

Distr.
GENERALE

E/C.12/1993/SR.42
15 décembre 1993

Original : FRANCAIS

COMITE DES DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

Neuvième session

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA 42ème SEANCE

tenue au Palais des Nations, à Genève,
le lundi 6 décembre 1993, à 15 heures.

Président : M. ALSTON

SOMMAIRE

Organisation des travaux

Débat général sur le droit à la santé (contenu minimal du droit et aspects relatifs à la non-discrimination) reconnu à l'article 12 du Pacte (suite)

Le présent compte rendu est sujet à rectifications.

Les rectifications doivent être rédigées dans l'une des langues de travail. Elles doivent être présentées dans un mémorandum et être également portées sur un exemplaire du compte rendu. Il convient de les adresser, une semaine au plus tard à compter de la date du présent document, à la Section d'édition des documents officiels, Bureau E.4108, Palais des Nations, Genève.

Les rectifications éventuelles aux comptes rendus des séances de la présente session seront groupées dans un rectificatif unique qui sera publié peu après la clôture de la session.

GE.93-19807 (F)

La séance est ouverte à 15 h 15.

ORGANISATION DES TRAVAUX (point 2 de l'ordre du jour) (suite)

1. Le PRESIDENT indique que le projet d'observation générale sur les personnes souffrant d'un handicap (E/C.12/1993/WP.26) a été révisé à la lumière des observations des membres et des organisations non gouvernementales et invite les membres du Comité à l'étudier de façon à pouvoir en débattre prochainement et l'adopter.

2. Par ailleurs, le Comité a été prié de réfléchir à la question du droit à l'éducation à sa session en cours. Les membres se rappelleront que la Déclaration et le Programme d'action de Vienne contiennent un certain nombre de dispositions relatives au droit à l'éducation et que l'Assemblée générale est saisie d'une proposition tendant à proclamer une décennie de l'éducation. Le Comité des droits de l'homme a été aussi chargé de réfléchir à la question et il est probable que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels servira d'organe centralisateur. Le Président a donc fait savoir au secrétariat, à titre provisoire, que le Comité consacrerait une heure à la question d'ici la fin de la session.

3. En outre, le Président tient à informer le Comité que Mme Bonoan-Dandan, en sa qualité de rapporteur, et lui-même vont étudier avec le Sous-Secrétaire général aux droits de l'homme les moyens d'améliorer les méthodes de travail du Comité.

4. Le Président indique, enfin, que le projet d'observation générale sur les droits économiques, sociaux et culturels des personnes âgées que Mme Jimenez Butragueño a rédigé (E/C.12/1993/WP.21) a été distribué et que le Comité devrait pouvoir en commencer l'examen avant la fin de la session.

DEBAT GENERAL SUR LE DROIT A LA SANTE (CONTENU MINIMAL DU DROIT ET ASPECTS RELATIFS A LA NON-DISCRIMINATION) RECONNU A L'ARTICLE 12 DU PACTE (point 5 de l'ordre du jour) (suite) (E/C.12/1993/WP.17 à 20 et 22 à 25)

Importance de la reconnaissance de la santé en tant que droit de l'homme
(suite)

5. Mme PINET (Organisation mondiale de la santé - Vice-Présidente du Groupe de travail sur les droits de l'homme) rappelle que le droit à la santé est un droit fondamental, au même titre que le droit à la liberté et le droit à la vie, et que l'intégrité physique et mentale fait partie intégrante de la dignité de l'homme. Le droit à la santé n'est toutefois pas un droit absolu, mais la résultante d'un ensemble de droits individuels et collectifs, qu'il dynamise et finalise et dont il peut modifier la portée. Il existe un lien très étroit entre le droit à la santé et la liberté de l'homme et, de même que nul n'est jamais définitivement libre, nul n'est jamais définitivement en bonne santé, ce qui ne saurait servir d'argument pour nier la reconnaissance et la réalisation d'un droit à la santé. Le droit à la santé ne se réduit pas à un droit aux soins car il a une dimension socio-économique, comportementale et environnementale qui est déterminante pour ce qui est des droits de l'homme. En effet, si les effets sur la santé des inégalités sociales et économiques peuvent être atténués par une action de santé, la

réduction des inégalités en matière de santé ne peut être obtenue, en fin de compte, que par une amélioration des conditions sociales et économiques. Aucun des buts fondamentaux de la santé publique ne peut être atteint sans une plus grande justice sociale, qui exige une participation constante de l'Etat dans tous les domaines économiques et sociaux. Le droit à la santé est un droit social à finalité individuelle, et la société doit s'engager à utiliser tous les moyens dont elle dispose pour en garantir l'exercice.

6. Par ailleurs, cette obligation de moyen a une portée mondiale comme il est souligné dans la Constitution de l'OMS et dans la Stratégie globale de la Santé pour tous, inspirée de la même préoccupation que celle qui anime le Comité des droits économiques, sociaux et culturels : obtenir la reconnaissance d'une responsabilité collective et individuelle envers la santé et réunir un consensus universel sur le contenu de la "Santé pour tous" et du minimum essentiel qu'il représente pour tous les individus et tous les peuples.

7. Il faut aussi prendre pleinement conscience de la reconnaissance progressive en droit international de normes souples, directives, comme les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé qui, si elles ne sont pas juridiquement obligatoires, engagent la volonté collective des Etats membres de l'OMS et ont un rôle prépondérant dans la promotion et la définition dynamique du droit à la santé, en particulier dans ses aspects d'équité et de non-discrimination.

