



**Assemblée générale**

Distr.  
GÉNÉRALE

A/HRC/4/28  
17 janvier 2007

FRANÇAIS  
Original: ANGLAIS

---

CONSEIL DES DROITS DE L'HOMME  
Quatrième session  
Point 2 de l'ordre du jour provisoire

**APPLICATION DE LA RÉOLUTION 60/251 DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE  
DU 15 MARS 2006 INTITULÉE «CONSEIL DES DROITS DE L'HOMME»**

**Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir  
du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Paul Hunt\***

---

\* Les notes se rapportant au présent rapport figurent dans l'annexe, qui est reproduite telle qu'elle a été reçue dans la langue originale uniquement.

## Résumé

Le présent rapport, soumis conformément à la décision 1/102 du Conseil des droits de l'homme, contient deux sections de fond. Dans la première, le Rapporteur spécial expose certains des progrès réalisés ces 10 dernières années par le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme et étudie deux des principaux obstacles qui restent à surmonter.

Comme jamais auparavant, la société civile – en particulier dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire – s'engage dans les domaines de la santé et des droits de l'homme. Certains États prennent en considération avec sérieux la problématique santé-droits de l'homme. L'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels donne une orientation qui fait autorité sur la portée du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint («le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint» ou «le droit à la santé»). Depuis 2000, de nombreux rapports ont été consacrés aux modalités de mise en œuvre du droit à la santé. La jurisprudence, la documentation et les cours ayant trait à la relation entre santé et droits de l'homme se multiplient.

Le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme gagne en maturité à mesure qu'il s'attache à intégrer les droits de l'homme dans les politiques de santé aux niveaux national et international. Outre les techniques traditionnelles dans le domaine des droits de l'homme, telles que la «méthode de la dénonciation publique», il recourt à des moyens tels que les indicateurs, les critères et les études d'impact.

Le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme doit cependant aussi surmonter plusieurs obstacles majeurs. Le présent rapport est axé sur deux d'entre eux, à savoir l'insuffisance de l'engagement, au sein du mouvement, i) des organisations non gouvernementales (ONG) de défense des droits de l'homme établies de longue date et ii) des professionnels de la santé.

Le Rapporteur spécial engage les ONG de défense des droits de l'homme établies de longue date à consacrer aux questions en rapport avec la santé et aux droits de l'homme, telles que la mortalité maternelle, la même énergie que celle dont elles font preuve dans leurs campagnes sur les thèmes des disparitions, de la torture ou des prisonniers d'opinion.

Le Rapporteur spécial souligne également que santé et droits de l'homme, outre qu'ils partagent un large terrain commun, se complètent et se renforcent mutuellement. Nombre de professionnels de la santé n'ont néanmoins jamais entendu parler du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Le Rapporteur spécial souligne que le droit à la santé n'a aucune chance d'être mis en œuvre sans l'engagement actif d'un bien plus grand nombre de professionnels de la santé et formule quelques observations préliminaires sur les mesures qu'il conviendrait de prendre pour renforcer l'engagement de ces professionnels dans le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme.

Ces dernières années, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et d'autres droits liés à la santé ont généré une jurisprudence toujours plus riche. Dans la seconde section de fond, le Rapporteur spécial montre que l'obligation de rendre des comptes devant la justice a renforcé la protection du droit à la santé et d'autres droits connexes et permis de mieux comprendre ce que signifient ces droits. Il expose une série de cas illustrant la manière dont différents tribunaux ont interprété et appliqué les droits fondamentaux ayant trait à la santé.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Résumé .....		2
I. INTRODUCTION .....	1 – 5	4
II. LE MOUVEMENT POUR LA RECONNAISSANCE DU DROIT À LA SANTÉ EN TANT QUE DROIT DE L’HOMME: PROGRÈS ET DIFFICULTÉS .....	6 – 54	5
A. Progrès récents .....	7 – 11	5
B. Société civile, santé et droits de l’homme .....	12 – 17	6
C. Mettre en œuvre le droit à la santé: la contribution du Rapporteur spécial .....	18 – 24	8
D. Nouvelles compétences et techniques .....	25 – 30	9
E. Le rôle central des organisations en place de défense des droits de l’homme de la société civile .....	31 – 37	10
F. Le rôle central des professionnels de la santé .....	38 – 47	12
G. Conclusion .....	48 – 54	14
III. AFFAIRES RELATIVES AU DROIT À LA SANTÉ ET À D’AUTRES DROITS LIÉS À LA SANTÉ .....	55 – 89	16
A. Introduction .....	55 – 58	16
B. Réalisation progressive, disponibilité des ressources et obligations immédiates .....	59 – 67	16
C. Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité des services .....	68 – 76	18
D. Obligations de respecter, protéger et mettre en œuvre .....	77 – 86	21
E. Conclusion .....	87 – 89	23
IV. CONCLUSIONS .....	90 – 93	24
Annexe – NOTES .....		25

## I. INTRODUCTION

1. Dans sa résolution 60/251 du 15 mars 2006, l'Assemblée générale a clos les travaux de la Commission des droits de l'homme et institué le Conseil des droits de l'homme. Le mandat du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est énoncé dans les résolutions 2002/31 et 2004/27 de la Commission. Le Conseil des droits de l'homme, dans sa décision 1/102, a reconduit tous les mandats de la Commission des droits de l'homme, dont celui du Rapporteur spécial. Le présent rapport est soumis en application de cette décision.

2. En octobre 2006, le Rapporteur spécial a présenté à l'Assemblée générale un rapport (voir A/61/338) qui portait sur deux thèmes principaux: la mortalité maternelle et le droit aux médicaments. Ce document contenait également des informations sur les activités que le Rapporteur spécial avait menées au titre de son mandat de janvier à août 2006. Lors de son séjour à New York, où il devait présenter son rapport, le Rapporteur spécial a pris part à une réunion d'information sur son mandat organisée à l'intention d'ONG par le bureau de New York du Haut-Commissariat aux droits de l'homme. Il a également participé à une réunion avec des fonctionnaires du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

3. En septembre 2006, le Rapporteur spécial, accompagné du Rapporteur spécial sur le logement convenable, M. Miloon Kothari, du Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, M. Walter Kälin, et du Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, M. Philip Alston, s'est rendu au Liban et en Israël à l'invitation des Gouvernements de ces pays. Un rapport sur cette mission (A/HRC/2/7) a été soumis et présenté au Conseil des droits de l'homme le mois suivant.

4. En octobre 2006, le Rapporteur spécial s'est rendu au Pérou où il a tenu des réunions faisant suite à la mission qu'il avait effectuée dans le pays en juin 2004 (voir E/CN.4/2005/51/Add.3). Il s'est entretenu avec le Vice-Ministre de la santé, la Ministre de la condition féminine et des représentants du Ministère de la justice et des affaires étrangères. Il a tenu une réunion avec de nombreux parlementaires et s'est également entretenu avec la *Defensoria del Pueblo* (Médiatrice) et ses collègues. Il s'est également entretenu avec des représentants de l'Organisation panaméricaine de la santé, du FNUAP, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et d'autres organisations internationales ainsi que de la société civile, et a visité l'hôpital psychiatrique Victor Larco Herrera de Lima. À la suite de cette visite, il a demandé des informations complémentaires sur les mesures prises pour donner effet aux recommandations qu'il avait formulées dans son rapport sur sa mission de 2004.

5. Le même mois, le Rapporteur spécial s'est rendu à Washington pour s'entretenir avec les Directeurs exécutifs des services de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI) chargés des pays nordiques et des États baltes. Cette visite officielle faisait suite à la mission qu'il avait effectuée en Suède en janvier 2006. Un rapport sur cette visite à la Banque mondiale et au FMI sera présenté au Conseil des droits de l'homme en 2007<sup>1</sup>.

## **II. LE MOUVEMENT POUR LA RECONNAISSANCE DU DROIT À LA SANTÉ EN TANT QUE DROIT DE L'HOMME: PROGRÈS ET DIFFICULTÉS**

6. Grâce au travail d'une multitude de particuliers et d'organisations, le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme a accompli de remarquables progrès ces 10 dernières années. Il ne peut cependant pas conserver sa dynamique actuelle sans surmonter certains des principaux obstacles qui se dressent sur son chemin. Le présent chapitre expose brièvement les progrès récemment accomplis et met l'accent sur deux grands problèmes interdépendants que doit résoudre l'actuel mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme car ce mouvement ne pourra pas réaliser son immense potentiel tant qu'ils n'auront pas été réglés de manière satisfaisante.

