif

Communication émanant de l'Organisation mondiale de la santé

1. L'attention du Comité préparatoire est appelée sur la communication ci-jointe émanant de l'Organisation mondiale de la santé intitulée "la santé en tant que droit fondamental de l'homme et finalité sociale universelle". Dans la première partie de ce document, l'Organisation mondiale de la santé décrit comment elle conçoit l'application des pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme; dans la deuxième partie, elle analyse, à l'aide d'une série d'exemples d'activités menées dans le cadre de divers programmes techniques de l'OMS, les principes examinés dans la première partie et traite des questions thématiques suivantes : 1) Les droits des patients; 2) Les droits des personnes atteintes de maladie mentale, et l'amélioration des soins de santé mentale; 3) Les droits de l'enfant; 4) Les droits des personnes âgées; 5) Les droits des personnes handicapées; 6) Les aspects du VIH/SIDA touchant les droits de l'homme; 7) Les droits des groupes vulnérables et des peuples autochtones; 8) La situation sanitaire dans les pays les moins avancés; 9) Le rôle des législations sanitaires; 10) L'aide humanitaire d'urgence dans le domaine de la santé et les droits des populations déplacées; et 11) L'équité en matière de soins de santé.

GE.93-12453(EXT)

2. En outre, l'Organisation mondiale de la santé a soumis, à titre d'information, trois documents* concernant des questions de droits de l'homme : a) le rapport final de la Conférence internationale OMS/FAO sur la nutrition (Rome, décembre 1992) contenant la Déclaration mondiale sur la nutrition et le Plan d'action ; b) un rapport intitulé Santé et réformes économiques établi pour le Forum international sur la santé - une condition du développement économique (Accra, 4-6 décembre 1991); et c) le rapport intitulé Pour une nouvelle action de santé publique du Sommet de la santé publique de Saitama, organisé par l'Organisation mondiale de la santé et l'administration de la préfecture de Saitama à Omiya (préfecture de Saitama, Japon, 17-20 septembre 1991), qui contient la Déclaration de Saitama.

---

* On peut consulter le texte anglais, français et espagnol de ces documents en s'adressant au Secrétariat de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme.

LA SANTE EN TANT QUE DROIT FONDAMENTAL DE L'HOMME ET FINALITE SOCIALE UNIVERSELLE

Première partie

1. Le présent rapport tend à apporter au Centre pour les droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies une contribution aux six études qui doivent servir de documents de base à la prochaine Conférence mondiale sur les droits de l'homme. Il décrit comment l'Organisation mondiale de la santé conçoit l'application des pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme et contient quelques réflexions sur des droits et certaines questions traités dans le cadre des programmes de l'OMS. Aux termes de sa Constitution, l'OMS est appelée à agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, afin d'améliorer constamment la santé publique et l'état sanitaire de tous les peuples. Comme les objectifs concernant la santé publique et les services médicaux sont restés au centre des préoccupations de l'OMS, les questions des droits de l'homme ont toujours fait partie intégrante de l'ensemble de ses stratégies, politiques et programmes.

1. Le droit à la santé pour tous

2. La Constitution de l'OMS, adoptée en 1946, proclame non seulement que "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité", mais souligne également que "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale". Deux années plus tard, la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui a été adoptée en 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies, a proclamé aussi au paragraphe 1 de son article 25 que "toute personne a le 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".

3. En mai 1977, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA30.43 qui prévoit que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. En 1979, dans sa résolution WHA32.30, l'Assemblée a non seulement fait siens le rapport et la Déclaration de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata en 1978, mais a aussi invité les Etats Membres à formuler des politiques, stratégies et plans d'action nationaux fondés sur les soins de santé primaires en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

4. L'objectif de la santé pour tous, ainsi que la stratégie axée sur les soins de santé primaires restent justifiés, mais il convient de rechercher de nouvelles solutions dans un monde qui est caractérisé par des conditions politiques, démographiques et socio-économiques en constante évolution, des modes de vie et de comportement qui laissent beaucoup à désirer, qui ajoutent aux anciens risques de nouveaux dangers en matière de santé auxquels l'humanité doit faire face. Cette situation a conduit le Directeur général de l'OMS, le Dr. Hiroshi Nakajima, à mettre au point un nouveau modèle d'action dans le domaine de la santé publique pour accélérer l'instauration de la santé pour tous

les Etats Membres et, partant, la santé pour tous les peuples du monde au cours de tous les cycles de leur vie. L'analyse de la situation de la santé dans le monde et des questions techniques qui s'y rapportent a permis de recenser certains des principaux problèmes auxquels les pays et la communauté sanitaire internationale devront faire face au XXIème siècle. Ces problèmes concernent en particulier le respect des droits de l'homme, notamment pour les personnes défavorisées, le développement sanitaire et social, l'accès universel aux soins et la promotion de modes de comportement et de vie favorables à la santé, y compris la nutrition, par l'application de politiques d'intérêt général tendant à influer sur l'instauration de nouvelles conditions sociales, économiques et matérielles de nature à permettre aux particuliers et aux communautés de faire des choix positifs pour leur santé.

5. Les changements politiques, économiques et sociaux ont fait prendre conscience du fait que la santé et le développement économique sont indissociables et que le développement est dépourvu de sens s'il ne permet pas d'accroître les possibilités de choix des populations, les choix essentiels étant ceux qui permettent aux êtres humains de mener une longue vie en bonne santé, d'acquérir des connaissances et d'avoir accès aux ressources nécessaires pour atteindre un niveau de vie décent. Pour assurer ce développement, il faudra, comme le Directeur général l'a souligné, consacrer une plus grande attention aux questions fondamentales des droits des individus et des communautés, des indicateurs des besoins humains, de l'amélioration de la santé et de la qualité de la vie et de l'utilisation des ressources au profit de la santé et du développement de la personne humaine.

6. La santé n'a rien perdu de son importance en tant que condition indispensable au bien-être et au développement de l'homme, mais l'instauration de la santé pour tous exige l'adoption d'une conception holistique s'étendant à tous les domaines de la vie de l'homme, y compris aux milieux physiques et sociaux. La santé en tant que droit fondamental de l'homme (et en tant que condition de son développement) ne peut être assurée si toute l'attention voulue n'est pas accordée au milieu avec lequel il est constamment en relation, notamment son environnement social, politique, économique ou physique, y compris bien entendu, la nature dont les ressources sont limitées.

7. La résolution WHA39.22 (1986) sur le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous, l'Initiative d'Accra pour la santé adoptée au "Forum international sur la santé - une condition du développement économique : rompre le cercle de la pauvreté et de l'injustice sociale", le rapport de la Commission de l'OMS sur la santé et l'environnement établi pour la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio de Janeiro, 1er-12 juin 1992) et les discussions techniques qui ont eu lieu au cours de la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la santé en 1991 sur les stratégies de la santé pour tous face à l'urbanisation galopante, constituent des exemples récents de travaux de l'OMS visant à définir des lignes directrices et des orientations sur l'instauration des conditions propres à assurer une vie saine et un développement sanitaire constant aux niveaux des individus et des collectivités. Ces activités et d'autres travaux constituent des éléments essentiels de la notion de protection et de promotion de la santé, qui représente une synthèse de différentes activités qui permettent d'améliorer particulièrement efficacement la santé lorsqu'elles sont menées d'une manière cohérente, méthodique et dans des buts précis. La Conférence internationale sur la nutrition de décembre 1992 constitue un jalon important dans un processus qui avait commencé deux ans auparavant à l'échelon national. Réunie par l'Organisation des Nations Unies

pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé, la Conférence a envisagé d'une manière globale les problèmes de la nutrition et a adopté une Déclaration mondiale et un Plan d'action mondial qui serviront de bases aux différents pays pour mener de nouvelles actions propres à assurer une sécurité alimentaire suffisante au niveau des ménages et un bien-être sanitaire et nutritionnel pour tous dans le cadre de programmes de développement durables et écologiquement rationnels.

8. L'évolution de la conception de la santé de l'OMS a de nombreuses conséquences qui influent sur les mesures politiques, sectorielles et professionnelles visant à donner à tous la possibilité d'être en bonne santé, ce qui constitue un droit de l'homme. Il est nécessaire d'une part d'appliquer des stratégies qui assureront aux nombreuses personnes qui en sont encore privées des conditions de santé essentielles, même si la situation sociale, économique et autre est défavorable à un tel but et, d'autre part, d'élaborer des concepts plus larges et davantage axés sur les populations de nature à inciter les individus, les communautés et les sociétés à participer plus activement à l'amélioration de leur santé.

2. Les objectifs de l'OMS et les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme

9. L'objectif de la santé pour tous, adopté collectivement par tous les pays à l'initiative de l'OMS, s'applique non seulement à la prestation de soins de santé à tous mais aussi à la prestation de soins pendant la vie de toute personne, depuis sa conception jusqu'à sa mort. Cette responsabilité profonde et complète a une très vaste portée : elle s'étend à l'accès à la connaissance au cours des différentes phases de l'existence des moyens de mener une vie saine, à la protection contre les grands risques sur la santé émanant d'autres personnes, de l'environnement ou dus à différentes activités de développement, et enfin à l'accès à des soins de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation appropriés.

10. Une analyse historique permet de constater combien les objectifs de l'OMS qui viennent d'être décrits et ceux définis dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels sont proches et convergents :

a) L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose que 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 services médicaux ... (et) le droit à la sécurité en cas ... de maladie, d'invalidité ..."

b) L'article 12 du Pacte reconnaît "le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé ... possible" et fait mention en particulier de la diminution de la mortalité infantile, du développement sain de l'enfant, de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle, de la prophylaxie des maladies professionnelles, épidémiques et autres, ainsi que de la lutte contre ces maladies et des conditions propres à assurer à tous une aide médicale en cas de besoin.

c) L'article 12 a été élaboré à la suite d'une proposition que l'OMS a faite à la Commission des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies en 1951; cette proposition aurait élargi la portée du texte actuel, en prévoyant notamment i) de mentionner des normes d'enseignement de la médecine et de formation médicale et les activités de santé mentale au paragraphe 2) de

l'article 12, et ii) d'indiquer que les gouvernements s'engagent à adopter des mesures sociales et sanitaires suffisantes à cette fin en tenant dûment compte des différences en ce qui concerne les ressources et les traditions, ainsi que des conditions locales et des disparités entre pays aux premières phases de leur développement.

d) Le texte final de l'article 12 n'a pas repris les termes énoncés au point ii) du paragraphe précédent (bien que les Principes pour le traitement des personnes atteintes de maladie mentale soient devenus une question importante, qui a pu être réglée de manière satisfaisante avec la participation de l'OMS). Il convient d'admettre qu'en raison des changements dynamiques survenus dans les domaines de la science et de la technologie et de l'évolution des aspirations de la population, l'article 12 aurait sans doute été rédigé d'une manière quelque peu différente aujourd'hui. Il aurait davantage mis l'accent sur la notion de santé pour tous sur la base de l'approche axée sur les soins de santé primaires adoptée à Alma-Ata en 1978.

e) En 1977, la Trentième Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution historique proclamant que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

f) Il est évident que conformément aux fonctions dans le domaine de la santé internationale que prévoit sa Constitution, en particulier de ses responsabilités en matière de direction et de coordination (notamment d'adoption de consensus et de normes techniques) d'une part, et de coopération technique de l'autre, l'OMS s'est toujours attachée à tenir compte des problèmes de droits de l'homme dans l'ensemble de ses programmes. Une telle orientation est fondée sur un objectif constant visant à instaurer une plus grande justice et équité sociales dans tous les pays et pour tous les peuples. La définition de cet objectif central dans le cadre de ses programmes et de ses politiques donne à l'OMS les moyens nécessaires pour veiller au respect des droits de l'homme énoncés dans les Pactes de l'ONU.