8. Toutefois, le droit à la santé exige plus que des directives et des programmes. Il faut que ce droit soit garanti par des textes et puisse être immédiatement invoqué. C'est là une des préoccupations constantes du Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans le dialogue avec les Etats parties qui soumettent un rapport. A cet égard, l'OMS est pleinement consciente de la complémentarité de son mandat et de celui des organes chargés de surveiller l'application des Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme.

9. Enfin, il ne faut pas oublier qu'il existe des obligations individuelles et collectives dans le domaine de la santé. Chacun a une responsabilité dans l'autogestion de la santé, dans l'utilisation rationnelle des services de santé et dans la préservation d'un environnement salubre, et il existe un devoir de solidarité humaine, scientifique et financière envers les plus vulnérables, ainsi qu'entre les peuples et entre les générations.

10. Mme Pinet propose en conclusion que le Comité des droits de l'homme de l'OMS et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels établissent des liens de coopération dans plusieurs domaines. Ils pourraient, par exemple, développer l'échange réciproque d'informations et engager une réflexion commune sur le droit à la santé lors de la prochaine révision des directives générales pour la présentation des rapports. Par exemple, il serait utile de préciser les obligations des Etats en ce qui concerne l'accès du public à l'information, qui est à la base du choix en matière de santé, et la participation communautaire dans le domaine de la santé. Enfin, le Centre pour les droits de l'homme pourrait engager une réflexion internationale sur les formes novatrices que pourrait prendre l'obligation de faire rapport.

11. Mme SKOLD (Commission médicale chrétienne du Conseil oecuménique des Eglises) rappelle que le Conseil oecuménique des Eglises est présent dans plus de 100 pays et que sa Commission médicale aide les Eglises membres et les communautés locales dans leurs efforts pour rendre la santé et les soins accessibles à tous.

12. Il ne faut pas oublier que le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé déclare que "la possession du meilleur état de santé" possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction d'aucune sorte. Ce droit a été réaffirmé lors de la Conférence de 1978 sur les soins de santé primaires. Il reste évidemment la difficile question de la définition de la santé en tant que droit de l'homme. Le Conseil oecuménique des Eglises s'inquiète de ce que la Déclaration de la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires n'ait pas été entièrement appliquée et de ce que, trop souvent, la santé soit assimilée à l'absence de maladie alors que dans la Constitution de l'OMS la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Les conditions nécessaires à la jouissance de la santé sont d'ordre social et économique; ce sont l'accès à la terre, la productivité économique, l'alimentation, le logement, l'eau salubre, l'assainissement, l'éducation, les travaux publics et les communications, les loisirs et la participation populaire.

13. Le Conseil oecuménique des Eglises a reconnu depuis longtemps les dimensions sociales, économiques et politiques du droit à la santé. La notion de santé est indissociable des traditions culturelles et religieuses, et les conditions essentielles à la jouissance de la santé globale dépendent de la volonté politique et économique et des moyens mis en oeuvre. L'effort conscient des individus pour évaluer leur situation en matière de santé et pour améliorer leur qualité de vie est un indicateur important du droit de chacun à la santé. Tout doit être fait pour permettre aux communautés et aux particuliers de reconnaître que la santé est un droit fondamental et un processus dynamique, qui demande la participation de tous à tous les niveaux. Les individus et la communauté ont aussi le droit et le devoir d'unir leurs efforts pour obtenir que la priorité soit accordée, dans le domaine de l'agriculture, de l'éducation, de l'emploi, du logement et de la santé publique, à des politiques propres à créer les conditions nécessaires à la jouissance de la santé pour tous. Or dans certaines régions et dans certains pays, l'action des travailleurs de santé et des travailleurs communautaires est entravée par des mesures gouvernementales qui invoquent la sécurité nationale. C'est là que les organes internationaux et les gouvernements ont un rôle à jouer. Aujourd'hui, en effet, à la suite de politiques d'ajustement structurel, la plupart des pays du tiers monde, écrasés par la dette extérieure et soumis au diktat du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, prennent des mesures particulièrement préjudiciables au bien-être de leurs populations. Ces mesures - privatisation des services, gel des salaires, licenciements, réduction des dépenses publiques dans le domaine de la santé et de l'éducation, etc. - ont pour effet d'appauvrir et de marginaliser de larges secteurs de la population et ont des conséquences dramatiques pour les groupes vulnérables, comme les femmes, les personnes âgées et les chômeurs, qui n'ont plus accès à des soins de santé satisfaisants. Les politiques d'ajustement structurel doivent donc être repensées et humanisées.

14. Le contenu minimal du droit à la santé n'est par conséquent rien d'autre que la mise en oeuvre sans réserve de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, sans laquelle de vastes secteurs de la population seraient victimes d'une grave discrimination. La répartition inéquitable des ressources en matière de santé à l'intérieur des pays et entre les nations ne peut être corrigée que par la promotion des soins de santé primaires.

15. Le Conseil oecuménique des Eglises recommande à l'ONU, par l'intermédiaire du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et en coopération avec les gouvernements et avec l'Organisation mondiale de la santé, de lancer un programme d'étude dont l'objet serait la réalisation intégrale du droit à la santé, en posant comme condition essentielle le droit à la non-discrimination. Le programme devrait s'inspirer de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme qui consacre le droit de chacun à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, ainsi qu'aux soins médicaux et aux services sociaux en cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

16. Mme AHODIKPE déclare que le droit à la santé pourrait emprunter le chemin de la médecine traditionnelle, en particulier dans les pays en développement où les moyens thérapeutiques modernes ne sont pas accessibles à la majorité de la population. La promotion de la médecine traditionnelle est donc un élément important du droit à la santé.