### **A. Progrès récents**

7. À de rares exceptions près, le lien entre santé et droits de l'homme n'a pas fait l'objet d'un examen sérieux et approfondi avant les années 90, même si la Constitution de 1946 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 affirment le droit à la santé. Ces deux textes ont été des jalons extrêmement importants sur la voie de la prise de conscience du lien entre santé et droits de l'homme. Pareillement, certains acteurs de la lutte contre le VIH/sida ont reconnu dès les années 80 l'importance cruciale des droits de l'homme. Ces progrès importants ne se sont pourtant pas accompagnés d'un examen approfondi du lien fondamental entre santé et droits de l'homme et il a fallu pour cela attendre le début des années 90, voilà plus d'une quinzaine d'années<sup>2</sup>. On doit beaucoup aux travaux précurseurs sur le lien entre santé et droits de l'homme, en particulier dans le contexte du VIH/sida, effectués par le regretté Jonathan Mann et ses collègues à l'École de santé publique de Harvard et au Centre Francois-Xavier Bagnoud.

8. Dans les années 90, les travaux de M. Mann et d'autres se sont toutefois heurtés à une sérieuse difficulté qui n'existe plus désormais. À cette époque en effet, de nombreux droits de l'homme étaient largement reconnus mais tel n'était pas le cas du droit sur lequel doit à l'évidence reposer toute étude du lien entre santé et droits de l'homme: le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Cette lacune handicapait sans conteste sérieusement tous ceux qui travaillaient alors dans le domaine de la santé et des droits de l'homme. Ce n'est qu'en 2000, lorsque le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, en étroite collaboration avec l'OMS et de nombreux autres organismes, a adopté l'Observation générale n° 14, qu'est apparue une conception du droit à la santé faisant autorité.

9. Bien qu'elle ne soit ni complète, ni parfaite, ni contraignante, l'Observation générale n° 14 est incontestable et révolutionnaire, en ce qu'elle expose pour la première fois une conception de fond du droit à la santé pouvant être mise en œuvre et améliorée à la lumière de l'expérience pratique. Cette observation générale fait du droit à la santé – comme il est énoncé dans la Constitution de l'OMS, affirmé dans la Déclaration d'Alma-Ata et consacré dans de nombreux instruments internationaux contraignants relatifs aux droits de l'homme – davantage qu'une formule. En bref, elle constitue un autre jalon important sur la voie de l'affirmation du lien entre santé et droits de l'homme.

10. Depuis 2000, l'évolution du mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme s'est accélérée. Certains États, comme le Pérou, ont commencé à prendre en considération avec sérieux le droit à la santé au niveau national<sup>3</sup>. D'autres, comme la Suède, s'efforcent de faire une place au droit à la santé et à d'autres droits fondamentaux dans leurs politiques internationales<sup>4</sup>. Depuis de nombreuses années et, dans certains cas, davantage encore depuis 2000, l'UNICEF, ONUSIDA et d'autres institutions sont particulièrement attentifs aux droits de l'homme. En 2003, ONUSIDA a ainsi renforcé ses travaux relatifs aux droits de l'homme en créant un groupe de référence mondial sur le VIH/sida et les droits de l'homme composé d'experts. Le FNUAP s'emploie à mettre au point un module de formation à une approche fondée sur les droits de l'homme insistant sur l'égalité des sexes et les droits en matière de procréation. Au siège de l'OMS, ainsi que dans certains de ses bureaux régionaux et nationaux, le Rapporteur spécial a rencontré des collaborateurs enthousiastes œuvrant dans des domaines tels que les maladies négligées, la santé mentale, la santé des enfants et des adolescents, les médicaments essentiels et la santé sexuelle et reproductive<sup>5</sup>. Les brochures de l'OMS intitulées *25 Questions-réponses sur la santé et les droits humains* (2002) et *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies* (2005) comptent toujours parmi les introductions les plus accessibles à ces sujets<sup>6</sup>.

11. Ces 10 dernières années, le nombre d'affaires ayant trait à la santé et aux droits de l'homme qui ont été tranchées aux niveaux national, régional et international a également augmenté; on trouvera à la section III du présent rapport quelques exemples de cette jurisprudence. En outre, les travaux universitaires sur la santé, les droits de l'homme et le droit à la santé se sont approfondis, tandis que les cours qui traitent de ces questions se sont multipliés<sup>7</sup>.

## **B. Société civile, santé et droits de l'homme**

12. Une des avancées les plus remarquables depuis 2000 s'est produite au sein de la société civile. Les ONG qui œuvraient dans des pays à faible revenu et des pays à revenu intermédiaire avaient toujours été plus sensibles aux questions relatives à la santé et aux droits de l'homme que celles actives dans des pays à revenu élevé. Dans certains pays, le Rapporteur spécial a été très impressionné par l'engagement de la société civile à l'égard du droit à la santé et la connaissance approfondie qu'elle a de ce droit. Ainsi, au Pérou, certains groupes de la société civile renvoient expressément aux droits de l'homme, organisent des campagnes d'information sur le droit à la santé, appellent les collectivités à participer à l'élaboration des politiques de santé, portent devant les tribunaux des affaires ayant trait à la santé et aux droits de l'homme, etc.<sup>8</sup>.

Le militantisme dans ce domaine a coïncidé avec la publication d'une série de documents intéressants dans toutes les régions, tels que le guide *Le droit à la santé: recueil de ressources pour les ONG*<sup>9</sup>.

13. L'engagement renforcé des organisations de la société civile dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé, s'est étendu au-delà du niveau national pour atteindre les ONG internationales. Pendant des années, Amnesty International s'est occupée d'un nombre limité de droits civils et politiques. Plus récemment, l'ensemble de ses membres ont décidé de changer d'optique. Dans l'ouvrage intitulé *Dignité et droits humains. Une introduction aux droits économiques, sociaux et culturels* qu'elle a publié en 2005, l'association indique: «Ces dernières années, considérant que le nombre de prisonniers de la pauvreté était bien supérieur à celui des prisonniers de conscience, et que des millions d'individus à travers le monde étaient torturés par la faim ou condamnés à une mort lente par des maladies qu'il était

possible de prévenir, Amnesty International a décidé d'élargir le champ de sa mission»<sup>10</sup>. En outre, cette mission élargie commence à se traduire par des actions ciblées sur le droit à la santé<sup>11</sup>. D'autres ONG internationales – Human Rights Watch, la Commission internationale de juristes, la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme, le Service international pour les droits de l'homme, le Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme, notamment – accordent également une plus grande attention aux droits économiques, sociaux et culturels. Cet engagement varie d'une organisation à l'autre et est souvent contesté. En outre, comme il est indiqué plus loin, beaucoup reste à faire. La tendance générale est néanmoins indéniable et va dans le bon sens.

14. Un autre groupe important d'ONG de défense des droits de l'homme est constitué essentiellement de professionnels de la santé, tels que les Médecins pour les droits de l'homme et la Fédération internationale des organisations de défense du droit à la santé et des droits de l'homme. Dans les années 90, ces associations tendaient à privilégier les aspects de la santé ayant trait aux droits civils et politiques, notamment la question de la torture. Ces dernières années, elles ont élargi leur champ d'action pour englober le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible. Quelques associations médicales nationales, telles que la British Medical Association, prêtent également davantage attention à la santé et aux droits de l'homme. En 2006, l'American Public Health Association a consacré sa réunion annuelle au thème «Santé publique et droits de l'homme».

15. Médecins sans frontières, Médecins du monde, Partenaires pour la santé, Doctors for Global Health et d'autres organisations analogues de professionnels de la santé fournissent des services de santé à des personnes et des communautés vulnérables dans toutes les régions du monde. Leur travail concret, qui sauve des vies, est source d'inspiration. Il est intéressant de constater que leur rapport aux droits de l'homme varie considérablement: certains s'en servent comme un outil de sensibilisation, d'autres comme un moyen de formuler des politiques et programmes de santé équitables, d'autres encore y font rarement expressément référence. Il en va de même des organisations qui œuvrent dans le domaine du développement. CARE (Cooperative for American Relief Everywhere), par exemple, fait expressément référence aux droits de l'homme dans ses activités sanitaires.