11. Il convient sans doute de relever à ce stade que les instruments classiques propres à permettre d'appliquer notamment les conventions, les accords et les réglementations, bien que prévus dans la Constitution de l'OMS, n'ont pas été utilisés pour assurer le respect des droits de l'homme, comme dans le cas des institutions spécialisées qui s'occupent par exemple du droit au travail. Cette différence s'explique essentiellement par la nature des questions de santé. Comme les activités dans le domaine de la santé influent sur toute personne, elles sont le résultat complexe aussi bien des obligations de l'Etat de protéger la santé de la population que des obligations très différentes (à connotation éthique) des médecins dans leurs relations avec leurs patients. En outre, le patient doit veiller à prendre soin de sa santé. Ces relations d'interdépendance sont complexes et ne sont pas faciles à juxtaposer; les progrès rapides de la science et de la technologie qui influent sur la pratique médicale ont rendu cette situation encore plus compliquée. En conséquence, le droit à la santé en soi ne se prête pas à une définition facile. De fait, l'OMS a mis au point une approche reposant sur la réalisation d'un consensus entre ses pays membres sur des questions tels que les objectifs, les ressources et les services, en tenant compte du fait que les processus politiques et l'action des gouvernements déterminent dans une large mesure l'évolution des questions de santé.

12. En raison des progrès rapides de la biotechnologie, il convient d'accorder constamment une attention à la promotion et à la protection des droits de l'homme à cet égard. Les activités de l'OMS dans le domaine de la bioéthique ont été menées en étroite coopération avec le Conseil des organisations internationales des sciences médicales (COICM). Parmi les exemples les plus récents d'une telle coopération à long terme, on peut citer l'élaboration des nouvelles directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques publiées en 1991 et l'établissement de directives internationales révisées pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains. Il y a lieu aussi de mentionner qu'en 1991, la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la santé a adopté un ensemble de principes directeurs sur la transplantation d'organes humains en vue de lutter contre le commerce d'organes dans un but lucratif parmi les êtres humains vivants, qui est contraire à la Déclaration universelle des droits de l'homme et à la Constitution de l'OMS.

13. De toute évidence, les problèmes de droits de l'homme dans le contexte de la santé s'expliquent par le fait que les deux pactes soulèvent des questions largement individuelles touchant les droits des patients, les obligations des médecins et les relations entre les médecins et les patients et qui s'étendent aussi à la justice distributive et l'équité à l'égard des groupes qui n'ont pas accès aux soins de santé. De fait, cette situation témoigne de l'indivisibilité et de l'interdépendance des droits civils et politiques et des droits économiques, sociaux et culturels, qui ont été si souvent mentionnées. En dépit de l'évolution vers le pluralisme et l'économie de marché, les disparités réelles dans la prestation des soins de santé aux populations défavorisées montrent qu'il est de plus en plus nécessaire de redéfinir le rôle que doivent jouer les gouvernements pour assurer une équité optimale dans le domaine de la santé. L'OMS a la double responsabilité a) d'assurer un consensus technique sur les moyens d'action qui pourraient être adoptés par tous les pays sur une base suffisamment autonome, et b) de traduire ce consensus dans des programmes nationaux et mondiaux tenant dûment compte de la très grande diversité des structures sociales, économiques et culturelles, élargissant les possibilités d'une solidarité internationale maximale et renforçant les moyens d'assurer un engagement politique plus large et une plus grande mobilisation des ressources au sein des pays.

14. En recherchant un tel consensus, l'expérience a montré que l'on pourra aboutir à un très large accord en mettant l'accent sur le droit d'accès aux soins de santé. Ce sont en définitive les forces politiques qui décident de la bonne répartition à l'échelon national des services de santé publique et des priorités internes. Les campagnes visant à tenir dûment compte de l'équité en matière d'accès aux soins de santé peuvent être non seulement un point de ralliement commun, mais devraient permettre aussi de définir des options plus techniques. Le processus est souvent extrêmement lent. Ces décisions de répartition de soins de santé à l'échelon national doivent être suivies de très nombreuses autres décisions à des échelons moins élevés qui dépendent très largement du personnel de santé; et à mesure que les décisions se rapprochent des personnes qui ont vraiment besoin de soins, elles sont influencées par les pratiques culturelles établies et les conceptions du personnel de santé concernant l'étendue du respect de l'autonomie et de la dignité de la personne. En accroissant les possibilités des médecins de prendre mieux conscience des questions de droits individuels de l'homme à cette phase, un plus large respect des droits civils et politiques pourra être assuré. Toutefois, il est certain qu'une solution durable ne pourra être trouvée que si l'on parvient à convaincre les responsables politiques de la nécessité d'appliquer progressivement sur le

plan interne des approches fondées sur l'équité en matière de santé en tenant compte du fait que la garantie des droits socio-économiques rehausse la valeur morale de chaque individu.

15. Aux fins de s'acquitter de ses fonctions qui visent à améliorer rapidement la situation sanitaire de tous les pays et la santé de tous les peuples, et consciente que l'égalité d'accès durable aux soins constitue l'aspect essentiel de sa stratégie, l'OMS considère que la question de la réalisation du droit à la santé consiste surtout à mobiliser les volontés politiques nécessaires pour atteindre ce but, à renforcer la coopération technique avec différents pays, à créer un consensus professionnel autour d'une stratégie de soins de santé primaires appelant une coopération intersectorielle, une participation de la communauté et une décentralisation du processus de prise de décisions, tout en favorisant l'équité et l'autonomie.

3. L'approche fondée sur les soins de santé primaires

16. L'adoption de l'objectif de la santé pour tous et de la stratégie de soins de santé primaires (SSP), appelant une mobilisation de toutes les ressources à l'échelon national ou international, constitue une des principales contributions de l'OMS à la protection des droits de l'homme. La notion de santé pour tous a été en fait considérée comme un ensemble de stratégies et de plans d'action adoptés par les Etats Membres que l'OMS doit évaluer et suivre à l'aide d'indicateurs constamment améliorés pour déterminer les progrès accomplis. Une telle procédure permet à chaque Etat Membre et à chaque région de l'OMS de faire le point de leur situation et de formuler leurs possibilités d'action, leurs buts et leurs objectifs dans le domaine de la santé sur la base des principes adoptés par l'OMS à Alma-Ata. L'évolution de l'approche fondée sur les SSP aux fins d'atteindre l'objectif de la santé pour tous résulte de l'expérience acquise à la suite de l'exécution d'activités qui ont consisté notamment à axer les soins de santé sur les traitements, à mettre en oeuvre des programmes verticaux autonomes et à adopter des approches intégrées des SSP. Le principal problème que soulève la transition actuelle vers les SSP tient à la nécessité de trouver les moyens de créer des infrastructures durables dotées des installations appropriées et les compétences professionnelles pour mettre en oeuvre tous les programmes nécessaires en tenant compte de l'état pathologique et de la vulnérabilité de la population d'un pays; l'existence de telles infrastructures est la garantie la plus sûre pour les régions et les catégories les plus pauvres d'avoir accès à une aide médicale et à des soins de santé minimaux. Ce n'est que dans cette situation qu'un système de SSP permettra d'évaluer les problèmes de santé d'une population, de dispenser des soins de santé à ceux qui ont des besoins particuliers dans ce domaine et de suivre l'efficacité des programmes. Les notions d'équité et d'accès aux soins constituent réellement l'essence du programme de santé pour tous et les SSP sont les mécanismes pour atteindre ces objectifs.

4. Examen du paragraphe 2 de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

17. Pour avoir des détails sur l'application par l'OMS du Pacte, il conviendrait sans doute d'examiner plutôt ses programmes de coopération technique élaborés sur la base de la stratégie de la santé pour tous/soins de santé primaires que des normes, des règles ou des dispositions conventionnelles ayant force obligatoire. Compte tenu des programmes de l'OMS, nous pouvons examiner dans quelle mesure les quatre alinéas du paragraphe 2) de l'article 12 du Pacte ont été appliqués.

18. S'agissant de l'alinéa a) du paragraphe 2) de l'article 12, une attention importante a toujours été accordée au développement sain de l'enfant, qui a abouti à l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant. De fait, dans le préambule de la Constitution de l'OMS, il est en particulier fait référence à la santé maternelle et infantile et au développement sain de l'enfant et à son aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation. La santé de l'enfant sous différentes formes a continué de faire l'objet d'initiatives et de programmes dans le cadre de la planification de politiques communes OMS/UNICEF.

19. En 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Code international du marché des produits de remplacement du lait maternel. Les campagnes visant à promouvoir les pratiques d'allaitement maternel ont été couronnées de succès dans toutes les régions du monde. En 1988, compte tenu de la stabilité et du degré de couverture du programme élargi de vaccination, on a fixé comme objectif l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Les programmes de santé maternelle et infantile et de santé scolaire bénéficient dans une très large mesure de l'assistance de l'OMS. On étudie constamment les possibilités d'entreprendre un programme durable et de mettre au point de nouveaux vaccins dans le cadre du programme élargi de vaccination, et la question de savoir comment la vaccination pourrait être intégrée aux soins de santé primaires.