17. M. SIMMA souligne que les participants qu'il a entendus jusqu'ici lui ont beaucoup appris en mettant en lumière les aspects sociologiques du droit à la santé. Toutefois, il aurait souhaité et espère encore entendre des propositions plus concrètes qui pourraient être exploitées par le Groupe de travail de présession. Les documents de travail et les interventions entendues jusqu'ici ont un caractère général et certaines notions ne sont toujours pas définies. Par exemple, il y a une différence entre prétendre à la santé et avoir un droit réel à la santé. Le Comité devrait s'attacher au contenu minimal du droit à la santé et à la non-discrimination et M. Simma exhorte les invités à axer leurs interventions sur ces deux points de façon à donner au Comité l'orientation précise dont il a besoin.

18. M. GRISSA constate qu'il est aisé de militer en parole en faveur du droit au développement, que nul ne songerait à nier. Mais il ne faut pas oublier que la santé a un coût et que tout le problème réside dans les moyens de réaliser ce droit. Dans de nombreux pays, la nourriture, l'assainissement, l'eau potable font défaut. En Afrique, le problème majeur est l'eau, qui est à l'origine d'un grand nombre de maladies, et les travaux d'assainissement nécessaires demanderaient des sommes quasiment équivalentes au produit national brut du continent tout entier. En Amérique latine, moins de 20 % de la population ont l'eau courante. Dans de telles conditions de pénurie, il est évident que l'on ne saurait parler de réaliser le droit à la santé.

19. Le PRESIDENT reconnaît que les difficultés dont M. Grissa a fait état existent bien. Il rappelle cependant à ce propos ce qu'a déclaré le matin même Mme Leary, à savoir que ce ne sont pas les ressources qui manquent le plus mais la volonté des gouvernements de placer le droit à la santé au centre de leurs priorités et de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour en assurer la réalisation.

20. M. KOUZNETSOV souhaiterait que soit abordée la question de la coopération internationale dans le domaine de la santé. Il peut s'agir de la fourniture d'une assistance technique ou de médicaments. L'OMS, par exemple, mène des actions à grande échelle dans ce domaine.

21. Il peut s'agir également de l'élaboration d'instruments et d'accords internationaux visant à sensibiliser les gouvernements et l'opinion au caractère prioritaire du droit à la santé physique et mentale, tel qu'il est défini à l'article 12 du Pacte. Les Etats ont déjà élaboré un certain nombre d'instruments en la matière et le Comité doit les encourager à poursuivre dans cette voie.

22. Il convient de signaler à cet égard que de nombreux spécialistes, notamment les membres de l'Association de droit international, considèrent que le droit médical international devrait être codifié. L'OMS, une commission spéciale de l'Assemblée générale ou encore un groupe de travail créé par le Conseil économique et social pourraient être chargés d'élaborer une déclaration relative aux principes du droit médical international, qui pourrait jouer en matière de santé un rôle analogue à celui que joue dans un autre domaine la Déclaration relative aux principes de droit international touchant les relations amicales et la coopération entre les Etats conformément à la Charte des Nations Unies. En adhérant à une telle déclaration, les Etats contracteraient de nouvelles obligations en matière de santé.

23. Tant qu'ils poursuivront leurs essais dans le domaine de l'armement nucléaire, chimique ou bactériologique, les Etats ne pourront prétendre qu'ils mettent tout en oeuvre pour protéger la santé des populations. Il faut également examiner les problèmes sanitaires que posent la pollution de l'environnement, le trafic de stupéfiants et la prostitution.

24. Enfin, comme l'a souligné le Président, le Comité doit s'efforcer de convaincre les gouvernements de placer le droit à la santé au centre de leurs préoccupations, notamment en accordant à la santé les crédits qu'elle mérite dans le budget national.

25. M. GRISSA dit qu'il est difficile d'établir des priorités quand les ressources font défaut.

26. Il estime par ailleurs que l'éducation est indispensable à l'exercice du droit à la santé. D'autres droits comme le droit à une alimentation suffisante et le droit au logement influent également sur la réalisation du droit à la santé.

27. Enfin, M. Grissa aimerait savoir qui, des individus ou des autorités, doit fixer les priorités, et comment.

28. Le PRESIDENT rappelle que les Etats parties se sont engagés, en ratifiant le Pacte, à accorder la priorité aux droits économiques, sociaux et culturels fondamentaux.

29. Mme JIMENEZ BUTRAGUENO dit qu'il est très important d'étudier la discrimination dont sont victimes les femmes dans le domaine de la santé.

30. Par ailleurs, la priorité doit être accordée à la médecine préventive, à la fois pour des raisons sanitaires et des raisons de rentabilité, notamment en ce qui concerne le troisième âge.

31. Il faut également se pencher sur la relation qui existe entre le droit à la santé et d'autres droits tels que le droit à une alimentation suffisante et le droit au logement.

32. Il convient aussi de demander aux gouvernements ce qu'ils font pour inciter les individus à rester en bonne santé, notamment en se protégeant contre les méfaits du tabac et de l'alcool.

33. Comme Mme Pinet l'a souligné à juste titre, il importe en cette période de crise économique de faire appel à des volontaires de la société civile qui pourront compléter l'action menée par les gouvernements dans le domaine sanitaire.

34. Enfin, Mme Jimenez Butragueno considère que ce que M. Fluss a dit à propos des indicateurs de santé est très important.

35. M. MUTERAHEJURU estime, comme M. Simma, qu'il conviendrait de préciser le contenu du droit à la santé.

36. Il y aurait lieu également d'approfondir la question de la compatibilité des programmes d'ajustement structurel avec le respect des droits économiques, sociaux et culturels.