16. Le People's Health Movement a récemment lancé une campagne mondiale pour le droit à la santé et aux soins médicaux<sup>12</sup>, qui établit une passerelle entre nombre de ces groupes.

17. En conclusion, par manque de place le présent rapport se limite à cette esquisse brève et incomplète de certains faits nouveaux récents concernant la société civile, la santé et les droits de l'homme. La société civile joue désormais un rôle bien plus dynamique dans le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme que voilà quelques années seulement. Malgré ce dynamisme accru, l'ensemble de la société civile ne reconnaît pas que les questions de santé relèvent des droits de l'homme: cette prise de conscience est forte dans certains pays, faible dans d'autres et inexistante ailleurs. Le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme a toujours plus conscience du rôle que joue le droit à la santé. La composante société civile de ce mouvement pourrait et devrait cependant faire beaucoup plus, ce qui est un point essentiel sur lequel la présente section revient brièvement.

### C. Mettre en œuvre le droit à la santé: la contribution du Rapporteur spécial

18. L'Observation générale n° 14 facilite grandement l'élaboration d'une approche de la santé fondée sur les droits. Elle met également en lumière les liens entre le droit à la santé et d'autres droits de l'homme. Malgré son caractère novateur, elle n'a pourtant jamais eu vocation à servir de guide détaillé pour la mise en œuvre du droit à la santé. Comme son nom l'indique, elle traite du droit à la santé en termes généraux.

19. Depuis 2003, le Rapporteur spécial tente, dans ses rapports, de rendre le droit à la santé plus spécifique, accessible, pratique et opérationnel. Ces rapports s'appuient non seulement sur l'Observation générale n° 14 mais aussi sur les travaux d'autres organes conventionnels des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme<sup>13</sup> ainsi que sur la pratique des États, d'institutions spécialisées, de cours et tribunaux, d'ONG et d'universitaires. Dans certains, le Rapporteur spécial a privilégié des éléments précis du droit à la santé, comme l'accès aux médicaments<sup>14</sup>. Dans d'autres, il a appliqué le droit à la santé à certaines questions, telles que les objectifs du Millénaire pour le développement ayant trait à la santé<sup>15</sup>. Dans d'autres encore, il a examiné le droit à la santé du point de vue de certains groupes de personnes, par exemple les handicapés mentaux<sup>16</sup>. En outre, ses rapports de pays ont porté sur le droit à la santé dans certains pays, à savoir le Mozambique, le Pérou, l'Ouganda, la Roumanie et la Suède<sup>17</sup>.

20. À l'heure actuelle, une des tâches majeures dans le domaine de la santé et des droits de l'homme consiste à renforcer l'exercice du droit à la santé pour les personnes vivant dans la pauvreté. C'est dans cette perspective que le Rapporteur spécial explique dans un de ses rapports comment la prise en considération du droit à la santé aurait renforcé la stratégie de réduction de la pauvreté du Niger<sup>18</sup>. Dans un autre document, il montre comment des politiques procédant du droit à la santé peuvent aider l'Ouganda à lutter contre les maladies «négligées» ou tropicales, lesquelles touchent surtout les personnes qui vivent dans la pauvreté<sup>19</sup>. Le rapport sur l'Ouganda recense certaines initiatives concrètes, telles que l'implantation d'équipes sanitaires dans les villages, l'application de mesures propres à encourager les agents des services de santé à travailler dans des communautés isolées ou des campagnes d'information accessibles en matière de santé publique. Un autre rapport, consacré au problème de l'émigration des professionnels de la santé des pays en développement vers les pays développés, montre que cet exode des compétences a un effet économique pervers puisqu'il constitue une subvention versée aux riches par les pauvres, ce qui compromet encore plus le droit à la santé des pauvres des pays d'origine<sup>20</sup>. Dans ces différents rapports – et dans d'autres, notamment celui sur le Mozambique<sup>21</sup> –, le Rapporteur spécial s'est penché sur les modalités de mise en œuvre du droit à la santé pour les personnes vivant dans la pauvreté.

21. Un des paragraphes de l'Observation générale n° 14 – très riche d'enseignements même s'il ne compte que quelques phrases – porte sur le droit à la santé des peuples autochtones<sup>22</sup>. Le Rapporteur spécial a rédigé trois rapports comportant chacun une section consacrée aux peuples autochtones – une relative aux peuples autochtones et au droit à la santé en général<sup>23</sup> et les deux autres, respectivement, aux peuples autochtones du Pérou et de la Suède<sup>24</sup>. Chaque section contient des recommandations destinées aux autorités et à d'autres acteurs. Ces trois rapports contribuent ainsi à la mise en œuvre du droit à la santé des peuples autochtones.

22. Alors que le commerce a de multiples incidences sur le droit à la santé, l'Observation générale n° 14 traite très peu de ces questions expressément. En 2004, le Rapporteur spécial a consacré un rapport à la relation entre l'Organisation mondiale du commerce et le droit à la santé<sup>25</sup>. Ce rapport traite notamment des liens entre propriété intellectuelle et accès aux médicaments et entre le commerce des services et l'accès aux soins médicaux. Le Rapporteur spécial a examiné plus avant certaines de ces questions, en particulier dans le contexte de l'accord commercial conclu entre les États-Unis et le Pérou, dans son rapport sur la mission qu'il a effectuée au Pérou<sup>26</sup>. Ces deux rapports contiennent des recommandations; ils reprennent en fait les principes généraux énoncés dans l'Observation générale n° 14 en les appliquant à des questions commerciales particulières dans le souci de préciser les conditions de mise en œuvre du droit à la santé eu égard à la propriété intellectuelle, au commerce des services, etc.

23. On pourrait multiplier les exemples mais ces trois-là – pauvreté, peuples autochtones et commerce – suffisent à montrer que le Rapporteur spécial a axé ses rapports sur la manière dont le droit à la santé peut être mis en œuvre, en passant de la situation générale au cas particulier. Ces rapports ne contiennent certes pas de programmes détaillés en matière de droit à la santé, car cela supposerait plus d'espace et une étude théorique plus poussée que ce que permettent ce type de rapports. Néanmoins, ces rapports recensent certains des éléments concrets fondamentaux que devraient comporter les programmes ayant expressément trait au droit à la santé.

24. Le droit à la santé est un des droits de l'homme le plus englobant et complexe du corpus international. Les rapports du Rapporteur spécial permettent également de «disséquer» ce droit pour en faciliter la compréhension. C'est dans le rapport sur les déficiences mentales<sup>27</sup> que cette «dissection» est la plus poussée. Dans ce document, le Rapporteur spécial, tout en exposant avec quelque détail comment mettre en œuvre le droit à la santé pour les déficients mentaux, procède à une «cartographie» du droit à la santé qui ne se limite pas aux déficiences mentales mais est d'application générale. Enfin, les rapports approfondissent et affinent la compréhension théorique de certains éléments de l'Observation générale n° 14, notamment ceux touchant à l'aide internationale et à la coopération.

#### **D. Nouvelles compétences et techniques**

25. Au fil des ans, le mouvement traditionnel de défense des droits de l'homme a mis au point une série de méthodes et de techniques pour promouvoir la réalisation de ses objectifs. Le plus souvent, il a recours à la méthode de la dénonciation publique, aux campagnes de lettres, à la pratique consistant à porter des affaires tests devant les tribunaux, à l'élaboration de slogans, etc. Ces méthodes ont été très utiles à la communauté des défenseurs des droits de l'homme et restent essentielles, notamment pour ce qui est du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Cependant, dans le contexte du droit à la santé, les méthodes et techniques traditionnelles ne suffisent plus.