20. A l'alinéa b) du paragraphe 2) de son article 12, le Pacte préconise une amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle. De fait, cette disposition symbolise le droit à la protection de tous les peuples contre les risques naturels ou d'origine humaine pesant sur l'environnement. L'OMS, qui a toujours accordé une grande attention à la première catégorie de besoins écologiques qui ont des conséquences sur la santé publique, en particulier l'eau potable et l'assainissement de base, a pris l'initiative de constituer une commission chargée de suivre l'état des connaissances sur les effets de l'environnement sur la santé et d'examiner les mesures à prendre à ce sujet. Le rapport publié sur cette question faisait suite au Rapport Bruntland sur l'environnement et constituait un prélude à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement tenue à Rio de Janeiro; les aspects sanitaires liés à des modifications à long terme de l'environnement continuent de faire l'objet à titre prioritaire de recherches et d'études. Toutefois, on se rend compte que le retard dans la mise en place principalement d'installations d'assainissement et d'approvisionnement en eau reste important dans beaucoup de pays en développement. En ce qui concerne ses activités normatives, l'OMS a défini des normes sur la qualité de l'eau et continue de participer activement à des activités de surveillance de l'environnement mondial. Les effets des rayonnements nucléaires sur la santé après l'accident de Tchernobyl ont conduit l'OMS à prendre l'initiative de créer un centre international chargé d'étudier les effets de la catastrophe; l'établissement d'une base de données et le libre échange d'informations à cet égard constitueront une contribution scientifique majeure, qui aura une grande importance sur le droit des personnes à la vie et à la protection contre les risques écologiques.

21. Les deux autres alinéas du paragraphe 2) de l'article 12 concernent la prophylaxie, le traitement des maladies et la lutte contre celles-ci et les conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie, ce qui constitue traditionnellement l'essentiel des objectifs et des activités de l'OMS. En 1977, l'Assemblée mondiale de la santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé

qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (URSS), a proclamé que l'approche fondée sur les soins de santé primaires constituait la meilleure façon d'atteindre cet objectif.

5. La stratégie de la santé pour tous

22. La Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la santé a fait sienne l'approche fondée sur les SSP en reconnaissant que la santé constitue un levier puissant pour le développement socio-économique et la paix et pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. En 1991, la stratégie mondiale visant à instaurer la santé pour tous a été adoptée par tous les Etats Membres sur la base des principes suivants:

> Les principes fondamentaux énoncés dans la stratégie sont que la santé est un droit fondamental de l'être humain et un objectif social qui intéresse le monde entier; la santé fait partie intégrante du développement; les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples constituent un sujet de préoccupation commun à tous les pays et doivent être radicalement réduites; tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés; les gouvernements ont une responsabilité vis-à-vis de la santé de leur peuple; les pays doivent devenir autonomes en matière de santé et une utilisation plus complète et plus efficace doit être faite des ressources mondiales pour promouvoir la santé et le développement.

23. Les objectifs convenus contiennent des éléments communs concernant les soins essentiels, la participation de la communauté, la technologie appropriée et la coopération intersectorielle. L'importance de cette stratégie tient à la souplesse qui est laissée aux Etats Membres de décider eux-mêmes de leurs stratégies et de leurs plans d'action dans le cadre des principes convenus en commun, au caractère non négociable de l'accès aux soins et de leur qualité, qui devraient s'étendre à des activités de prévention, de promotion, de traitement et de réadaptation. La notion de soins de santé primaires telle qu'elle est définie dans le rapport de la Conférence commune OMS/UNICEF d'Alma-Ata (URSS), tenue en 1978, constitue un progrès décisif vers un mouvement mondial visant à réduire l'écart entre les "privilégiés" et les "déshérités", plus connu sous le nom de santé pour tous d'ici l'an 2000.

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

25. La deuxième évaluation de l'application de la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 vient d'être achevée. Elle démontre que des progrès ont été réellement accomplis ces dernières années mais met aussi en évidence les écarts qui subsistent, en particulier entre les riches et les pauvres.

26. La réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 appelle des efforts concertés de la part de tous les pays pour organiser leur système de santé sur la base des SSP. La dernière décennie a été caractérisée à la fois par des progrès solides et des échecs graves. Certains pays continuent à accorder la priorité aux SSP et ont réussi à améliorer l'accessibilité aux soins de santé et leur qualité. Dans d'autres pays, la baisse des niveaux de vie, un endettement massif, et la dégradation de l'environnement ont eu des effets négatifs à la fois sur les soins de santé et l'état sanitaire.

27. Un système de santé se compose d'éléments interdépendants qui contribuent à améliorer l'état de santé dans les foyers, les établissements d'enseignement, les lieux de travail, les lieux publics et les communautés, ainsi que dans les milieux physiques et psychosociaux et les secteurs liés à la santé, comme l'agriculture, l'enseignement, l'environnement, etc. Un système de santé est généralement organisé à plusieurs niveaux, à commencer par le niveau communautaire périphérique ou le niveau primaire de soins, en passant par le niveau intermédiaire (district, région, province) jusqu'au niveau central. Parallèlement, les individus et les familles s'intéressent et participent activement à la solution de leurs problèmes de santé, devenant ainsi des membres à part entière de l'équipe de santé. Les organismes à l'échelon intermédiaire et central traitent avec les éléments du système de santé que les organisations administratives du pays ont placé sous leur responsabilité, et sont chargés progressivement d'activités de soins et d'assistance de plus en plus complexes et spécialisés. Ce n'est que dans le cadre d'une telle structure de plus en plus solide et coordonnée que tous les membres de la société peuvent jouir de leurs droits fondamentaux à des niveaux de soins de santé répondant à leurs besoins et être orientés, s'il y a lieu, vers le niveau approprié du système de santé.

6. Disparités en matière de santé

28. Au cours de la décennie qui s'est écoulée depuis l'adoption de la stratégie mondiale par l'Assemblée mondiale de la santé, et la période de six ans depuis la première évaluation, l'état sanitaire - mesuré par des indicateurs, tels que l'espérance de vie et la mortalité infantile - s'est amélioré dans le monde. Toutefois, le rythme d'amélioration a été beaucoup plus lent dans les pays les moins avancés et, de ce fait, les inégalités entre les pays en développement et les pays les moins avancés sont plus fortes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a dix ans. Lorsque l'on analyse ces disparités, on constate que les conditions sanitaires sont intolérables dans les pays de la périphérie où les pauvres et les défavorisés sont les plus menacés.

29. La disponibilité des soins de santé essentiels s'est aussi améliorée dans le monde. Toutefois, des millions de personnes n'ont encore pas d'accès à l'ensemble ou à certains soins. Si les possibilités d'accéder à certains soins augmentent et que la disponibilité d'autres soins complémentaires diminue, les effets positifs sur l'état de santé des uns peuvent être annulés par l'absence de progrès des autres. De même, si les infrastructures sont développées, mais que les moyens de les utiliser pour dispenser des soins restent limités, aucune amélioration de l'état de santé ne pourra être constaté. En d'autres termes, en ce qui concerne le développement des systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires, les mesures nécessaires sont prises, mais pas forcément dans tous les cas dans les formes qui conviennent.

30. Les mauvais résultats économiques des pays constituent la principale cause de la détérioration des infrastructures. Les mesures adoptées par les

gouvernements pour restaurer la croissance économique en supprimant les déficits du budget de l'Etat et du commerce extérieur ont consisté souvent à procéder à des réductions trop importantes des dépenses sociales. Dans un très petit nombre de pays, ces mesures gouvernementales ont pu restaurer la croissance mais la conception et le fonctionnement de "filets de sécurité" destinés à aider les personnes les plus durement touchées par les réductions des dépenses sociales n'ont été ni faciles à appliquer ni exemptes d'erreurs.

31. La détérioration des infrastructures de santé, qui est due à des politiques d'ajustement structurel et à l'importance accordée récemment par les donateurs à certaines actions concernant des problèmes prioritaires, menace aujourd'hui non seulement les objectifs à long terme de la santé pour tous, mais aussi les stratégies largement acceptées pour les réaliser. Ces stratégies sont fondées sur une approche pluraliste et bien définie du développement de la santé, avec un secteur public revitalisé dirigeant et coordonnant les actions des sources gouvernementales et non gouvernementales de financement et de prestation des soins de santé, et une autonomie locale et une responsabilité publique accrues.

32. On peut dire que la situation sanitaire s'est améliorée en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance et les taux de mortalité infantile, et le nombre de personnes bénéficiant de divers soins de santé primaires. Comme ces améliorations semblent plus rapides dans les pays en développement que dans les pays les moins avancés, les disparités en matière de situation sanitaire entre les pays développés et les pays en développement semblent avoir été réduites mais celles existant entre les pays les moins avancés et d'autres pays en développement ont augmenté. Certaines données montrent aussi que les disparités en matière de situation sanitaire ont augmenté au sein des pays entre certaines catégories de la population. La prestation des différents soins de santé primaires a parfois été déséquilibrée et inadaptée, ce qui n'a pas permis d'améliorer suffisamment la situation sanitaire.

33. Si l'on considère l'avenir, certaines stratégies indispensables doivent être appliquées si l'on veut réduire les disparités entre les riches et les pauvres et veiller à ce que toutes les personnes jouissent de leur droit à la justice et à l'équité sociales. Les mesures d'austérité adoptées pour faire face à la récession économique devraient être appliquées dans des conditions propres à protéger le plus largement possible les pauvres. Des objectifs devraient être définis pour réduire les disparités concernant la situation sanitaire et l'accès aux services de santé. Les politiques nationales sont souvent caractérisées par une réticence à adopter des décisions essentielles qui aideraient directement les pauvres ou tout au moins éviteraient la dégradation de leurs conditions de vie. Ces politiques s'expliquent souvent par l'absence de principes d'action cohérents et l'insuffisance grave des ressources disponibles.

34. L'OMS, en collaboration avec d'autres institutions, continuera à jouer un rôle important pour recueillir des informations et mobiliser des compétences et une assistance technique en vue de renforcer les systèmes de santé en aidant les activités de recherche et de développement concernant les priorités nationales, en contribuant à la mise au point et à l'utilisation d'instruments, de procédures et de méthodologies appropriés, ainsi qu'en renforçant des institutions, et en favorisant un échange d'informations et de données d'expérience et le partenariat.

7. Equité dans le domaine de la santé

35. La notion d'équité dans le domaine de la santé et le droit à la santé contribuent à favoriser une plus large prise de conscience à l'égard des problèmes des droits de l'homme, qui est nécessaire actuellement. La prochaine conférence donnera l'occasion aux institutions internationales de bien réfléchir sur la manière de faire coïncider les droits de l'homme et les besoins fondamentaux qui n'ont pas encore été satisfaits. Cette réflexion pourrait influer sur les stratégies de bonnes intentions concernant la décennie internationale du développement actuelle et contribuer à définir plus en détail les droits eux-mêmes.