37. Enfin, M. Muterahajuru tient à souligner que dans certaines situations exceptionnelles, notamment celle où se trouvent les personnes qui vivent dans des camps de réfugiés en Afrique et dans d'autres parties du monde, il est pratiquement impossible de faire la distinction entre droit à la vie et droit à la santé. En effet, c'est la survie même de ces personnes qui est en jeu. M. Muterahajuru a pu constater lui-même que nombre d'entre elles mourraient de faim ou de maladie. Le Comité doit donc tenir compte de ces situations extrêmes lorsqu'il aborde la question du droit à la santé.

Le principe de non-discrimination

38. M. HENDRIKS (Président de la Section néerlandaise de la Commission internationale de juristes) dit que le droit à la santé impose aux Etats l'obligation de protéger la santé publique et individuelle en assurant à tous l'accès à des services sanitaires appropriés et en prenant des mesures de prophylaxie à la fois globales et ciblées.

39. Si les nouvelles techniques médicales qui ont été mises au point ont permis d'améliorer considérablement la situation sanitaire de la population, conformément aux objectifs énoncés à l'article 12 du Pacte, leur application sans restrictions, notamment en dehors de la relations traditionnelle entre médecin et patient, fait peser une grave menace sur les droits et la dignité de la personne humaine. Les examens médicaux obligatoires dans le cadre de l'emploi et les expériences médicales tentées sur des sujets humains en sont des exemples. On tient de plus en plus souvent compte de l'état de santé d'une personne pour déterminer l'accès à toutes sortes de biens et de services,

tels que l'emploi, la sécurité sociale, le logement, etc. Les fournisseurs de biens et de services sont libres de demander aux candidats des renseignements détaillés sur leur santé et peuvent même leur imposer un examen physique et psychologique.

40. Il s'agit là d'une évolution très préoccupante car elle peut conduire à la violation systématique du droit à la vie privée et à l'intégrité physique. Il convient de protéger les droits et la dignité de toutes les personnes. On ne saurait admettre qu'un individu soit exclu de la vie sociale, de l'emploi, du logement ou de la sécurité sociale en raison de son état de santé. En outre, l'absence de protection juridique adéquate de la confidentialité des informations personnelles concernant la santé risque de dissuader ceux qui en ont besoin de s'adresser aux services médicaux. Dans de telles situations, c'est le droit à la santé lui-même qui est en jeu.

41. Il faut déterminer de toute urgence à partir de quel moment une différenciation fondée sur l'état de santé constitue une discrimination. Cette question est d'autant plus importante que les progrès rapides de la génétique permettront dans un avenir proche de déceler certaines anomalies ou de prévoir leur apparition.

42. Il faut donc interdire expressément toute discrimination fondée sur l'état de santé. Il convient de rappeler à ce propos que, dans sa résolution 1989/11, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a déclaré que "les hommes et les femmes sont tous égaux devant la loi et ont droit à une égale protection de la loi contre toute discrimination et contre toute incitation à la discrimination liée à leur état de santé". Or à ce jour, très rares sont les législations qui prévoient des garanties juridiques contre une telle discrimination.

43. Par ailleurs, il faudrait élaborer des normes internationales minimum qui précisent dans quelle mesure les fournisseurs de biens et de services sont autorisés à demander aux candidats éventuels de leur fournir des renseignements sur leur état de santé. Cette tâche apparaît d'autant plus urgente que l'accès à un grand nombre de droits économiques, sociaux et culturels dépend de la capacité des individus à répondre aux conditions de santé fixées unilatéralement par les fournisseurs de biens et de services.

44. Pour conclure, M. Hendriks exprime l'espoir que le Comité tiendra compte de ces suggestions lorsqu'il examinera la manière dont les Etats parties s'acquittent de leurs obligations.

45. M. GRISSA se demande si, en empêchant la divulgation d'informations pour protéger la vie privée des uns, on ne porte pas atteinte au droit des autres à la protection de leur intégrité physique. Il cite le cas de deux personnes contaminées, l'une par un proche, l'autre par un compagnon séropositifs dont on ne savait pas qu'ils étaient porteurs du virus VIH.

46. M. HENDRIKS (Président de la Section néerlandaise de la Commission internationale de juristes) fait observer qu'il faut être extrêmement prudent en restreignant les droits de l'individu dans le prétendu intérêt de la communauté - il a été démontré, par exemple, que les essais de dépistage obligatoire de la séropositivité au sein de larges secteurs de la population

n'ont conduit qu'à des attitudes discriminatoires et non pas à une modification des comportements. Il faut plutôt dispenser à tous une éducation adéquate pour que chacun puisse protéger les autres.

47. Le PRESIDENT, parlant en sa qualité d'expert, maintient que les personnes qui courent le risque de contamination ont néanmoins besoin d'être informées sur les autres afin de se protéger elles-mêmes.

48. Mme HAUSERMANN (Rights and Humanity) indique que l'organisation non gouvernementale dont elle est présidente, Rights and Humanity, a pour objectif, dans le domaine à l'examen, de promouvoir le respect des droits de l'homme des personnes séropositives ou atteintes du SIDA et de protéger la santé des femmes. Elle fait observer que la plupart des débats sur le droit à la santé sont axés sur la teneur des politiques et des mesures que les pouvoirs publics doivent adopter pour assurer à toute personne la possibilité de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. L'organisation Rights and Humanity, quant à elle, s'attache plutôt à examiner dans quelle mesure les Etats s'acquittent concrètement de leur devoir de respecter les droits de l'homme dans le cadre des soins de santé et de protéger toute personne contre toute discrimination à cet égard. Les problèmes rencontrés montrent que l'un des premiers devoirs de l'Etat est d'éduquer les responsables de la santé publique, des décideurs aux agents d'exécution, qui ignorent souvent les obligations juridiques contractées par l'Etat en vertu d'instruments internationaux et savent encore moins quelles sont les mesures à mettre en oeuvre pour assurer le respect des droits de l'homme dans le cadre des politiques et des services de santé. C'est là une question sur laquelle le Comité des droits économiques, sociaux et culturels pourrait se pencher. L'Organisation mondiale de la santé, quant à elle, travaille à l'élaboration d'un cadre directeur pour les politiques menées aux niveaux international et national, activité à laquelle collabore Rights and Humanity.