26. Dans son premier rapport à la Commission des droits de l'homme, le Rapporteur spécial a souligné que le droit à la santé «devrait être appliqué de manière systématique et cohérente, aux niveaux tant national qu'international, dans tous les processus décisionnels pertinents»<sup>28</sup>. De fait, tous ses rapports ont visé essentiellement à promouvoir l'intégration du droit à la santé dans toutes les politiques ayant trait à la santé. Cependant, les méthodes et techniques traditionnelles des défenseurs des droits de l'homme ne suffisent pas pour atteindre cet objectif. Le droit à la santé ne peut pas être intégré dans des politiques nationales et internationales uniquement par la

dénonciation publique, les campagnes de lettres, la pratique consistant à porter des affaires tests devant les tribunaux et la diffusion de slogans. Aujourd'hui, un nombre croissant d'acteurs du mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme comprennent que la mise en œuvre du droit à la santé au moyen de politiques, de programmes et de projets sanitaires passe par de nouvelles méthodes, techniques et compétences. Ils mettent du reste déjà au point ces nouvelles approches.

27. Il est à présent largement reconnu, par exemple, qu'il faut mettre en place un système d'indicateurs et de critères pour mesurer la réalisation progressive du droit à la santé. Plusieurs institutions spécialisées, organisations de la société civile et universitaires, entre autres, s'emploient à élaborer des indicateurs et des critères appropriés dans le contexte particulier du droit à la santé et autres droits de l'homme. Pour sa part, le Rapporteur spécial a rédigé trois rapports sur cette question, dont le dernier expose une approche des indicateurs de santé fondée sur les droits de l'homme<sup>29</sup>.

28. De même, divers acteurs effectuent actuellement des études d'impact des droits de l'homme et du droit à la santé. Si celui-ci doit être intégré dans des politiques, il faut mettre au point une méthodologie pour aider les dirigeants à anticiper les incidences probables d'une politique prévue sur la jouissance du droit à la santé afin qu'ils puissent, si nécessaire, procéder à des ajustements de cette politique. Le Rapporteur spécial est coauteur d'une étude financée par l'UNESCO qui présente une partie de la documentation sur ce sujet et propose, pour examen, un projet de méthode permettant de réaliser des études d'impact du droit à la santé<sup>30</sup>.

29. Le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme est actuellement aux prises avec des questions épineuses: ainsi, lors de l'élaboration des politiques de santé, quels compromis sont acceptables du point de vue du droit à la santé et lesquels sont inacceptables? Les budgets étant limités, comment les ministres de la santé devraient-ils hiérarchiser les objectifs concurrents, en respectant le droit à la santé? À l'évidence, les droits de l'homme – pas plus que l'éthique, l'économie de la santé ou tout autre ensemble de principes et de connaissances – n'apportent pas de réponses tranchées à ces questions complexes. Néanmoins, le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme met au point les techniques et compétences nécessaires pour contribuer constructivement à ces débats importants et complexes.

30. En bref, le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme a acquis une nouvelle maturité. Si la dénonciation publique, les affaires tests et les slogans ont tous un rôle primordial à jouer dans la promotion et la protection du droit à la santé, tel est également le cas des indicateurs, des critères, des études d'impact, des analyses budgétaires et de la capacité de faire des choix politiques difficiles tout en respectant le droit et la pratique internationaux relatifs aux droits de l'homme.

#### **E. Le rôle central des organisations en place de défense des droits de l'homme de la société civile**

31. Le Rapporteur spécial a indiqué plus haut dans la présente section que certaines ONG en place de défense des droits de l'homme prêtent désormais davantage attention aux droits économiques, sociaux et culturels, y compris au droit à la santé. Tout en jugeant cette évolution très encourageante, il constate que certaines de ces organisations accordent encore une bien plus

grande attention aux droits civils et politiques qu'aux droits économiques, sociaux et culturels. Alors qu'il existe, dans le domaine du droit à la santé, de nombreux problèmes largement répandus qui sont une offense à l'humanité, les ONG en place de défense des droits de l'homme leur prêtent rarement une attention soutenue.

32. En ce qui concerne la mortalité maternelle, par exemple, plus de 500 000 décès maternels surviennent tous les ans – soit environ un par minute – dont 95 % se produisent en Afrique et en Asie. La plupart pourraient être évités grâce à quelques interventions bien connues. Alors que dans certains pays riches, le risque pour une femme de mourir en couches est de 1 pour 8 700, il s'élève à 1 pour 10 dans certains pays à faible revenu.

33. Ces faits sont particulièrement révoltants parce que ces décès pourraient être évités mais aussi parce qu'ils révèlent de profondes inégalités en matière de santé. Premièrement, la mortalité maternelle touche de façon disproportionnée les femmes des pays en développement. Deuxièmement, dans les pays en développement comme dans les pays développés, elle touche de façon disproportionnée les femmes appartenant à des minorités ethniques, les femmes autochtones et les femmes pauvres. Troisièmement, il n'existe, chez les hommes âgés de 15 à 44 ans, aucune cause de décès et de handicaps qui atteigne l'ampleur de la mortalité et de la morbidité maternelles. Autrement dit, la mortalité et la morbidité maternelles révèlent des inégalités criantes entre hommes et femmes dans l'exercice de leurs droits en matière de santé sexuelle et de santé reproductive. En résumé, la mortalité maternelle met en lumière de multiples inégalités – géographiques, ethniques et sexuelles – et témoigne en permanence du handicap profondément ancré de celles qui vivent dans la pauvreté.

34. Comme l'a indiqué le Rapporteur spécial dans son dernier rapport à l'Assemblée générale, la mortalité maternelle n'est pas seulement une question de santé mais aussi une question de droits fondamentaux<sup>31</sup>. Ce fléau évitable constitue une violation du droit des femmes à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination. En outre, son ampleur est égale – sinon supérieure – à celle de très graves problèmes relatifs aux droits de l'homme sur lesquels des ONG de défense des droits de l'homme établies de longue date focalisent leur attention depuis des années. Ainsi, plusieurs organisations mènent des campagnes contre la peine de mort. En 2005, 2 500 condamnés à mort environ ont été exécutés<sup>32</sup>. Ce chiffre étant très certainement sous-évalué, on peut sans doute le multiplier par 10 et estimer à 25 000 le nombre d'exécutions. Combien de décès maternels se sont produits pendant la même période? Environ 500 000.

35. Depuis 1980, le Groupe de travail sur les disparitions forcées ou involontaires a été saisi de quelque 50 000 cas<sup>33</sup>. Combien de décès maternels se sont produits au cours de ces 26 années? bien plus de 10 millions. À l'évidence, même si le nombre de disparitions pendant cette période est largement supérieur à 50 000, personne ne pense qu'il avoisine les 10 millions. Pourtant, les disparitions ont donné lieu à leur propre «procédure spéciale» (le Groupe de travail) et à divers instruments internationaux spécifiques<sup>34</sup> et de nombreuses organisations de la société civile prêtent à ce problème une attention jamais démentie.

36. La peine de mort et les disparitions sont des problèmes extrêmement graves qui méritent pleinement l'attention que leur accorde la communauté des droits de l'homme. Reste que celle-ci n'a pas prêté à la mortalité maternelle, qui est aussi un problème extrêmement grave, l'attention qu'elle mérite. En fait, à de rares exceptions près, la communauté traditionnelle des droits de l'homme n'a accordé pratiquement aucune attention à la mortalité maternelle.

37. L'an passé, plusieurs personnalités du monde entier – Bill Clinton, Fernando Henrique Cardoso, Desmond Tutu, Mary Robinson, Gro Brundtland, Nafis Sidik, pour n'en citer que quelques-unes – ont adopté une déclaration sur le droit à la santé («Leaders' Call to Action»)<sup>35</sup>. Dans cet esprit, il est temps que les ONG de défense des droits de l'homme établies de longue date reconnaissent que la mortalité maternelle est une catastrophe humaine majeure. Ces organisations doivent mener des campagnes pour lutter contre la mortalité maternelle et d'autres problèmes criants dans le domaine de la santé et des droits de l'homme aussi énergiquement qu'elles se sont saisies de la peine de mort, des disparitions, des exécutions extrajudiciaires, de la torture, des détentions arbitraires et des prisonniers d'opinion. À défaut, des questions de la plus haute importance dans le domaine de la santé et des droits de l'homme ne s'inscriront jamais dans les grandes questions relatives aux droits de l'homme.

## **F. Le rôle central des professionnels de la santé**

38. Dans le présent document, le terme «professionnels de la santé» recouvre tous ceux qui travaillent dans le domaine des soins médicaux et de la santé publique, notamment les travailleurs, dirigeants, économistes et administrateurs des milieux de la santé.