36. En tant que notion, l'équité dans le domaine de la santé a plusieurs significations complexes. Bien entendu, il convient de la distinguer de la notion d'égalité, qui a trait à la péréquation des différences en matière de revenus, de qualité de la vie, de situation sociale ou d'apport individuels. L'équité est caractérisée par une dimension éthique qui comporte des normes d'action et suscite des réflexions sur les différents moyens de déterminer ces normes. L'équité dans le domaine de la santé devrait surtout tendre à remédier aux différences qui sont non seulement inutiles et peuvent être évitées mais qui sont également injustes et inéquitables. Ces différences peuvent porter sur le niveau de santé ou la qualité de la vie qui met en jeu des variables socio-économiques ou de développement plus larges, ou concerner les services ou l'accès aux soins de santé.

37. L'équité dans le domaine de la santé suppose que toute personne doit bénéficier de possibilités équitables de posséder le meilleur état de santé qu'elle est capable d'atteindre - pendant une certaine période et au cours de tous les cycles de sa vie. Cette approche ne peut se concrétiser que si l'égalité d'accès aux soins reste le principe directeur à cet égard.

8. La conception holistique du droit à la santé

38. Le droit à la santé, qui fait partie d'un ensemble de droits économiques, sociaux et culturels, est déjà consacré dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et tous les droits inscrits dans les deux Pactes doivent être réalisés de manière interdépendante et indivisible comme cela a si souvent été souligné. On peut dire que le droit à la santé considéré comme un droit composite comprend un grand nombre d'éléments de "substitution", dont chacun peut devenir lui-même un droit. De fait, la notion de "droit aux soins de santé", "droit à la sécurité sociale", "droit à des services sûrs fournis par des infrastructures sociales fonctionnant bien" ou "droit de remédier aux mesures inéquitables" pourrait bien constituer le premier niveau de ces éléments de substitution. Chacun de ces éléments de substitution, qu'il soit reconnu ou non en tant que droit, dans la Constitution et la législation ou dans la procédure judiciaire ou administrative, qu'il soit ou non inscrit dans une charte des citoyens ou dans d'autres textes, définirait les demandes que les citoyens sont en droit de formuler ou les procédures à suivre en s'adressant aux autorités compétentes. Le droit aux soins de santé s'entend de la possibilité pour toute personne de bénéficier d'un accès égal à des soins médicaux satisfaisants, à des orientations en matière d'éducation, à une protection prophylactique contre les risques de santé publique, et à la création de conditions, par le biais de réglementations ou d'autres instruments, propres à répondre raisonnablement à son aspiration à obtenir une part équitable de l'ensemble des ressources consacrées aux soins de santé. Les soins médicaux constituent toujours la principale base du droit à la santé. Le droit

fondamental d'accès aux services médicaux et aux soins de santé est entièrement conforme aux dispositions de l'alinéa d) du paragraphe 2) de l'article 12 du Pacte international.

39. Il est incontestable que les droits à la sécurité sociale, à des services sociaux fiables et à la correction des inégalités concernent tous la jouissance de nombreux droits et non uniquement du droit à la santé. Le recours à ces éléments de substitution pour définir plus en détail le droit à la santé présente l'avantage de permettre de déterminer, dans chaque domaine d'action relativement étroit, des indicateurs appropriés de progrès et de recueillir, en procédant à des études périodiques sur l'évolution de ces indicateurs des données sur les changements du droit à la santé. De fait, si l'on formule ce droit d'une manière aussi composite, on peut analyser la situation en ce qui concerne la jouissance du droit à la santé, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement, en utilisant des critères assez similaires tenant toujours compte des différences dans les conditions de départ. Pour atteindre ce but, l'ensemble du secteur de la santé a besoin d'alliances; il pourra se trouver dans une situation plus favorable en ralliant à ses objectifs les groupes influents qui s'efforcent de faire reconnaître les droits de l'homme actuels consacrés dans les deux Pactes, et faire aussi reconnaître universellement le droit à la santé. Les droits énoncés dans les deux Pactes doivent être considérés d'une manière holistique pour garantir les droits et les valeurs de l'individu et de la communauté.

Deuxième partie

1. Les droits des patients

40. Il est particulièrement important de réaffirmer les droits fondamentaux de l'homme aux soins de santé, et en particulier à la protection de la dignité et de l'intégrité du patient en tant que personne, car la vulnérabilité des malades les expose plus facilement à des violations de leurs droits et à subir plus directement les conséquences des carences et insuffisances des administrations sociales et sanitaires.

41. Diverses considérations sociales, économiques, culturelles, éthiques et politiques ont mis en évidence la nécessité de définir plus en détail et de faire mieux respecter les droits des patients. On préconise d'adopter des concepts nouveaux et plus positifs des droits des patients. Cette évolution tient en partie à l'importance capitale accordée à la fois à l'application intégrale de la notion de respect de la personne et à la définition de l'équité en matière de santé comme objectif de politique générale des Etats Membres de l'OMS. De ce fait, on met aujourd'hui de plus en plus l'accent notamment sur la promotion des choix individuels et la possibilité de les exercer librement, ainsi que sur l'engagement de mettre au point des mécanismes propres à assurer la qualité des soins.

42. En raison des changements survenus dans les systèmes de soins de santé, en particulier de leur plus grande complexité et souvent du développement de la bureaucratie, ainsi que des progrès dans le domaine de la science et de la technologie médicales et sanitaires, on a de plus en plus tendance à accorder une grande importance à la reconnaissance du droit de l'individu de déterminer lui-même ses choix, et dans de nombreux cas, à la nécessité de formuler des garanties pour assurer le respect des droits des patients. Les gouvernements se préoccupent de plus en plus de questions telles que la communication d'informations aux patients, la nécessité que leur consentement soit donné en toute connaissance de cause, le droit au secret et au respect de la vie privée, la protection des données, l'accès aux dossiers médicaux, le droit aux soins de santé et au soulagement de la souffrance, au respect de la dignité humaine et des valeurs culturelles et religieuses et à la mise en place de mécanismes institutionnels chargés d'examiner les plaintes des patients.

43. A cet égard, l'époque actuelle se caractérise surtout par le développement non seulement de l'individu mais aussi de la dimension sociale des droits des patients, en considérant les conditions de vie et de travail et la santé publique dans leur sens le plus large. Cette situation explique la tendance à réaffirmer le droit au traitement et aux soins, à une couverture sociale suffisante et à de bonnes informations sur les services de santé, en d'autres termes, le droit de bénéficier des progrès accomplis dans le domaine de la santé. Il convient de tenir compte non seulement des changements de la mentalité des citoyens qui aspirent à devenir non pas de simples utilisateurs mais aussi des partenaires actifs dans la répartition des responsabilités concernant l'ensemble du système de santé. Cette approche sociale est inséparable des effets de plus en plus marqués des facteurs économiques sur la politique et la gestion de la santé, et la reconnaissance de plus en plus large des limites que les restrictions économiques imposent à la prestation des soins de santé. De ce fait, la tâche qui s'impose est de rechercher les moyens d'enrayer l'accroissement des coûts sans porter atteinte au droit fondamental à la santé des populations en ce qui concerne l'accès aux soins et aux services, l'équité en matière de traitement et de qualité de soins.

44. Le mode de fonctionnement de la médecine moderne, qui est caractérisé par des prestations de soins qui sont de plus en plus complexes et évoluent si rapidement qu'elles deviennent inadaptées au système de soins de santé, constitue un autre facteur qui influe dans une très large mesure sur la reconnaissance des droits des patients. C'est le cas, par exemple, du fonctionnement des soins hospitaliers, qui met le malade face à des réalités rudes et complexes. La médecine moderne tend aussi à favoriser à la fois une bureaucratie excessive et des situations génératrices de conflits. Les impératifs de la gestion, ou du profit, peuvent aller à l'encontre du bien-être des patients. En dépit de certains principes établis de respect des patients qui les protègent assez bien, il est incontestable que les aspirations des utilisateurs ne sont pas satisfaites, comme en témoignent très largement les nombreuses demandes et plaintes qu'ils ont formulées et la création d'associations de consommateurs et de groupes de pression qui dénoncent les difficultés pratiques que suscite l'exercice des droits des patients.

45. Enfin, les facteurs qui ont contribué à une nouvelle reconnaissance des droits des patients sont certainement liés à l'apparition d'une "nouvelle éthique biomédicale", ou bioéthique, qui tend à concilier les impératifs de la recherche indispensable à l'amélioration des techniques de soins avec la protection des droits et des libertés fondamentales des personnes qui participent à la recherche sur les êtres humains. Cette notion de bioéthique a aussi influé sur l'attitude du malade individuel, ainsi que des autres personnes intéressées, dans l'adoption des décisions cruciales concernant la vie et la mort et exige le respect des principes éthiques fondamentaux.

2. Les droits des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale

46. Le 17 décembre 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté, dans sa résolution 46/119, un ensemble de Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale. L'OMS considère que ces principes constituent un progrès important dans l'évolution du système des Nations Unies. Ces principes assurent une très vaste protection à un groupe particulièrement vulnérable qui risque facilement d'être exposé à l'ostracisme de la société. Les personnes appartenant à ce groupe sont vulnérables car elles souffrent de troubles mentaux, qui les empêchent de faire des jugements sensés sur leurs propres besoins, et comme corollaire à leur vulnérabilité, elles bénéficient d'une priorité restreinte en ce qui concerne l'accès aux soins et aux services. Il est vrai que les personnes atteintes de maladie mentale peuvent parfois être dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, bien que ce risque soit souvent exagéré. Les principes cherchent à définir des garanties satisfaisantes contre de tels risques, sans méconnaître le fait que ces dispositions se prêtent particulièrement à des abus de la part des membres de la famille, d'autres membres de la communauté ou des autorités de l'Etat. Si une juridiction nationale respecte cet ensemble équilibré de principes en élaborant une législation interne à cette fin et en mettant en place les procédures nécessaires, on pourra à la fois faire respecter les droits des personnes atteintes de maladie mentale et améliorer les soins de santé mentale. Comme l'OMS a aidé dans une large mesure la Commission des droits de l'homme à élaborer ces principes, elle pourrait certainement jouer un rôle moteur en assurant leur diffusion auprès de son vaste réseau de contacts professionnels, pour que les systèmes nationaux tiennent raisonnablement compte de tous les aspects de ce problème.