49. Cette dernière participe également aux travaux d'une commission mondiale de l'OMS sur la santé des femmes, qui a décidé de considérer cette question dans la perspective du respect des droits de l'homme. Il a été constaté, en effet, que la discrimination dont souffrent les femmes et leurs conditions socio-économiques peu enviables les rendent particulièrement vulnérables sur le plan de la santé : l'analphabétisme ou le manque d'information les privent de tout moyen d'action et nombre d'entre elles sont obligées de vivre et de travailler dans des conditions dangereuses pour leur santé. Les inégalités dont souffrent les femmes sont bien connues : certaines, comme l'absence d'investissements dans la recherche sur les maladies spécifiques des femmes ou le manque de services de santé appropriés, voire l'inégalité d'accès aux ressources existantes, sont directement imputables aux gouvernements; d'autres découlent d'attitudes particulières de la société, telles que la préférence pour les garçons, qui se traduit entre autres par la malnutrition et la mortalité des filles. Les gouvernements ont néanmoins le devoir de combattre les préjugés et la discrimination à l'égard des femmes et des filles par l'éducation et des mesures correctives en faveur des ces dernières.

50. Pour considérer la question de la santé des femmes sous l'angle des droits de l'homme, Rights and Humanity a choisi pour sa part de mettre à cet égard l'accent sur deux principes clés : celui de l'équité - et donc de la

non-discrimination et de l'égalité d'accès - et celui de la dignité humaine, qui suppose le respect de l'autonomie, la liberté de choix et la participation. Le respect de ces valeurs aux niveaux international et national comme à celui des professionnels de la santé pourrait avoir une incidence significative sur la jouissance du droit à la santé, objectif que tous les Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies doivent s'efforcer d'atteindre, séparément et conjointement. C'est là une idée sur laquelle le Comité des droits économiques, sociaux et culturels pourrait insister en examinant les difficultés rencontrées par certains pays du fait de leurs politiques d'ajustement structurel. Plus généralement, il conviendrait d'évaluer l'impact des politiques et des projets des institutions financières internationales sur la jouissance des droits de l'homme, notamment du droit à la santé, et de veiller à ce que les politiques et les budgets nationaux tiennent compte des besoins particuliers des femmes dans le domaine de la santé. Il faudrait aussi que les gouvernements redoublent d'efforts pour éliminer les obstacles d'ordre économique, social et juridique qui empêchent les femmes de jouir du droit à la santé.

51. D'une manière plus générale, concevoir la santé dans la perspective des droits de l'homme, c'est affirmer que la santé est un droit qui ne saurait être sacrifié à des intérêts économiques ou autres, et que toute politique internationale ou nationale en matière de santé doit être fondée sur le respect des droits et de la dignité de l'homme ainsi que sur la participation des femmes et des groupes vulnérables, car c'est uniquement par le biais d'une telle participation qu'il sera possible de s'attaquer efficacement aux causes de leurs problèmes particuliers. La pandémie du SIDA, par exemple, a démontré toute la valeur des dispositions de l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme et a confirmé que les mesures les plus efficaces de lutte contre la dissémination du VIH sont celles qui sont fondées sur le respect de la personne, la participation des individus et la responsabilité personnelle, alors que la coercition et la discrimination ne font que contrarier les efforts déployés à cette fin.

52. Etant donné que les violations les plus odieuses du droit à la santé sont souvent dues à des traditions culturelles ou à des pressions sociales, la question se pose de savoir dans quelle mesure l'Etat doit intervenir pour lutter contre les comportements irresponsables d'individus et de groupes. Il est évident que l'Etat est tenu d'agir, en prenant des mesures législatives ou autres, lorsqu'il s'agit de protéger les individus contre les risques de maladie ou d'incapacité du fait du comportement d'autrui, notamment d'entreprises produisant des déchets toxiques et d'employeurs négligents. Plusieurs orateurs ont soulevé à ce propos la question de savoir où s'arrêtait le respect des droits de la personne et où commençait l'obligation de l'Etat de protéger la santé de la population. Il a parfois été affirmé que pour endiguer l'épidémie du SIDA il fallait limiter les droits et les libertés des personnes séropositives, mais, trop souvent, les mesures prises par les autorités de la santé publique sont allées bien au-delà du strict nécessaire et ont servi de prétexte à des violations des droits de l'homme - détention arbitraire, restriction de la liberté de se déplacer, atteinte à la vie privée et déni du droit au travail, au logement, à l'éducation et même aux soins de santé. Il serait peut-être bon de rappeler que les mesures, qui restreignent les droits et libertés individuels, ne sont justifiées que dans la mesure où elles sont prévues par la loi, sont absolument nécessaires à la protection de

la santé publique, sont proportionnées au résultat escompté, constituent le moyen le moins intrusif de parvenir à ce résultat et ne sont pas dirigées arbitrairement contre un individu, un groupe ou un secteur de la société donnée. Ce sont là autant d'arguments qui militent en faveur de l'éducation plutôt que de l'isolation. Or, la pandémie du SIDA montre que la législation en vigueur dans bon nombre de pays accorde aux autorités sanitaires des pouvoirs draconiens, qui vont parfois jusqu'à la détention d'une personne séropositive susceptible de contaminer autrui et au déni du droit d'appel, ce qui est contraire aux principes garantissant une procédure régulière.