39. Le Rapporteur spécial a présenté plus de 20 rapports sur le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible: à maintes reprises, ces rapports ont confirmé que les professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé partagent un terrain commun avec ceux qui œuvrent dans le domaine des droits de l'homme. Ces deux groupes souhaitent mettre en place des systèmes de santé efficaces, intégrés, adaptés et accessibles à tous. Tous deux soulignent l'importance de l'accès aux soins médicaux, mais aussi à l'eau, à l'assainissement, à l'information et à l'éducation dans le domaine de la santé. Tous deux comprennent que la santé ne relève pas uniquement du Ministère de la santé mais de toute une série d'acteurs publics et privés. Tous deux font de la lutte contre la discrimination et le handicap une priorité et tous deux mettent l'accent sur le respect des cultures. Au fond, ces deux groupes sont animés par un même souci: le bien-être des personnes et des populations.

40. Ces rapports confirment non seulement que la santé et les droits de l'homme ont beaucoup en commun mais montrent aussi que ces deux domaines se complètent et se renforcent.

41. À l'évidence, la réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible dépend de professionnels de la santé qui améliorent la santé publique et dispensent des soins médicaux. Le droit à la santé ne peut pas être réalisé sans eux. De même, les objectifs classiques, traditionnels des diverses professions de santé peuvent bénéficier de la nouvelle discipline dynamique que constituent les droits de l'homme. Ceux-ci peuvent contribuer à renforcer les bons programmes sanitaires existants et, parfois, à définir de nouvelles politiques de santé équitables. Ils peuvent contribuer à ce que les politiques et programmes de santé soient équitables, efficaces, factuels, énergiques, participatifs, non sélectifs et utiles pour ceux qui vivent dans la pauvreté. Le rôle d'appui des acteurs des droits de l'homme s'étend à la prestation de soins médicaux et à la santé publique. En outre, sous réserve d'employer une méthode appropriée, on peut, en faisant d'un problème sanitaire urgent une question relative aux droits de l'homme, renforcer sa légitimité et son importance. En d'autres termes, les professionnels de la santé peuvent utiliser les droits de l'homme pour atteindre leurs objectifs professionnels.

42. Il est manifestement impossible de donner effet concrètement au droit à la santé – et à d'autres droits liés à la santé – sans l'appui et le concours du grand nombre de professionnels de la santé qui occupent des postes importants à la tête des principales organisations internationales de la santé, ainsi que des ministères de la santé dans le monde entier, et dominant à l'évidence le secteur de la santé, tant public que privé. La mise en œuvre du droit à la santé passe par la participation active de ces nombreux professionnels de la santé.

43. C'est là que se pose un problème considérable. Pour parler sans détour, la plupart des professionnels de la santé avec lesquels le Rapporteur spécial s'entretient n'ont jamais entendu parler du droit à la santé. Et s'ils en ont entendu parler, ils n'ont en général aucune idée de ce que signifie ce droit, en théorie ou dans la pratique. Ils tendent à croire que cela leur attirera des ennuis. Le problème tient pour partie à la langue: alors que la santé et les droits de l'homme ont beaucoup en commun, les termes utilisés dans chacun de ces domaines sont souvent différents. C'est une des raisons pour lesquelles le Rapporteur spécial achève actuellement de rédiger un bref document sur la relation complémentaire entre équité (un terme familier à de nombreux professionnels de la santé) et droits de l'homme.

44. Comme indiqué plus haut, certains professionnels de la santé ont depuis peu commencé à prendre plus au sérieux les droits de l'homme, y compris le droit à la santé, mais pour progresser encore vers la mise en œuvre du droit à la santé, il faut qu'un bien plus grand nombre de professionnels de la santé commencent à prendre conscience des aspects de leur travail qui ont trait aux droits de l'homme. Il faut diffuser bien plus clairement et largement l'idée selon laquelle le droit à la santé et d'autres droits liés à la santé sont des alliés et des atouts dont peuvent tirer parti les professionnels de la santé. Ces derniers peuvent s'appuyer sur les droits liés à la santé pour concevoir des politiques et programmes plus équitables, mais aussi, entre autres, pour accorder un rang de priorité plus élevé, aux niveaux national et international, à des questions de santé importantes, assurer une meilleure coordination entre les secteurs ayant trait à la santé, obtenir davantage de fonds de l'État, mobiliser davantage de fonds dans les pays développés à destination des pays en développement ou améliorer dans certains pays les modalités et conditions de travail dans le secteur de la santé. Il est essentiel qu'un nombre bien plus élevé de professionnels de la santé comprennent que le droit de jouir du meilleur état de santé possible n'est pas de la simple rhétorique mais un outil susceptible de sauver des vies et de réduire les souffrances, en particulier parmi les plus défavorisés.

45. En écoutant les professionnels de la santé qui ne tiennent pas compte des possibilités qu'offrent les droits de l'homme pour faciliter leur travail, on se rend parfois clairement compte qu'ils ne comprennent pas certaines caractéristiques fondamentales du droit de jouir du meilleur état de santé possible. Certains n'ont pas conscience du fait que le droit à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive (à l'évidence, nul ne s'attend à ce qu'un État réalise ce droit sur-le-champ). D'autres ne savent pas qu'il est subordonné à la disponibilité des ressources (il va de soi qu'on exige davantage du Canada que du Tchad)<sup>36</sup>. Certains ne comprennent pas que ce droit recouvre à la fois la santé et les facteurs sous-jacents de la santé, notamment un accès approprié à l'eau et à l'assainissement. D'autres encore se méprennent sur les droits de l'homme et affirment qu'ils sont contraires à l'«équité sociale», alors que c'est précisément le contraire. Souvent, ils ne connaissent que les méthodes traditionnelles des défenseurs des droits de l'homme, comme la dénonciation publique, et ne se rendent pas compte que le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme, qui gagne en maturité, met au point les techniques plus perfectionnées mentionnées à la précédente section.

46. Un des domaines dans lequel de sérieuses erreurs de jugement sont souvent commises est celui de la responsabilité. Certes, les droits de l'homme imposent une responsabilité, mais cela ne signifie pas qu'il incombe à toute personne travaillant dans le domaine de la santé et des droits de l'homme de tenir pour responsables les débiteurs de l'obligation, ni que chaque professionnel de santé ou institution spécialisée est chargé de faire appliquer les droits de l'homme. Cela veut dire qu'il doit y avoir des mécanismes de contrôle des obligations liées aux responsabilités qui soient accessibles, transparents et efficaces en ce qui concerne la santé et les droits de l'homme. Le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme a besoin de conseillers, d'exécutants et de catalyseurs dans le domaine des droits de l'homme, ainsi que des personnes chargées de tenir pour responsables les débiteurs de l'obligation. Toutes ces fonctions seront rarement assumées par une seule organisation ou une seule personne. Alors que les institutions spécialisées devraient jouer le rôle de conseillers, d'exécutants et de catalyseurs dans le domaine des droits de l'homme, il ne leur incombe pas au premier chef de tenir les États pour responsables. Cette fonction doit être assumée par une organisation ou une personne, mais pas par une institution spécialisée, sauf si celle-ci décide de mettre en place à cette fin une procédure et un organe indépendants et fiables<sup>37</sup>. Parfois, l'obligation de rendre des comptes est comprise de façon restrictive comme porteuse de blâme et de sanction, alors qu'elle est plutôt un processus permettant de déterminer ce qui fonctionne (afin de le répéter) et ce qui ne fonctionne pas (afin de procéder aux ajustements nécessaires).

47. Il serait injuste d'adresser des reproches aux professionnels de la santé qui connaissent mal le droit à la santé et d'autres droits de l'homme. Ce n'est pas leur faute s'ils n'ont pas eu l'occasion de voir comment les droits de l'homme peuvent renforcer leur travail. Dans la plupart des pays, les professionnels de la santé peuvent achever leurs études et exercer leur métier sans recevoir le moindre enseignement au sujet des droits de l'homme. C'est pour cette raison que le Rapporteur spécial a consacré une section d'un de ses précédents rapports à l'importance que revêt l'approfondissement de l'éducation des professionnels de la santé en matière de droits de l'homme<sup>38</sup>.