47. Il n'appartient pas à l'OMS de suivre l'application de ces principes, et les violations éventuelles des droits des personnes atteintes de maladie mentale. Cette tâche pourrait être assez bien confiée à des organisations non gouvernementales et à d'autres organismes indépendants. De fait, ces organisations et organismes devraient constituer un réseau décentralisé de surveillance du respect des droits de l'homme. La tâche de l'OMS consistera alors à donner des avis techniques aux autorités sanitaires des Etats Membres, à leur demande, pour leur permettre de faire fonctionner leurs services conformément à ces principes. L'OMS est aussi en mesure de coopérer avec les pays pour leur permettre de modifier leurs législations en matière de santé mentale pour qu'elles soient conformes à ces principes.

3. Les droits de l'enfant

48. La Convention relative aux droits de l'enfant représente, pour l'OMS, une confirmation de la validité de la définition de la "santé" figurant dans le préambule de sa Constitution. La Convention offre non seulement un cadre juridique pour assurer la protection des enfants mais traite aussi des besoins particuliers de la mère dans le domaine de la santé, de la planification familiale et de la nécessité de protéger la santé et de prévenir directement les maladies de l'enfant. Cette inclusion de la notion de santé maternelle dans le cadre des droits de l'enfant traduit la reconnaissance des liens sociaux, psychologiques et biologiques entre la mère et l'enfant. Les droits de l'enfant aux soins de santé ne concernent pas uniquement l'accès à des technologies médicales de prévention et de traitement, à des médicaments, etc. Pour permettre la jouissance des droits de l'enfant à la santé, de nombreuses autres dispositions de la Convention doivent être appliquées; on doit en particulier veiller à ce que les responsables d'autres secteurs ne compromettent pas ou ne négligent pas la santé lorsqu'ils formulent des projets, des activités, ou même des lois ou des réglementations. L'OMS s'acquitte activement de ses responsabilités d'aider les Etats parties à la Convention de réaliser et de maintenir les droits liés à la santé énoncés à l'article 24 de la Convention, et, de fait, les progrès dans ce domaine s'inscrivent dans le cadre des efforts déployés par l'OMS pour suivre les progrès accomplis dans l'instauration de la santé pour tous. En coopération avec l'UNICEF et l'Association internationale de pédiatrie et d'autres organisations non gouvernementales, l'OMS participe activement et soutient les campagnes en faveur de la ratification, de l'application et la surveillance du respect de la Convention.

49. Les enfants qui se trouvent dans des situations vulnérables et difficiles, les enfants des rues, et ceux dont le travail est exploité, ont des besoins particuliers en matière de santé qui ne peuvent être aisément satisfaits dans le cadre des structures sanitaires actuelles. il est encore plus difficile de répondre aux besoins des enfants qui se trouvent dans des zones de conflits civils. En collaboration avec d'autres organisations et institutions humanitaires reconnues, l'OMS applique des programmes d'assistance et de coordination des secours d'urgence en faveur de ces enfants.

50. Les activités de suivi ont permis de constater que le nombre d'enfants bénéficiant d'un programme de vaccination a très largement augmenté. Toutefois, l'OMS est également consciente des disparités importantes qui subsistent, en particulier en Afrique, où le nombre de femmes qui meurent au cours d'un accouchement et le nombre de naissances d'enfants sous-alimentés in utero sont plus élevés qu'il y a cinq ans.

51. Les données scientifiques sur les effets défavorables du travail des enfants sur la santé de l'enfant sont rares. Dans la plupart de ces situations, les principales caractéristiques du travail des enfants qui nuisent à leur santé, notamment l'"âge critique" au cours duquel l'enfant risque d'être exposé à des effets dangereux du travail, la durée de certaines formes de travail, et le type de travail causant des dommages à la santé de l'enfant, n'ont pas été scientifiquement étudiées et un plus grand nombre de recherches doivent être entreprises dans ce domaine.

52. L'OMS participe depuis 1980 à des activités de recherche, de formation et de développement dans le cadre de programmes d'action concernant le travail des enfants. Ses objectifs sont les suivants : a) définir les effets que le travail des enfants peut avoir sur la santé; b) formuler des recommandations concernant les actions intersectorielles à entreprendre; et c) favoriser une plus large coopération entre les personnes et les groupes exerçant des activités dans le domaine du travail des enfants et sur ses effets sur la santé, notamment en leur accordant une assistance technique. Il convient de signaler à cet égard les activités du Groupe d'étude informel interorganisations, qui a été reconstitué et dont les membres sont les suivants : Défense des enfants - International, l'OIT, la Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et négligences envers les enfants, l'UNICEF et l'OMS. L'OMS a l'intention de continuer d'accorder une assistance technique et de diffuser des informations sur les rapports entre le travail des enfants et la santé. Elle envisage également d'encourager et de promouvoir l'exécution de programmes d'action intersectoriels, en étroite coopération avec d'autres institutions et organisations non gouvernementales.

4. Les droits des personnes âgées

53. Un certain nombre de principes des droits de l'homme touchant les soins aux personnes âgées sont énoncés dans le préambule du Plan d'action international sur le vieillissement. Ce plan a été adopté par l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, qui s'est tenue à Vienne du 26 juillet au 6 août 1992, et qui constitue actuellement le principal instrument international définissant les politiques et les programmes dans ce domaine.

54. Selon la définition retenue en 1991 par le Bureau of the Census, Economics and Statistics Administration du Département du Commerce des Etats-Unis, les personnes âgées sont les personnes âgées de 60 ans et plus, qui constituent actuellement entre 17 et 23 p. 100 de la population dans la plupart des pays développés, et entre 5 à 10 p. 100 de la population des pays en développement (dans quelques pays en développement, ce pourcentage est plus élevé). Il est intéressant de noter que c'est ce secteur de la population mondiale qui augmente le plus rapidement, surtout dans les pays en développement. Par exemple, selon Golini et Lori (dans Aging, 2: 319-336, 1990), on prévoit que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus va tripler en Chine et quadrupler dans la République de Corée et en Malaisie d'ici l'an 2025.

55. Les personnes âgées ont des droits qui leur sont propres, qui n'ont pas été traités en particulier dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 ou d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme. De fait, les personnes âgées représentent une minorité que toute l'humanité espère rejoindre, contrairement à d'autres groupes minoritaires tels que les personnes handicapées, les réfugiés et les minorités ethniques qui restent à l'écart tout au long de leur vie. Diverses formes de "vieillissement" peuvent conduire à des erreurs de diagnostic, à des traitements inappropriés et à des placements

inutiles en institutions. La santé et le bien-être des personnes âgées ne peuvent être assurés que par une meilleure compréhension des effets subtils et très étendus de la discrimination liée à l'âge sous toutes ses formes.

56. Il convient de mentionner à cet égard deux instruments importants : la recommandation de l'OIT concernant les travailleurs âgés de 1980 (Recommandation n° 162), qui traite des droits de tous les travailleurs susceptibles de rencontrer des difficultés particulières en matière d'emploi et de profession lorsqu'ils avancent en âge. Cet instrument revêt une importance spéciale car les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène en ce qui concerne leur santé physique et mentale. L'autre instrument est la résolution 46/91 adoptée le 16 décembre 1991, par l'Assemblée générale des Nations Unies qui énonce les "Principes des Nations Unies pour les personnes âgées". Ce texte définit 18 principes essentiels concernant l'indépendance, la participation, les soins, l'épanouissement personnel et la dignité des personnes âgées. Dans le domaine des soins, par exemple, la résolution met l'accent sur le droit d'une personne âgée de bénéficier du soutien de sa famille et d'avoir un accès aux soins de santé, et de continuer à jouir des droits fondamentaux de l'homme et de sa dignité lorsqu'elle est en résidence dans un établissement de soins ou de traitement. Des directives sont nécessaires pour appliquer ces principes. L'OMS a l'intention de participer pleinement à l'élaboration de ces directives.

5. Les droits des personnes handicapées

57. L'OMS a favorisé le respect des droits des personnes handicapées en adoptant une stratégie de réadaptation à base communautaire visant à veiller à ce que des services de réadaptation soient à la disposition des personnes handicapées dans les mêmes conditions que les services de santé sont accessibles à tous les membres de la communauté. La réadaptation à base communautaire consiste notamment à transférer des connaissances et des compétences pour entreprendre des activités de réadaptation au profit des personnes handicapées, des membres de leur famille et de la communauté, et à intégrer les enfants handicapés dans le système scolaire et les adultes dans des milieux sociaux au sein de leur communauté. Le système de réadaptation à base communautaire exige une assistance multisectorielle, notamment de la part des services de la santé, de l'enseignement, du travail et de l'action sociale. L'OMS souhaite continuer à travailler avec d'autres institutions des Nations Unies, des gouvernements, et des organisations non gouvernementales pour favoriser le développement des activités de réadaptation à base communautaire et des services d'appui nécessaires.

6. Les aspects du VIH/SIDA touchant les droits de l'homme

A. La protection des droits de l'homme et la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA

58. En mai 1992, la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la santé a approuvé la mise à jour, le renforcement et l'amélioration de la stratégie mondiale de la lutte contre le SIDA, qui définit les nouvelles orientations à prendre par tous les partenaires dans les efforts mondiaux visant à lutter contre le SIDA dans les années à venir. La stratégie définit des approches éthiquement et techniquement rationnelles, dont l'efficacité est reconnue, pour résoudre les nouveaux problèmes posés par la progression de la pandémie, à savoir : donner une importance accrue aux soins; améliorer le traitement des autres maladies sexuellement transmissibles; insister davantage sur la

prévention de l'infection à VIH par l'amélioration de la santé, de l'éducation et de la condition des femmes; instaurer un environnement social qui soit plus favorable à la prévention; planifier des mesures pour lutter contre les conséquences socio-économiques de la pandémie; et souligner davantage les dangers pour la santé publique de la stigmatisation et de la discrimination dans ce domaine. Les trois principaux objectifs de la stratégie sont identiques à ceux de la version initiale (1987) de la stratégie : a) prévenir l'infection par le VIH; b) réduire l'impact personnel et social de cette infection; et c) mobiliser et unifier les efforts nationaux et internationaux contre le SIDA.