53. Il y a aussi lieu de s'inquiéter de la manière dont sont fournis les services de santé. Dans nombre de pays, ces services sont souvent fournis sous une forme qui porte atteinte à la vie privée, à l'intégrité physique ou à la liberté de mouvement. La coutume veut que l'éthique médicale ne soit pas l'affaire des pouvoirs publics, mais il est inadmissible que ces pouvoirs s'abstiennent d'intervenir lorsqu'il y a manquement flagrant à ladite éthique, comme c'est souvent le cas dans le traitement des personnes séropositives ou atteintes du SIDA. Il y a aussi la question de la discrimination à l'égard des malades, problème que la pandémie du SIDA a révélé dans toute son ampleur. Divers organismes des Nations Unies se sont attachés à combattre la discrimination liée au SIDA, mais aucun n'a encore déclaré officiellement que la discrimination fondée sur l'état de santé constituait une violation des droits de l'homme. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels pourrait envisager de le faire dans son observation générale relative à la discrimination, en se référant peut-être à la déclaration et à la charte sur le VIH et le SIDA que l'Organisation Rights and Humanity a élaborées avec le concours de défenseurs des droits de l'homme et de spécialistes de la santé publique du monde entier. Enfin, le Comité pourrait peut-être se pencher sur les rapports entre le droit à la santé et la liberté de choisir une mort digne.

54. M. GRISSA, revenant sur la question délicate du respect de la vie privée et de la divulgation de la séropositivité, insiste sur le fait que la politique consistant à ne pas déclarer aux autorités les cas de séropositivité ne peut que contribuer à la dissémination du SIDA, qui est après tout une maladie mortelle - c'est là un risque qui ne doit pas être ignoré. Dans ces circonstances, il maintient que la société a le droit de savoir quels individus sont séropositifs.

55. Mme BONOAN-DANDAN regrette qu'aucun représentant des principales institutions financières internationales n'ait participé au présent débat, car il est indéniable que les politiques d'ajustement structurel imposées par ces dernières aux pays en développement pour éponger leur dette extérieure ont un impact sur le droit à la santé, voire à la vie : dans le pays d'Asie, dont elle est originaire, par exemple, il a été établi par une organisation non gouvernementale qu'un enfant mourait toutes les heures du fait que 66 % du budget national étaient consacrés au service de la dette extérieure plutôt qu'aux programmes de santé publique, d'éducation, de logement et autres. Ce sont en définitive les groupes dits défavorisés qui font les frais des politiques d'ajustement structurel. C'est un point sur lequel le Comité ne saurait trop insister.

56. Il a été dit au cours du débat que les responsables de la conception et de l'exécution des politiques en matière de santé publique ignoraient dans la plupart des cas les obligations contractées par l'Etat en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Mme Bonoan-Dandan se dit convaincue que la plupart de ces responsables ne savent pas que l'accès à l'eau potable, à un logement décent et à un niveau de vie suffisant sont autant de droits de l'homme, et que les Etats ne conçoivent pas leurs obligations contractuelles dans la perspective des droits de l'homme. Il manque effectivement un cadre théorique qui délimiterait et orienterait les politiques nationales et internationales dans les domaines couverts par les droits économiques, sociaux et culturels.

57. M. VANEY (Ligue internationale des associations pour les personnes handicapées mentales) signale que la Ligue regroupe 140 associations nationales dans 88 pays, soit environ 40 millions de personnes handicapées mentales ou, plus précisément, de personnes souffrant d'arriération mentale ou d'une déficience intellectuelle. La Ligue s'occupe depuis longtemps de la défense des droits des handicapés, notamment en matière de santé. Si l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 1971 une déclaration par laquelle elle a stipulé, entre autres, que les personnes handicapées mentales jouissaient des mêmes droits que tout autre citoyen et a souligné en 1975 que les personnes handicapées avaient droit au respect et à la dignité reconnus à tout être humain, il n'en demeure pas moins que, dans la pratique, ces personnes ne sont souvent pas encore considérées comme des êtres humains à part entière, ni même comme des individus utiles à eux-mêmes et à la société.

58. Dans sa lutte contre pareille discrimination, la Ligue part du principe que, quel que soit le degré de déficience de la personne handicapée mentale, celle-ci a les mêmes besoins que tout être humain, tant en ce qui concerne la sécurité, l'appartenance sociale, l'amour, la dignité et l'épanouissement qu'en ce qui concerne les besoins physiologiques. L'organisation insiste aussi sur la nécessité de satisfaire l'ensemble de ces besoins pour que la personne handicapée mentale puisse jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre. Cela signifie concrètement que, quel que soit le contexte culturel et social dans lequel il vit, l'enfant handicapé mental doit pouvoir vivre au sein de sa famille, à laquelle il convient d'assurer l'appui nécessaire à cette fin, et qu'il doit recevoir une éducation ou, du moins, une stimulation pour éviter le risque d'un surhandicap qui porterait atteinte à sa santé, tout comme l'adulte handicapé mental a besoin d'une occupation, voire d'un travail utile à la société. Par-dessus tout, l'handicapé mental a besoin d'appartenir à une communauté dont il est encore trop souvent exclu. Dans le domaine de la santé, cette exclusion se manifeste par le fait qu'il est pris en charge par des services spéciaux et qu'on lui refuse toute possibilité de choisir son médecin et le traitement à suivre. Cette exclusion se traduit aussi par le placement dans des institutions spéciales où l'handicapé mental est coupé d'un milieu familial et social stimulant et où sa déficience ne fait que s'aggraver, faute de soins. Certains handicapés sont même atteints dans leur intégrité physique du fait qu'ils sont castrés ou font l'objet de recherches médicales. D'aucuns vont jusqu'à envisager d'ôter aux handicapés profonds le droit à la vie, idée dont les dangers ne sont plus à démontrer.