## G. Conclusion

48. La présente section expose brièvement certains des progrès réalisés ces 10 dernières années par le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme, qui a beaucoup évolué en peu de temps. La route est encore longue mais les éléments nécessaires sont à présent en place pour permettre à ce mouvement de s'épanouir dans les quelques années à venir.

49. Cependant, le mouvement doit surmonter une série d'obstacles majeurs, notamment une dotation budgétaire insuffisante pour le secteur de la santé et le refus persistant de l'actuel Gouvernement des États-Unis de reconnaître les droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Lorsqu'un gouvernement aussi influent que l'est celui des États-Unis ne soutient pas un droit de l'homme particulier, il est bien plus difficile pour les organismes pertinents des Nations Unies de progresser dans ce domaine, même lorsque le droit en question est consacré par leur Constitution.

50. Ces dernières années, l'OMS a contribué au mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme, comme indiqué plus haut brièvement au paragraphe 10. Malheureusement, ni les États membres ni le secrétariat de l'OMS n'ont joué un rôle moteur

dans ce domaine. Les participants au Sommet mondial de 2005 ont demandé instamment «l'intégration des droits de l'homme dans tout le système des Nations Unies», réaffirmant ainsi un élément essentiel du programme de réforme du Secrétaire général adopté en 1997<sup>39</sup>. Mais cet engagement n'a pas été tenu au sein de l'OMS, où le programme relatif à la santé et aux droits de l'homme est resté marginal, contesté et doté de ressources nettement insuffisantes. Cette situation est très regrettable car les droits de l'homme peuvent renforcer, préciser et dynamiser les politiques, programmes et projets sanitaires de l'OMS et de ses États membres. Le programme de travail pour 2006-2015 qu'a récemment adopté l'OMS comprend sept domaines prioritaires, dont la promotion des droits liés à la santé. Il sera fort utile de surveiller la manière dont ce volet important du programme de l'OMS sera mis en œuvre.

51. La présente section insiste sur deux obstacles liés: l'engagement insuffisant dans le mouvement pour la reconnaissance du droit à la santé en tant que droit de l'homme des ONG de défense des droits de l'homme établies de longue date; l'engagement insuffisant des professionnels de la santé. Elle vise à appeler l'attention sur ces deux obstacles en vue de déterminer collectivement comment les surmonter. Quelques observations préliminaires s'imposent au sujet des mesures à prendre pour surmonter le second, qui concerne les professionnels de la santé.

52. Comme l'a souligné le Rapporteur spécial dans un précédent rapport, les États devraient instaurer un environnement favorable à l'adoption d'approches axées sur les droits par la communauté des professionnels de la santé<sup>40</sup>. Tous les organismes chargés de la formation des professionnels de la santé devraient intégrer des cours d'éducation et de formation relatifs aux droits de l'homme à tous les niveaux professionnels. Les associations nationales de professionnels de la santé devraient sensibiliser leurs membres aux droits de l'homme et les encourager à réclamer une formation dans ce domaine. Le personnel du Ministère de la santé et des ministères qui travaillent dans des secteurs liés à la santé devraient bien se pénétrer de la relation complémentaire entre santé et droits de l'homme. Les institutions nationales des droits de l'homme devraient dispenser des formations destinées aux professionnels de la santé, et les organismes de formation dans le domaine des droits de l'homme devraient intégrer dans leurs programmes les droits liés à la santé.

53. Un rôle essentiel revient à l'OMS. Le secrétariat devrait en priorité, après avoir largement consulté les États membres et d'autres parties prenantes, mettre au point une stratégie définissant son mandat, son rôle et ses activités prioritaires dans le domaine de la santé et des droits de l'homme, y compris le renforcement des capacités nationales. Cette stratégie devrait être soumise aux organes directeurs de l'OMS et approuvée par eux. Elle permettrait à l'OMS de se doter d'une solide plate-forme institutionnelle pour ses activités dans ce domaine toujours plus prometteur et intéressant. Cela se traduira ensuite par une application plus systématique d'une approche axée sur les droits de l'homme dans les pays.

54. Pour leur part, ceux qui fondent déjà leur action sur les droits liés à la santé ne devraient pas surestimer la contribution des droits de l'homme; après tout, ces droits ne fournissent pas de solutions magiques à des problèmes sanitaires complexes. Ils peuvent pourtant apporter une contribution constructive mais subordonnée au soutien et à l'engagement actifs d'un grand nombre de professionnels de la santé.

### III. AFFAIRES RELATIVES AU DROIT À LA SANTÉ ET À D'AUTRES DROITS LIÉS À LA SANTÉ

#### A. Introduction

55. Le droit au meilleur état de santé possible est si englobant et complexe qu'il importe avant tout de préciser le champ du droit à la santé et des autres droits liés à la santé, ce qui peut se faire de plusieurs manières, en particulier en examinant la jurisprudence des organes chargés d'interpréter les droits de l'homme. La présente section donne un aperçu de plusieurs affaires représentatives indiquant comment divers tribunaux nationaux, régionaux ou internationaux comprennent les droits liés à la santé.

56. Dans certaines affaires, le droit au meilleur état de santé possible est interprété en termes de droit à des soins de santé (par exemple l'accès à des soins médicaux d'urgence) ou de déterminants fondamentaux de la santé (par exemple l'accès à une alimentation non contaminée). Ces deux dimensions du droit à la santé sont cruciales. Certaines de ces affaires portent sur des droits liés à la santé (par exemple le droit à la vie) que les tribunaux interprètent pour protéger la santé. Le droit à la santé est consacré par un nombre croissant de constitutions et un nombre plus grand encore de juridictions reconnaissent les droits liés à la santé. Certaines affaires ont trait à la fois au droit à la santé et aux droits liés à la santé<sup>41</sup>.

57. En l'absence d'un mécanisme quelconque de mise en cause de la responsabilité, les droits de l'homme risquent de n'être qu'une façade. Divers mécanismes de mise en cause de la responsabilité existent – certains généraux (élections démocratiques, presse libre), d'autres particuliers au domaine des droits de l'homme (enquêtes menées par les institutions nationales de défense des droits de l'homme), d'autres encore à caractère juridique (déclarations de droits invocables devant les tribunaux) ou administratif (étude d'impact sur les droits de l'homme). Certains de ces mécanismes sont en place à l'échelon national (Cour constitutionnelle par exemple) et d'autres à l'échelon international (organismes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme). Chaque État doit se doter d'un éventail de mécanismes de mise en cause de la responsabilité, dont le dosage est appelé à varier d'un État à l'autre mais qui tous doivent être accessibles, transparents et efficaces.

58. La présente section traite d'une seule modalité de mise en cause de la responsabilité, la voie judiciaire, même si les limites des procédures judiciaires sont bien connues. Comme le montrent les affaires mentionnées ci-après, les tribunaux sont en position de préciser la teneur des droits liés à la santé et d'assurer aux particuliers et aux communautés de meilleurs services de santé. Les affaires sont regroupées sous plusieurs grandes rubriques correspondant aux principes fondamentaux consacrés par le droit international des droits de l'homme<sup>42</sup>.

#### B. Réalisation progressive, disponibilité des ressources et obligations immédiates

59. En vertu du droit international des droits de l'homme et du droit interne de certains pays, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint est assujéti aux considérations de réalisation progressive et de disponibilité des ressources<sup>43</sup>. En termes plus simples, réalisation progressive signifie qu'on attend des États qu'ils fassent chaque année mieux que l'année précédente et disponibilité des ressources qu'on attend plus d'un pays riche que d'un pays à faible revenu ou à revenu moyen.

60. Dans la Constitution sud-africaine figure une Déclaration des droits qui consacre le droit d'accès aux services de soins de santé<sup>44</sup>. En vertu de ce texte, l'État est tenu de prendre des mesures raisonnables, dans les limites des ressources disponibles, en vue de la réalisation progressive de ce droit. L'affaire *Ministère de la santé c. Campagne en faveur du traitement* concernait la fourniture par l'État de névirapine, antirétroviral utilisé pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant<sup>45</sup>. Se fondant sur les considérations de réalisation progressive et de disponibilité des ressources, la Cour constitutionnelle a confirmé que le Gouvernement était tenu d'agir raisonnablement pour permettre l'accès progressif aux droits socioéconomiques consacrés par la Constitution et a appelé les autorités à concevoir et mettre en œuvre, dans la limite de ses ressources disponibles, un programme global et coordonné visant à assurer progressivement aux femmes enceintes et à leurs nouveau-nés l'exercice du droit d'accéder aux services de santé pour bénéficier d'un traitement contre la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Cette affaire est examinée plus en détail au paragraphe 72.