59. En mettant en oeuvre cette stratégie, le Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS continue à unifier et à mobiliser les efforts internationaux dans le domaine des droits de l'homme et du VIH/SIDA. Par exemple, ce programme a participé à des conférences internationales sur le VIH/SIDA, convoqué ou financé des séminaires sur cette question, coopéré avec le Centre pour les droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies et avec d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, mené des activités de plaidoyer auprès des gouvernements, soutenu et financé des organisations non gouvernementales, ainsi qu'un certain nombre d'études, portant sur les dimensions des droits de l'homme du SIDA. Lors des conférences internationales et nationales, le Programme a continué de veiller à ce que la promotion des droits de l'homme des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA restent inscrites à l'ordre du jour, à la fois sur le plan international et national. La Quarante-et-Unième Assemblée mondiale de la santé a adopté en mai 1988 la résolution WHA41.24 dans laquelle elle a prié l'OMS de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire admettre la nécessité de protéger les droits de l'homme et la dignité des personnes infectées par le VIH et les sidéens. Dans le cadre des objectifs du Programme concernant les activités de plaidoyer, l'OMS a décidé de ne pas parrainer, coparrainer ou soutenir financièrement les conférences ou réunions internationales sur le SIDA dans les pays imposant des restrictions sur les voyages de courte durée des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA.

60. En ce qui concerne l'éducation, le Programme mondial de lutte contre le SIDA a exécuté des programmes de formation axés sur les droits de l'homme à l'intention de ses fonctionnaires au Siège de l'OMS à Genève, et envisage d'organiser des séminaires similaires à l'intention des fonctionnaires de l'OMS dans les six bureaux régionaux de l'Organisation. En outre, l'OMS a mené une série de consultations sur les aspects du VIH/SIDA touchant les droits de l'homme dans des domaines tels que : les restrictions imposées sur les voyages de courte durée, les prisons; et les tests. Le Programme soutient aussi l'Unité de législation sanitaire de l'OMS, qui établit régulièrement un tableau des législations sur le VIH/SIDA (voir "Tableau des instruments juridiques relatifs au SIDA et à l'infection par le VIH", WHO/GPA/HLE/92.1, juin 1992, dont une mise à jour doit être publiée en juin 1993). Il est prévu aussi de créer d'autres bases de données traitant du VIH/SIDA et des droits de l'homme.

61. En ce qui concerne la coopération avec les organisations internationales, le Programme mondial de lutte contre le SIDA a coopéré étroitement avec d'autres institutions des Nations Unies qui s'occupent des questions de droits de l'homme, en particulier avec le Centre pour les droits de l'homme de l'ONU, l'OIT, le HCR et le PNUD.

62. S'agissant des activités de plaidoyer auprès des gouvernements, l'OMS a accordé une coopération technique, débattu de lois envisagées ou promulguées, et répondu à des demandes d'information émanant de gouvernements sur les droits de

l'homme et sur les lois et réglementations concernant le VIH/SIDA. L'OMS met actuellement au point un cours destiné aux administrateurs de programmes de lutte contre le SIDA (en particulier à l'intention des fonctionnaires des gouvernements qui coordonnent l'action nationale de lutte contre le SIDA) qui comportera une formation en matière de promotion des droits de l'homme. Le Programme mondial de lutte contre le SIDA étudie aussi les plans à moyen terme établis par des gouvernements afin de veiller au respect des droits de l'homme. Enfin, il coopère avec des organisations non gouvernementales et a financé et continue de financer les travaux des ONG sur les droits de l'homme; il répond régulièrement à des demandes de renseignements des ONG concernant les aspects du VIH/SIDA touchant les droits de l'homme.

B. Perspectives d'action

63. La pandémie du SIDA se développe. Elle suscite une discrimination qui a des conséquences négatives profondes sur le plan personnel et social. La non-discrimination est une bonne politique de santé publique. Heureusement, des campagnes régulières et efficaces peuvent contribuer très largement et positivement à éviter toute discrimination à l'encontre des personnes infectées par le VIH et les sidéens. On peut affirmer que le succès de la campagne contre le SIDA sera largement mesuré par la manière dont les gouvernements dans le monde appliquent des politiques et des pratiques non discriminatoires.

64. La discrimination à l'encontre des personnes infectées par le VIH et des malades du SIDA continue de constituer un des principaux obstacles à la prévention de l'infection par le VIH et à la prestation de soins aux personnes atteintes du SIDA, et retarde aussi les efforts visant à réduire les conséquences personnelles et sociales de l'infection par le VIH et le SIDA.

65. Les travaux touchant les droits de l'homme menés dans le cadre du Programme mondial de lutte contre le SIDA s'appuient sur un certain nombre d'activités qui ont déjà commencé à être exécutées : la création d'un réseau mondial d'échanges d'informations, doté d'une banque centrale de données sur les personnes infectées par le VIH dont les droits de l'homme ont été violés, la diffusion de principes directeurs sur le VIH/SIDA dans les prisons; l'établissement d'une documentation sur les instruments juridiques traitant du VIH/SIDA; la collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies qui déploient des activités pour défendre les droits de l'homme; la poursuite et le développement de la collecte de documents de référence et de bases de données sur les aspects du VIH/SIDA touchant les droits de l'homme; l'établissement de documents techniques et didactiques dans ce domaine et la formation des principaux décideurs à l'échelon national (par exemple, les administrateurs des programmes de lutte contre le SIDA, les fonctionnaires des gouvernements, et les ONG) concernant les questions touchant la discrimination à l'encontre des personnes infectées par le VIH et atteintes du SIDA (l'accent sera mis dans le cadre de cette formation sur l'importance et la valeur de la promotion des droits de l'homme pour atteindre les objectifs de santé publique liés au SIDA).

66. Le Programme mondial de lutte contre le SIDA continuera d'organiser (en coopération avec l'Organisation des Nations Unies et d'autres institutions spécialisées) des réunions et des consultations visant à élaborer et à formuler des normes et des dispositions propres à permettre de faire progresser les objectifs de défense des droits de l'homme et éviter des pratiques discriminatoires, en particulier des politiques, des principes directeurs, et des règles sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme dans des domaines où des pratiques discriminatoires ont des conséquences importantes, par exemple, les

voyages internationaux et les migrations, les lieux de travail et d'autres secteurs à déterminer.

7. Les droits des groupes vulnérables et des peuples autochtones

67. L'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 concerne, en dernière analyse, les défavorisés. Ainsi, pour atteindre cet objectif, il est indispensable de recenser les défavorisés dans chaque pays, qu'il soit développé ou en développement pour rechercher tous ceux qui n'ont pas accès à la santé actuellement pour les faire bénéficier de ce droit aussitôt que possible - tout au moins d'ici l'an 2000.

68. Les catégories de la population qui sont défavorisées en ce qui concerne la santé sont notamment les suivantes : les personnes handicapées; les chômeurs; les ouvriers agricoles; les membres des castes inférieures; les populations autochtones; les sans abri; les familles monoparentales; les migrants; les familles nombreuses; les catégories de population résidant dans des régions éloignées difficilement accessibles; les orphelins et les enfants des rues; et les analphabètes. Un grand nombre de ces personnes défavorisées appartiennent bien entendu à plusieurs de ces catégories.

69. Les différences importantes dans le niveau de santé sont préoccupantes pour plusieurs raisons. Premièrement, parce que des progrès importants ont été accomplis dans l'amélioration de la santé dans son ensemble. Deuxièmement, parce que peu de pays disposent de données sur l'état de santé des groupes défavorisés sur le plan social et économique suffisamment nombreuses et fiables pour permettre de suivre l'évolution des différences dans ce domaine. Troisièmement, parce que dans les quelques cas où de telles données sont disponibles, il est évident que des lacunes subsistent ou ont tendance à augmenter. Un des objectifs des pays de la région Europe de l'OMS, à savoir, de réduire d'au moins 25 p. 100 d'ici l'an 2000 les différences effectives dans la situation sanitaire entre des pays et entre des groupes au sein des pays en améliorant le niveau de santé des nations et des groupes défavorisés ne pourra pas être atteint. Au contraire, si l'on compare la situation sanitaire entre les pays, on constate que le fossé s'accroît entre l'Europe du Nord-Ouest et l'Europe du centre et de l'Est, les pays d'Europe du Sud occupant un rang intermédiaire à bien des égards. L'objectif à atteindre dans les prochaines décennies est de réduire autant que possible cet écart, probablement en ramenant ces différences au niveau du début des années 70. On peut citer également à titre d'exemple les conclusions du Rapport Black intitulé Inequalities in Health publié au Royaume-Uni en 1992, qui indiquaient que les différences relatives dans les taux de mortalité des travailleurs manuels non qualifiés comparés à ceux des professions libérales et aux cadres ne se sont pas réduites dans la période de 20 ans comprise entre 1950 et 1970 et ont même dans certains cas augmenté.

70. Une quatrième raison tient au manque de volonté d'entreprendre actuellement des réformes fondamentales pour améliorer l'état de santé des personnes défavorisées. Les raisons intrinsèques de ces différences ne sont pas connues avec précision, mais on dispose de suffisamment de connaissances pour améliorer la situation lorsqu'elle s'explique surtout par une mauvaise volonté politique. Les études menées dans des pays développés ont montré que l'excès de mortalité est dû à des accidents, des maladies cardio-vasculaires, et des conditions de vie et de travail malsaines, qui pourraient être évitées par un certain nombre de mesures préventives. Dans les pays en développement, les maladies qui pourraient être facilement évitées (en particulier la malnutrition,

les maladies infectieuses et les problèmes liés à la grossesse) expliquent l'essentiel de ces différences. Un grand nombre de ces pays se trouvent dans une situation doublement difficile, car ils doivent assumer la charge de lutter contre les maladies non transmissibles tout en essayant de combattre les maladies transmissibles qui sont loin d'avoir été éliminées. En dépit de ces difficultés importantes, on pourrait mettre en oeuvre une politique sociale fondée sur l'équité et une "transition sanitaire", visant à faire baisser rapidement et régulièrement les taux actuellement élevés de la morbidité et de la mortalité pour les ramener à des niveaux assez bas, comme cela a pu être fait dans un certain nombre de pays où le PNB est faible, notamment au Sri Lanka.

71. Aux termes de l'article 20 de la Convention de l'OIT n° 107 (Convention concernant la protection et l'intégration des populations aborigènes et autres populations tribales et semi-tribales dans les pays indépendants), les gouvernements doivent assumer la responsabilité de mettre des services de santé appropriés à la disposition des populations intéressées. L'OMS a toujours fait connaître sa position au sujet de ces dispositions et a fait remarquer qu'elles étaient conformes à sa Constitution.