59. La mauvaise application de la bioéthique est également extrêmement préoccupante car elle peut mener à l'élimination arbitraire de personnes handicapées, dont le droit de vivre serait ainsi violé.

60. Il faudrait que le problème de la santé soit abordé de façon globale en tenant compte des droits de la personne humaine et en s'inspirant de l'approche de l'OMS et de certaines institutions compétentes en la matière. L'action à mener au titre du droit à la santé doit porter non seulement sur les personnes déficientes et la prévention, mais aussi sur la communauté et le milieu, de façon à limiter les effets sociaux du handicap. Il faudrait aussi s'efforcer de réduire les handicaps, même dans les pays qui manquent de moyens; développer l'information sur les personnes handicapées et responsabiliser la société à cet égard; permettre à tous d'accéder sans discrimination aux services de soins, quitte à faire, le cas échéant, une discrimination positive en faveur des handicapés; faire des études macro et micro-situationnelles pour évaluer la qualité de la vie et de la santé dans les établissements de soins; rétablir les réseaux de solidarité de telle sorte que tous puissent assumer la responsabilité de la santé; nommer, à l'échelon international, une personne chargée de recevoir les plaintes relatives à la santé et de prendre les sanctions nécessaires et, enfin, encourager les personnes handicapées, y compris les handicapés mentaux, à se regrouper au sein d'associations axées sur leurs besoins.

Le contenu minimal du droit à la santé

61. Le PRESIDENT invite les participants à prendre la parole sur le concept de contenu minimal du droit à la santé.

62. Mme CHAPMAN (Directrice du Programme relatif à la science et aux droits de l'homme de l'American Association for the Advancement of Science) rappelle qu'on entend souvent par "contenu minimal du droit à la santé" un seuil en deçà duquel les conditions sanitaires ne doivent se situer en aucun cas. Mais ces termes devraient plutôt désigner, à son avis, les conditions minimales qu'un gouvernement doit remplir pour se conformer aux obligations qui lui incombent en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Selon cette acception, il s'agirait des devoirs minimaux que tous les Etats parties s'imposeraient, quelles que soient les ressources dont ils disposent. Cette interprétation présenterait l'avantage de mettre l'accent sur les priorités et la mise en oeuvre des politiques gouvernementales, qui relèvent des Etats parties, plutôt que sur l'état du développement sanitaire, qui résulte de la conjonction d'un grand nombre de facteurs, dont le niveau de développement économique.

63. En ce qui concerne le droit à la santé, Mme Chapman pense qu'il incombe avant tout aux Etats parties au Pacte de définir un cadre institutionnel et de grandes orientations qui permettent d'assurer des conditions de santé minimales et d'atteindre ensuite progressivement les meilleures conditions de santé physique et mentale possibles. Le modèle de contenu minimal applicable au secteur de la santé devrait avoir les objectifs suivants : offrir un niveau élémentaire de santé à tous les citoyens et résidents, assurer le respect de l'égalité de toutes les personnes, prendre des mesures efficaces pour éviter la discrimination, accorder la priorité aux actions visant à corriger les inégalités et les déséquilibres existant dans la répartition des ressources

disponibles pour la santé, de façon à permettre aux groupes sous-médicalisés et défavorisés d'atteindre le niveau général, définir et traiter la protection de la santé et les services de santé comme un bien public et non comme une production à but lucratif, reconnaître aux individus une forme de droit légalement exécutoire à la protection de la santé et aux services de santé, prévoir des mécanismes peu coûteux et accessibles offrant aux individus et aux groupes un recours contre les violations de leurs droits dans le domaine de la santé, concevoir des formules permettant aux individus ou aux groupes de participer à la définition des priorités dans le secteur de la santé et de contrôler l'action des grands établissements de santé, charger les pouvoirs publics de financer les soins de santé par des moyens aussi peu coûteux et aussi abordables que possible.

64. En modifiant quelque peu le libellé, l'ordre et les priorités de l'article 12 du Pacte, il est possible de considérer que les quatre objectifs essentiels du droit à la santé sont les suivants : 1) appliquer des mesures de santé publique de nature à préserver et à améliorer les conditions écologiques, notamment en ce qui concerne la qualité de l'eau et de l'air; diminuer sensiblement ou supprimer l'exposition aux substances toxiques en réduisant les émissions et en nettoyant les sites contenant des déchets toxiques; décourager la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances nocives; améliorer la sécurité en milieu de travail; 2) assurer des services de soins préventifs, notamment au moyen de vaccinations, de contrôles et de dépistages; 3) prévenir, traiter et endiguer des maladies épidémiques, endémiques et professionnelles; 4) mettre en place des services de soins curatifs.