61. La Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud a également étudié la question de la disponibilité des ressources dans l'affaire *Soobramoney c. Ministère de la santé du KwaZulu Natal*<sup>46</sup>. Le demandeur souffrait d'insuffisance rénale chronique et ne pouvait survivre qu'en bénéficiant de dialyses. Son état avait été décrété irréversible. Au début il avait eu les moyens de se faire soigner dans le privé, mais après avoir épuisé ses économies il avait dû s'adresser à un hôpital public. Cet hôpital ne disposait pas de suffisamment de fonds pour traiter tous ses patients par dialyse et avait donc dû définir des principes et consignes régissant l'accès à la dialyse: seuls les patients atteints d'insuffisance rénale aiguë que la dialyse pouvait traiter et guérir avaient automatiquement accès au traitement. Pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique le critère primordial pour l'admission au programme de dialyse était d'être apte à une greffe de rein. Les patients souffrant en outre de maladies cardiaques ou vasculaires graves ne pouvaient prétendre à une greffe. M. Soobramoney ne remplissait pas les critères de l'hôpital régissant l'admission à la dialyse.

62. La Déclaration des droits dispose que nul ne peut se voir refuser des soins médicaux d'urgence<sup>47</sup>. Dans l'affaire *Soobramoney*, la Cour devait déterminer si l'hôpital avait violé cette disposition et elle a estimé que non au motif qu'il ne s'agissait pas d'une «urgence» au sens de «catastrophe subite» mais que l'état de santé du patient était inchangé par rapport à son état habituel. Comme indiqué au sujet de l'affaire *Ministère de la santé c. Campagne en faveur du traitement* toutefois, la Déclaration des droits consacre aussi le droit d'accès aux services de soins de santé, en vertu duquel l'État est tenu de prendre des mesures raisonnables, dans les limites des ressources disponibles, en vue de sa réalisation progressive. Dans l'affaire *Soobramoney*, la Cour constitutionnelle a conclu que les principes et consignes de l'hôpital avaient été appliqués de manière raisonnable et juste et que le fait de ne pas dispenser de traitement ne constituait pas en l'espèce une violation de la Déclaration des droits.

63. Même si de nombreux éléments du droit au meilleur état de santé possible sont soumis aux considérations de réalisation progressive et de disponibilité des ressources, ce droit donne naissance à des obligations à effet immédiat échappant à ces considérations. L'égalité entre hommes et femmes par exemple n'y est pas soumise et un État ne saurait se prévaloir du fait qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour offrir des services identiques aux hommes et aux femmes pour l'instant pour justifier de ne les fournir qu'aux hommes en attendant de rassembler les ressources nécessaires pour les élargir progressivement aux femmes au bout de quelques années. Comme le montre l'affaire exposée plus haut, certains tribunaux ont estimé que

d'autres éléments du droit à la santé donnaient naissance à des obligations immédiates non soumises aux considérations de réalisation progressive et de disponibilité des ressources.

64. Dans l'affaire *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity c. État du Bengale occidental*, la Cour suprême de l'Inde a conclu que le Gouvernement ne pouvait invoquer des difficultés financières pour se soustraire à sa responsabilité de garantir l'accès aux soins médicaux d'urgence<sup>48</sup>. Dans cette affaire, un homme ayant subi un grave traumatisme crânien provoqué par sa chute d'un train avait été orienté vers plusieurs hôpitaux publics, dont aucun n'avait pu lui prodiguer des soins médicaux d'urgence faute de place et de services de traumatologie et de neurologie suffisants. La Cour devait déterminer si l'inadéquation des services médicaux d'urgence constituait un déni du droit à la vie.

65. La Cour a conclu qu'il était du devoir de l'État de garantir la mise en place de services médicaux d'urgence adéquats, ce qui supposait de veiller à ce que les centres de soins de santé primaires soient dotés des équipements nécessaires pour dispenser un traitement permettant de stabiliser immédiatement l'état de santé des blessés graves admis en urgence. La Cour a de plus appelé l'État à accroître dans toutes les régions du pays la dotation en spécialistes et le nombre des centres de santé aptes à prendre en charge des blessés graves, et à créer un système centralisé de communication entre hôpitaux publics afin de pouvoir orienter directement les patients vers un hôpital ayant de la place. La Cour a constaté qu'il était nécessaire de débloquer des crédits considérables pour assurer l'adéquation des installations sanitaires mais a souligné que l'État ne pouvait se soustraire à son obligation constitutionnelle en invoquant des difficultés financières.

66. En conclusion de la présente section, le Rapporteur spécial se borne à formuler deux observations. En premier lieu, réalisation progressive ne signifie pas qu'un État peut se contenter d'adopter un ensemble de mesures allant dans l'ensemble dans la bonne direction – les États ont en fait l'obligation juridique de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées en vue de la réalisation du droit à la santé pour tous<sup>49</sup>. La recherche médicale et l'expérience confirment que certaines mesures donnent de meilleurs résultats que d'autres. Les États sont tenus de prendre les mesures les mieux adaptées à leur contexte.

67. En second lieu, l'affaire *Samity* confirme que certains droits liés à la santé donnent naissance à des obligations immédiates non soumises à la considération de disponibilité des ressources. Il convient d'approfondir la question afin de préciser quelles sont ces obligations dans le contexte de la santé. Si un État à faible revenu n'a pas suffisamment de ressources pour honorer ses obligations immédiates en matière de droits liés à la santé, il incombe aux États qui sont en mesure d'apporter leur concours de lui fournir l'assistance et la coopération internationales nécessaires pour le faire<sup>50</sup>.

### **C. Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité des services**

68. Les services, les biens et les installations sanitaires doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, comme l'illustrent les affaires exposées ci-après<sup>51</sup>. En pratique, la réunion de ces critères – disponibilité, accessibilité... – peut varier selon les pays, en fonction notamment des ressources dont ils disposent.

## 1. Disponibilité

69. Le droit à la santé suppose que l'État dispose de suffisamment de services, de biens et d'installations sanitaires opérationnels sur l'ensemble de son territoire.

70. Dans l'affaire *Mariela Viceconte c. Ministère de la santé et de l'action sociale*, Mariela Viceconte et le Médiateur national ont demandé à la Cour d'enjoindre au Gouvernement argentin de prendre des mesures prophylactiques contre la fièvre hémorragique qui menaçait 3,5 millions de personnes<sup>52</sup>. Plus précisément, ils ont demandé à la Cour d'enjoindre au Gouvernement de fabriquer le Candid-1, vaccin approuvé par l'OMS, pour combattre la fièvre hémorragique en Argentine. La Cour a estimé qu'il était de la responsabilité du Gouvernement de veiller à garantir la fourniture de soins de santé du fait que le système de soins de santé existant, englobant le secteur privé, ne protégeait pas la santé des personnes. Se fondant sur les instruments internationaux consacrant le droit à la santé intégrés dans le droit interne en vertu de la Constitution, la Cour a conclu que le Gouvernement ne s'était pas acquitté de son obligation de rendre le vaccin Candid-1 disponible. Le secteur privé ayant considéré qu'il n'était pas rentable de fabriquer le vaccin, la Cour a intimé à l'État à le faire.

## 2. Accessibilité

71. Le droit à la santé fait obligation aux États de veiller à ce que les services, les biens et les installations sanitaires soient accessibles à toutes les personnes se trouvant sous leur juridiction. Dans ce cadre, l'accessibilité a quatre grandes composantes: accessibilité physique, financière (à un prix abordable) et sans discrimination des services, biens et installations sanitaires et accessibilité de l'information sanitaire<sup>53</sup>.