72. A mesure que nous nous rapprochons de l'an 2000, il est urgent que de nouvelles stratégies soient élaborées pour améliorer l'état de santé des personnes défavorisées. Ces stratégies doivent viser notamment à surmonter l'inertie, mettre au point des actions intersectorielles très larges, fixer des objectifs, assurer la participation de la communauté et l'apprentissage par l'action. Le contenu de chacune de ces stratégies ne sera pas le même dans les pays développés et les pays en développement. Ces stratégies devront tendre essentiellement à surmonter les obstacles culturels et financiers à l'utilisation des soins de santé (sur la base des infrastructures existantes), à favoriser l'adoption de modes de vie sains et à assurer une plus large équité dans la répartition et l'allocation des ressources. Les pays développés doivent accorder une aide pour répondre aux besoins et reconnaître les droits des groupes vulnérables et des peuples autochtones pour leur permettre de trouver de nouveaux moyens de surmonter les problèmes les plus difficiles à résoudre. Les différents pays devront manifester la volonté de prendre conscience de ces problèmes et de rechercher activement des données sur leurs aspects épidémiologiques et s'attacher à définir des stratégies et des politiques assurant au moins un niveau minimal de revenus et d'emplois. Le secteur de la santé doit promouvoir et soutenir ces initiatives et approches très étendues qui relèvent pleinement de ses attributions.

73. Cette évolution va soulever un certain nombre de problèmes. La formulation d'objectifs de santé en faveur des groupes vulnérables et des peuples autochtones peut poser des problèmes politiques dans le contexte actuel, où des groupes minoritaires sont engagés dans un certain nombre de conflits politiques internationaux. L'expression "populations défavorisées" peut soulever elle-même des difficultés. Que l'on utilise cette expression ou une autre, elle peut poser des problèmes et mettre en évidence la nécessité d'adopter une action urgente dans le cadre des efforts visant à instaurer la santé pour tous. En examinant la question de la santé des groupes vulnérables et des peuples autochtones, il est inévitable que des divergences de vues très étendues se fassent jour sur la manière de traiter cette question, d'autant plus que des groupes d'intérêt chercheront à maintenir le status quo. En conséquence, comme dans le passé, le système de santé va probablement traverser une période d'instabilité.

8. La situation sanitaire dans les pays les moins avancés

74. A la suite de la deuxième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (Paris, 3-14 septembre 1990), l'OMS a pris l'initiative d'accorder une grande attention à la question que soulève la persistance d'un niveau de santé défavorable dans les pays les moins avancés (PMA). Cette position est conforme à la Déclaration d'Alma-Ata, puisque la solidarité internationale pour faire face à la maladie et au mauvais état sanitaire dans une partie du monde est importante pour tous les pays.

75. Tous les indicateurs socio-économiques, et en particulier les indicateurs de santé sont "dans le rouge" dans les PMA; l'espérance de vie est inférieure à 50 ans, alors qu'elle est de 74 ans dans les pays développés, et 150 enfants pour 1000 meurent au cours de la première année de leur vie, contre 15 dans les pays industrialisés. A peine deux accouchements sur cinq sont suivis par du personnel qualifié. Il n'est guère surprenant que, dans de telles conditions, quelque 500 000 femmes meurent au cours d'un accouchement chaque année dans les pays en développement. En outre, on peut s'attendre à ce que le fardeau imposé par le SIDA, qui est étroitement lié à la misère et à l'ignorance, aura des effets négatifs importants sur la situation sanitaire. Sur les quelque 11 à 13 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, au moins la moitié vivent dans les PMA, ce qui veut dire qu'environ 1 adulte sur 80 dans ces pays est séropositif. Si nous considérons les PMA en Afrique seulement, cette proportion est même d'une personne adulte sur 40.

76. Il convient de ne pas négliger le fait que les PMA n'ont pas réussi à répondre aux besoins essentiels de leurs populations dans le domaine de la santé. En réalité, au cours des années 80, la demande de services de santé dans ces pays a augmenté, alors que l'offre a diminué. L'OMS considère que ce déséquilibre est inacceptable. L'Organisation estime que pour y remédier, il conviendra de faire des investissements importants dans le secteur de la santé dans les PMA d'ici la fin du siècle.

77. Les soins de santé primaires (SSP) restent la méthode la plus efficace pour permettre aux PMA de progresser sur la voie de l'instauration de la santé pour tous, mais sa mise en oeuvre exige une ferme détermination de la part des responsables politiques aux niveaux les plus élevés de réduire les inégalités sociales. Mais comment ces pays peuvent-ils espérer développer les SSP alors que les trois quarts des fonds disponibles pour la santé sont alloués aux hôpitaux dans les villes, ne bénéficiant ainsi qu'à une infime proportion de la population? Consciente des difficultés et des obstacles auxquels se heurtent les PMA lorsqu'ils essaient d'appliquer effectivement les SSP, l'OMS a lancé une nouvelle initiative visant à concentrer les efforts sur les pays et les populations qui en ont le plus besoin. Cette initiative tend à améliorer l'intégration et la coordination des programmes de l'OMS au sein d'un pays et de faire plus largement concorder ses activités avec les priorités nationales en matière de santé. Une importance particulière est accordée à la nécessité d'aider ces pays à accroître leurs moyens de traiter des aspects analytiques, administratifs, économiques et financiers des stratégies concernant la santé.

78. Cette nouvelle approche de l'OMS présuppose un engagement de la part des autorités nationales d'examiner dans une optique nouvelle et réaliste leurs priorités et leurs ressources dans le domaine de la santé. Dans le cadre de cette intensification de la coopération, l'élaboration par les autorités nationales de plans de santé rationnels, réalistes et cohérents reposant sur les

ressources effectivement disponibles, offre un cadre logique permettant d'utiliser ces ressources plus efficacement pour le développement du pays.

79. L'OMS a déjà analysé en détail la situation de 23 pays, dont 18 PMA, et des arrangements techniques et financiers ont été conclus avec des pays tels que Djibouti, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Malawi, le Népal, la République centrafricaine, le Soudan, le Tchad et le Yémen. A court terme, des efforts sont déployés pour accélérer la lutte contre certaines maladies (méningite, paludisme, tuberculose et lèpre), remédier à l'approvisionnement insuffisant en matériels et en médicaments essentiels et fournir aux gouvernements des conseils techniques au sujet des questions urgentes. A moyen et à long terme, l'objectif est d'harmoniser les activités, de réformer et renforcer le secteur de santé au sein de l'économie nationale et de promouvoir l'autonomie de ces pays.

80. L'OMS est convaincue qu'il n'y a pas d'autres choix possibles si l'on veut faire face aux problèmes difficiles que soulève la persistance intolérable de taux élevés de mortalité et de maladies qui peuvent être évitées dans les PMA. Leur persistance est intolérable pour l'OMS car elle entrave ses efforts visant à permettre à tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, qui constitue un des objectifs énoncés dans la Constitution de l'Organisation. La communauté internationale doit donc s'engager plus largement à mobiliser une collaboration volontaire et active de nature à rompre le "cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté" et construire à sa place une "spirale de la santé et du développement".

9. Le rôle des législations sanitaires

81. La contribution des législations sanitaires à l'amélioration de l'état de santé de la communauté, au moins dans les pays développés, a été importante. Comme l'éditorialiste d'une des revues médicales les plus réputées l'a dit il y a une quinzaine d'années :

> "La législation sur la santé publique et les mesures qui s'y rapportent ont probablement fait plus que tous les progrès de la médecine scientifique pour promouvoir le bien-être de la communauté au Royaume-Uni et dans la plupart des autres pays" (Lancet, 2, 1978).

Certes, il faut donner à l'expression "bien-être" la même interprétation très étendue que dans le premier des principes proclamés (dans le préambule de la Constitution de l'OMS) comme étant "à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité". Cette contribution de "la législation et d'autres mesures" peut-elle être quantifiée? Que peut-on dire alors de la "minorité de pays" auxquels se réfère implicitement l'éditorialiste? Y a-t-il des facteurs intrinsèques ou extrinsèques qui ont empêché les législations sanitaires et d'autres mesures de jouer le rôle qui leur revient pour améliorer l'état de santé de la communauté et de l'individu? Ce sont là quelques unes des questions qui doivent être examinées avec attention par les experts des droits de l'homme, de concert avec les responsables de la santé publique, les spécialistes de l'éthique, les philosophes de la morale et d'autres.

82. Autant que l'on sache, les programmes médicaux actuels dans la plupart des pays accordent généralement peu de place à la terminologie et aux ouvrages sur l'éthique, et encore moins aux principes des droits de l'homme consacrés dans la Charte internationale des droits de l'homme et dans d'autres instruments

internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme. Les médecins tendent donc à ne pas connaître les droits de l'homme liés à la santé auxquels peuvent prétendre leurs patients ou la communauté qu'ils desservent. Combien de personnes, par exemple, connaissent le paragraphe 16 de la Proclamation de Téhéran, bien qu'il concerne la santé de la famille et de l'enfant dans l'ensemble du monde? Combien de personnes savent que les participants à la Conférence internationale sur les droits de l'homme, qui s'est tenue à Téhéran du 22 avril au 13 mai 1968 ont adjuré "tous les peuples et tous les gouvernements ... de redoubler d'efforts pour que tous les êtres humains puissent ... s'épanouir sur le plan physique, mental, social et spirituel" (termes qui reprennent en partie la définition de la santé énoncés dans la Constitution de l'OMS)? L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a-t-il une grande signification pour les décideurs dans le domaine de la santé des pays développés ou des pays en développement? On pourrait remédier à cette situation si les organisations intéressées s'attachaient à établir un manuel sur la manière dont la philosophie et les principes de ces droits de l'homme qui sont liés à la santé de l'être humain - au sens large - pourraient faire partie du programme d'études médicales (des travaux préliminaires importants ont été accomplis par le Conseil de l'Europe et l'Institut international d'études des droits de l'homme de Trieste. Voir, par exemple, le médecin face aux droits de l'homme, CEDAM, Padoue (Italie), 1990). Ces efforts devraient aller de pair avec l'élaboration d'un autre document donnant des orientations aux législateurs et aux administrateurs de la santé sur la manière de traduire ces principes dans une législation sanitaire éclairée, conformément à la stratégie de la santé pour tous de l'OMS et en s'inspirant des idées de René Cassin, d'Eleanor Roosevelt, et d'autres précurseurs de la défense des droits de l'homme contemporains.