65. Le contenu minimum du droit à la santé pourrait comporter les éléments suivants : 1) donner la priorité aux investissements consacrés aux mesures de santé publique, en particulier à celles qui semblent le plus efficaces à grande échelle, notamment pour alimenter toutes les collectivités en eau potable salubre. Dans cette perspective, le Comité devrait aussi mettre au point des indicateurs pour la réalisation des objectifs de santé publique et examiner si, en valeur absolue et en valeur relative, les ressources affectées par les Etats parties aux mesures de santé publique sont suffisantes; 2) assurer les services de soins préventifs essentiels, en particulier des vaccinations minimales nécessaires aux enfants; 3) identifier et traiter les grandes maladies épidémiques et endémiques et plus particulièrement le SIDA; élaborer et gérer des stratégies d'action sanitaire pour prévenir et endiguer leur transmission et pour soigner les personnes atteintes tout en respectant les droits des patients; 4) vu le coût des services médicaux curatifs, mettre l'accent sur les services de soins préventifs ainsi que sur la prévention des maladies épidémiques et endémiques et donner la priorité aux centres de soins de santé primaires ou communautaires sur les établissements de haute technicité à fort coefficient de capital. Il faudrait en outre que chaque Etat partie élabore un plan détaillé comportant des objectifs précis pour la mise en oeuvre progressive de tous les aspects du droit aux soins de santé.

66. Mme Chapman souligne, en conclusion, qu'il faut mettre l'accent sur les grandes questions posées par la protection de la santé, les services de santé préventifs et la promotion de conditions sanitaires plus favorables; élaborer des normes propres à assurer l'égalité et la non-discrimination, qui prévoient l'adoption de mesures correctives et reconnaissent les besoins particuliers

des groupes et des collectivités les plus défavorisés et les plus vulnérables; reconnaître le fondement juridique d'un droit exécutoire aux soins de santé, ainsi que les mécanismes de contrôle et de mise en oeuvre nécessaires pour rendre ce droit effectif; offrir des méthodes permettant une plus grande participation du public et des collectivités touchées au processus de prise de décisions et à la prestation des soins de santé sans augmentation des dépenses; consacrer des investissements suffisants aux services de santé.

67. M. KUNNEMANN (FIAN) est d'avis que le Comité doit définir le contenu minimal du droit à la santé. Ce droit impose aux Etats trois types d'obligations. Premièrement, les Etats doivent respecter le droit à la santé des personnes relevant de leur juridiction en évitant de porter atteinte à leur santé physique ou mentale par action ou par omission. Deuxièmement, ils doivent protéger le droit à la santé en adoptant la législation pénale appropriée. Troisièmement, ils doivent aider toutes les personnes à avoir accès à des services de santé adéquats et à atteindre le meilleur état de santé possible en mettant à leur disposition des services de soins curatifs et préventifs, y compris des services de vaccination.

68. Pour s'acquitter de ces obligations, les Etats doivent mettre en oeuvre des moyens financiers conformément aux principes définis dans le rapport du PNUD pour 1991, qui préconise qu'au moins 5 % du PNB soient consacrés à l'éducation de base et aux soins de santé primaires. A cet égard, le Comité devrait inviter les gouvernements à indiquer quel est le montant minimal des dépenses qu'ils comptent consacrer à la santé, compte tenu de l'ensemble de leurs priorités.

69. En application du paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte, selon lequel les Etats s'engagent à agir, tant par leur effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, pour assurer progressivement l'exercice des droits reconnus dans le Pacte, le Comité devrait inviter les pays du Groupe des 7 ainsi que les institutions financières internationales à contribuer à la réalisation de programmes économiques, sociaux et culturels des pays qui doivent prendre des mesures d'ajustement structurel. On pourrait ainsi créer un fonds pour les droits économiques, sociaux et culturels qui serait alimenté par des contributions que verseraient tous les Etats au prorata de leur PNB et qui aiderait les pays du tiers monde à financer leurs dépenses de santé. Il faudrait en outre restructurer les institutions financières internationales pour qu'elles remplissent leurs obligations découlant du droit humanitaire international.

70. M. Kunnemann s'étonne de la tendance, qui lui semble paradoxale, à justifier les mesures de protection des droits de l'homme par leurs effets positifs sur la croissance économique car, à son avis, il faut partir des droits de l'homme, qui sont non négociables et constituent pour les Etats des obligations juridiques et pas seulement des exigences éthiques.

71. M. AL-ATTAR (Organisation arabe des droits de l'homme) rappelle que le droit à la santé figure parmi les droits fondamentaux de l'homme énoncés dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, dont l'article 12 dispose que les Etats parties reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre. Mais si la Constitution de nombreux pays reconnaît

à la population le droit à un niveau de santé et à une protection sanitaire acceptables, il existe de grandes disparités dans les niveaux de vie entre les pays du Nord et ceux du Sud et à l'intérieur même des pays. Par exemple, la mortalité infantile varie de 10 à 30 pour mille et l'espérance de vie à la naissance de 45 à 75 ans, différence choquante qui indique clairement que l'application du droit à la santé laisse beaucoup à désirer dans les pays en développement et même dans certaines couches de la population des pays développés.

72. M. Al-Attar estime qu'il faudra convenir d'une définition du terme "santé" et déterminer le contenu minimal du droit à la santé, à savoir le seuil en deçà duquel les conditions sanitaires sont inacceptables dans quelque Etat que ce soit. Il serait utile à cet égard de se référer à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, qui a été signée par 187 Etats.

73. M. Al-Attar donne lecture d'extraits de la Constitution de l'OMS relatifs à la santé et rappelle que la santé favorise le développement socio-économique et constitue par conséquent non seulement un droit individuel, mais également un objectif social et économique en soi. La réalisation de cet objectif exige un engagement clairement exprimé qui se traduise en actes grâce à des politiques, des stratégies et des programmes propres à améliorer l'état de santé des individus et des collectivités.

74. Le PRESIDENT invite l'intervenant, s'il le souhaite, à poursuivre son intervention à la séance suivante.

La séance est levée à 18 h 5.