83. Certaines personnes peuvent soutenir que les termes mêmes de l'article 12 sont "dépassés" et traduisent la philosophie qui régnait généralement à cette époque en matière de santé. Ces termes contrastent avec la terminologie beaucoup plus progressiste et fondée plus largement sur l'équité (par exemple) du Protocole de 1988 de San Salvador ou du Pacte de San José (Organisation des Etats américains). Il serait illusoire de laisser entendre que l'article 12 devrait être modifié pour reprendre ce qui pourrait être décrit comme la philosophie d'Alma-Ata (d'après le nom de la ville du Kazakhstan ou s'est tenue la Conférence internationale de l'OMS/UNICEF sur les soins de santé primaires en septembre 1978), et le nouveau modèle de santé élaboré sous la direction de l'OMS. Ce qui serait sans doute moins illusoire consisterait à mettre au point un guide spécialisé sur l'application de l'article 12 (s'étendant aussi peut-être à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme) compte tenu des conceptions contemporaines de la santé et des problème de santé (et des aspects de l'environnement qui lui sont liés) auxquels les sociétés du XXIème siècle devront probablement faire face.

84. Comme on l'a dit ci-dessus, l'éditorial du Lancet recense implicitement deux groupes de pays - le premier où la législation sanitaire a sensiblement amélioré la santé publique , et le second où cela n'a pas été possible (tout au moins à partir de 1968). Et si c'était le cas, cette différence est-elle due à des facteurs qui peuvent 1) être identifiés et 2) corrigés par l'ensemble de la communauté médicale? L'héritage de la législation coloniale qui persiste encore en est-il responsable? Y a-t-il des obstacles connus sur le plan de la main-d'oeuvre, des ressources et d'autres éléments? Il s'agit là de questions qui méritent une réponse ou tout au moins une étude approfondie de la part des milieux universitaires en collaboration avec les organisations internationales intéressées.

85. Dans la résolution 2450 (XXIII) qu'elle a adoptée le 19 décembre 1968, l'Assemblée générale a mis l'accent sur la nécessité de mener des études 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" (voir à cet égard l'étude de l'OMS intitulée "Les aspects des droits de l'homme touchant la santé en tenant compte en particulier des progrès de la biologie et de la médecine" (1976) et le document de la Commission des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies E/CN.4/1172 et Add. 1 à 3 de 1975 intitulé "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"). Au cours de ces 25 dernières années, un grand nombre de mesures législatives ont été adoptées sur le plan national pour améliorer une telle protection. Il convient peut-être à ce stade de déterminer l'efficacité des lois adoptées jusqu'à présent et les domaines où des mesures législatives, sur le plan international, régional ou national sont nécessaires.

86. Le moment est peut-être opportun pour les organismes des Nations Unies qui s'occupent des droits sociaux et culturels (en particulier l'UNESCO, la FAO, l'OIT, l'OMS et le FNUAP) d'essayer de formuler en commun des principes directeurs sur le respect de ces droits dans la législation nationale. Tous ces organismes ont participé activement au renforcement des moyens législatifs nationaux dans leurs secteurs respectifs. Ils ont tous acquis beaucoup d'expérience sur les solutions pouvant se substituer à la législation, et des efforts communs pour donner des orientations aux pays pourraient aboutir à des résultats utiles.

10. L'aide humanitaire d'urgence dans le domaine de la santé et les droits des populations déplacées

87. Le préambule de la Constitution de l'OMS proclame que "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale". Ainsi, les activités de l'OMS en matière d'assistance humanitaire d'urgence dans le domaine de la santé sont pleinement conformes à sa Constitution.

88. Les droits de l'homme ne se limitent pas au droit de ne pas être soumis à la torture et à l'oppression physique. Les droits de l'homme comprennent aussi des droits qui sont essentiels non seulement pour jouir de la sécurité, mais également pour la survie et la dignité de l'être humain. Ils comprennent le droit fondamental à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires. Ainsi, l'OMS ne s'occupe pas seulement du sort des réfugiés, mais également de la situation difficile des personnes déplacées, des personnes qui regagnent leur pays et des communautés d'accueil.

89. Conformément à son mandat, l'OMS favorise :

a) Le respect des droits de l'homme parmi tous les groupes dans des conditions équitables;

b) L'amélioration de la santé, de l'enseignement, de la formation et de la qualité de l'environnement, en vue d'assurer le développement économique des communautés locales;

c) Le processus démocratique et la circulation des informations; et

d) L'établissement de liens entre les réfugiés, les personnes qui regagnent leur pays, les personnes déplacées et la communauté d'accueil, et la société civile des pays donateurs.

90. Les opérations menées dans les républiques de l'ex-Yougoslavie témoignent du rôle que l'OMS joue dans le domaine de l'assistance humanitaire. L'OMS apporte son aide aux populations des régions dévastées par la guerre, aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux communautés d'accueil, notamment :

a) En organisant des efforts internationaux pour éviter des morts et des souffrances inutiles;

b) En aidant les victimes du conflit à se maintenir en bonne santé dans un milieu hostile et dangereux;

c) En veillant à ce que le personnel de santé local dispose des moyens nécessaires pour atténuer les souffrances;

d) En exerçant des pressions à tous les niveaux pour veiller à ce que le personnel de santé et les travailleurs humanitaires puissent accomplir en toute liberté leur devoir dans des conditions de sécurité et être protégés par le droit international humanitaire;

e) En mobilisant des secours sanitaires d'urgence sur la base d'une évaluation technique objective et rationnelle des besoins en matière de santé;

f) En recherchant des dons volontaires pour la composante santé du Programme d'action consolidé des Nations Unies et en accordant la priorité aux besoins des populations des régions dévastées par la guerre; et

g) En veillant à ce que la vie et les droits des personnes dépendantes et handicapées, tels que ceux des personnes atteintes de maladie mentale soient respectés.

91. La Charte des Nations Unies met l'accent sur le rôle de l'Organisation des Nations Unies dans la promotion du bien-être économique et social. L'article 55 prévoit que l'Organisation s'engage à relever les niveaux de vie, à assurer le plein emploi et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social, et la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social de la santé publique et d'autres problèmes connexes.

11. L'équité en matière de soins de santé

92. Dans de nombreux pays, le droit aux soins de santé est consacré dans la législation sanitaire et est même parfois un droit constitutionnel. Toutefois, pour de nombreux groupes, il y a souvent un écart très important entre l'existence de ce droit reconnu par la loi et l'équité réelle dans l'accès aux soins de santé. Dahlgren et Whitehead ont décrit les obstacles d'ordre géographique, économique et culturel à la prestation de soins de santé dans un document récent de l'OMS intitulé "Policies and strategies to promote equity in health" (Politiques et stratégies visant à promouvoir l'équité dans le domaine de la santé) (document EUR/ECP/RPD 414(2), Copenhague, 1992). Ces obstacles sont notamment dus aux difficultés que pose la prestation de soins de qualité dans des régions isolées, rurales, montagneuses ou insulaires, et à la réticence

manifestée par le personnel de santé à exercer ses activités dans des régions urbaines défavorisées, phénomènes constatés aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Le financement des systèmes de santé peut limiter l'équité dans l'accès aux soins de santé, tout comme les obstacles culturels lorsque le contact entre le professionnel et le patient laisse à désirer, ou que les migrants et les travailleurs immigrés se heurtent à des difficultés linguistiques. Un faible niveau d'éducation peut constituer un obstacle important à la demande de soins de santé, et en particulier de services de prévention. Les personnes qui ont le plus besoin de soins sont souvent celles qui sont le moins susceptibles de recevoir des soins de qualité, phénomène qui a été qualifié par J.T. Mart de "Lois des soins inverses" (dans Lancet, 1, 1971). Le document susmentionné indique certains moyens de résoudre ces questions.

93. Dans plusieurs pays d'Europe, notamment en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni, des formules d'allocation des ressources ont été utilisées pour tenir compte des différences de besoins en matière de soins dans diverses régions du pays. Un système de planification stratégique a été utilisé en Finlande avec un très large succès pour assurer la prestation de service de grande qualité dans les régions rurales et dans certaines régions du Royaume-Uni, des méthodes novatrices ont été mises en place pour adapter la prestation de soins aux besoins des minorités ethniques.

94. En raison de l'insuffisance de la croissance économique, on a préconisé des réductions des coûts dans la prestation des soins de santé dans de nombreux pays. De plus en plus, les utilisateurs se sont obligés de prendre en charge directement une partie des coûts. Un grand nombre de ces changements risquent réellement d'entraver les mesures d'équité dans l'accès aux soins de santé, comme c'est le cas de certaines des grandes réformes envisagées actuellement en ce qui concerne le financement des soins de santé en Europe de l'Est.

95. La demande croissante de soins de haute technicité ne peut être attrayante que pour les politiciens en raison de sa très grande visibilité. Si cette demande est satisfaite, elle peut avoir pour effet de favoriser l'accès aux soins de quelques uns, tout en limitant l'accès aux services de base des plus nombreux.

96. Malheureusement, les conséquences possibles de nombre des réformes du système de financement des soins de santé, des mesures de limitation des coûts et de l'équilibre entre la technologie de pointe et les soins de base, sur l'équité et l'accès aux soins de santé, n'ont souvent pas été examinées en détail. Les chercheurs et les décideurs devraient accorder une plus grande attention à ces questions.

97. Les critères à appliquer pour décider du contenu des "soins essentiels minimaux" doivent être définis avec plus de précision. Les restrictions d'accès aux soins de santé par l'allongement des listes d'attente, etc, doivent également être inscrites expressément dans les programmes politiques et non aboutir au rationnement implicite que l'on observe actuellement. Les prévisions concernant la poursuite d'une croissance économique médiocre pendant encore un certain temps et les nouvelles diminutions des ressources allouées aux secteurs de la santé montrent qu'il est indispensable de définir plus explicitement ces critères.

98. Dans un rapport récent publié en 1992 intitulé "Choix en matière de soins de santé" (ministère de la protection sociale, de la santé et des affaires

culturelles, Rijswijk, Pays-Bas, 1992); il est suggéré qu'en transférant des catégories de soins dans un "programme d'ensemble" comprenant une assurance de santé de base, il convient de tenir compte des quatre questions suivantes : a) les soins sont-ils nécessaires du point de vue de la communauté? b) ont-ils démontré leur efficacité? c) sont-ils rentables? peuvent-ils être laissés à la responsabilité de l'individu? Certes, il est possible d'approuver ou de rejeter ces critères, mais il est important qu'ils soient débattus et examinés publiquement.

99. Les organismes des Nations Unies, comme l'OMS, l'OIT et l'UNICEF, ainsi que la Banque mondiale et d'autres organisations intergouvernementales comme la Commission des communautés européennes et l'OCDE, qui fournissent une assistance à différents pays pour leur permettre de développer leurs systèmes de soins de santé, doivent collaborer à l'élaboration de principes directeurs pour aider ces pays à organiser des discussions politiques publiques au sujet de ces questions importantes.