72. Dans l'affaire *Ministère de la santé c. Campagne en faveur du traitement*, la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud s'est penchée sur la question de la disponibilité des ressources et de la réalisation progressive (voir plus haut par. 60) ainsi que sur la question de l'accessibilité de la névirapine<sup>54</sup>. L'État n'assurait la fourniture de névirapine que sur deux sites de recherche et de formation par province mais ce médicament pouvait aussi être obtenu auprès de prestataires de soins de santé du secteur privé. Les mères de famille et les enfants n'ayant pas accès aux sites de recherche et de formation et dépourvus des moyens nécessaires pour consulter dans les centres de soins de santé privés n'avaient donc pas accès à la névirapine. Le Gouvernement a fait savoir que le médicament ne serait pas délivré aux mères et aux enfants n'ayant pas accès aux sites de recherche et de formation tant qu'un programme optimal n'aurait pas été élaboré, les fonds dégagés et les infrastructures mises en place. La Cour a estimé que limiter la délivrance de névirapine n'était pas raisonnable de la part du Gouvernement et lui a intimé, entre autres, de veiller sans tarder à ce que ce médicament soit délivré dans les hôpitaux et les dispensaires publics sur présentation d'une ordonnance<sup>55</sup>.

73. Les États doivent prendre des mesures raisonnables pour élargir l'accès à l'information sanitaire, y compris pour les personnes handicapées. Au Canada, dans l'affaire *Eldridge c. Colombie-Britannique*, un groupe de demandeurs sourds s'est plaint de l'absence de service de traduction en langue des signes dans le système public de soins de santé<sup>56</sup>. La Cour suprême a estimé qu'en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés, les gouvernements provinciaux avaient pour obligation positive de répondre aux besoins des groupes défavorisés, notamment des handicapés. La Cour a conclu que les demandeurs avaient le droit d'être assistés

par un traducteur en langue des signes rémunéré par l'État dans le cadre de la fourniture de soins de santé et que le fait que les autorités n'aient pas veillé à ce que tous les demandeurs bénéficient du régime provincial de l'assurance maladie dans des conditions d'égalité était discriminatoire.

### 3. Acceptabilité

74. Le droit à la santé suppose que tous les services, biens et installations sanitaires respectent les principes de l'éthique médicale, en particulier le principe du consentement éclairé, et soient culturellement acceptables. Dans l'affaire *Andrea Szijarto c. Hongrie*, une Hongroise d'origine rom affirmait avoir été victime de stérilisation forcée<sup>57</sup>. En 2000, elle avait été conduite à l'hôpital alors qu'elle était sur le point d'accoucher. L'examen clinique avait révélé que le fœtus était mort et qu'une césarienne devait être pratiquée d'urgence. Sur la table d'opération, elle avait dû signer un formulaire par lequel elle consentait à subir une césarienne ainsi qu'une «note à peine lisible» écrite à la main par le médecin qui autorisait ce dernier à la stériliser. La mention de la stérilisation était dans une langue qu'elle ne connaissait pas. Dans la requête dont elle a saisi le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, elle a fait valoir que cet acte constituait une violation de son droit à bénéficier de services de santé adéquats, ainsi que de son droit de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'elle voulait avoir et de l'échelonnement des naissances. Le Comité a conclu que la Hongrie n'avait communiqué à Andrea ni les informations suffisantes ni les conseils nécessaires en matière de planification familiale, et ne s'était assurée qu'elle avait consenti en toute connaissance de cause à l'opération, et il a recommandé que le Gouvernement verse à la requérante une indemnité appropriée.

### 4. Bonne qualité

75. Les services, les biens et les installations sanitaires doivent être adéquats du point de vue scientifique et médical et de bonne qualité. La Cour suprême du Bangladesh a statué sur ce point dans l'affaire *Dr Mohiuddin Farooque c. Bangladesh*<sup>58</sup>. Le docteur Farooque dénonçait le fait que les autorités n'avaient pas pris de mesures efficaces pour régler le problème de la présence de matières radioactives dans une importante cargaison de lait écrémé en poudre. La Cour a conclu que la poudre contaminée était dangereuse pour la santé et constituait donc une violation du droit à la vie consacré par la Constitution<sup>59</sup>. Dans son interprétation d'une disposition constitutionnelle imposant à l'État d'améliorer le niveau de santé et la qualité de l'alimentation<sup>60</sup>, la Cour a conclu que le droit à la vie supposait, entre autres, de protéger la santé et de garantir l'espérance de vie que peut normalement escompter tout individu ordinaire. La Cour a intimé au Gouvernement de déterminer le degré de radioactivité de la cargaison.

76. En conclusion de la présente section, le Rapporteur spécial formule deux observations. En premier lieu, il convient de rappeler que certains des critères mentionnés plus haut doivent être replacés dans le contexte de la disponibilité des ressources. Le droit à la santé nécessite de mettre à disposition une gamme de médicaments plus large dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu. Au Canada, il est demandé de mettre en place un service de traduction en langue des signes (affaire *Eldridge*) alors que dans un pays à faible revenu des mesures moins coûteuses tendant à améliorer l'accès des handicapés seraient acceptables. En second lieu, tous les éléments du droit à la santé ne nécessitent pas beaucoup de ressources: il s'agit d'obtenir un traitement respectueux de la dignité dans l'affaire *Szijarto* et de contrôle de la qualité des produits alimentaires importés dans l'affaire *Farooque*; l'affaire *K. L. c. Pérou*

(voir la section suivante) pourrait se régler avec l'adoption de lignes directrices, etc. Même avec des ressources très limitées, les États peuvent faire beaucoup pour mettre en œuvre le droit au meilleur état de santé possible.

#### **D. Obligations de respecter, protéger et mettre en œuvre**

77. Les droits de l'homme créent l'obligation pour les États de respecter, protéger et mettre en œuvre. Les États ont donc l'obligation de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit au meilleur état de santé possible<sup>61</sup>.

##### **1. Respecter**

78. L'obligation de respecter suppose que l'État s'abstienne de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs<sup>62</sup>.

79. L'affaire *D. c. Royaume-Uni* concernait l'intention des autorités britanniques d'expulser vers son pays d'origine, Saint-Kitts, un homme atteint du sida<sup>63</sup>, dont la séropositivité avait été dépistée pendant sa détention dans une prison britannique. D. demandait l'autorisation de rester en Grande-Bretagne après sa libération pour raison humanitaire. Son expulsion vers Saint-Kitts lui ferait perdre le bénéfice du traitement médical qui lui était prodigué. La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que l'arrêt brutal du traitement médical qui découlerait de son expulsion vers Saint-Kitts exposerait D. à un risque réel de mourir dans des circonstances particulièrement pénibles et constituerait un traitement inhumain<sup>64</sup>. La Cour a conclu que D. ne devait pas être expulsé<sup>65</sup>.

80. L'affaire *K. L. c. Pérou* concernait une Péruvienne de 17 ans à laquelle avait été refusé un avortement thérapeutique<sup>66</sup>. Alors qu'elle était enceinte de 14 semaines, les médecins d'un hôpital public de Lima avaient dépisté une anencéphalie fœtale – malformation risquant de mettre en danger la santé de K. L. si elle poursuivait sa grossesse. Le Code pénal péruvien autorise l'avortement thérapeutique si la vie ou la santé d'une femme en dépend. Le directeur de l'hôpital a refusé un avortement thérapeutique à K. L. et on l'a forcée à mener sa grossesse à terme et à allaiter son nourrisson jusqu'à sa mort inéluctable plusieurs jours après sa naissance. K. L. a fait valoir que le fait pour le Pérou de ne pas avoir pris de mesures face à la réticence d'une partie du corps médical à appliquer les dispositions juridiques autorisant le recours à l'avortement thérapeutique constituait une violation du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Le Comité des droits de l'homme a conclu qu'en privant la demandeuse du droit de se faire avorter conformément au Code pénal, le Gouvernement ne s'était pas acquitté des obligations lui incombant en vertu du Pacte<sup>67</sup>. Le Comité a engagé le Gouvernement à prendre des mesures pour éviter que des violations de ce type ne se reproduisent. Le Rapporteur spécial ajoute qu'une façon pour le Gouvernement de se conformer à ses obligations en vertu du Code pénal serait de fournir aux professionnels de la santé des consignes claires et adéquates précisant les cas dans lesquels le recours à un avortement thérapeutique est légal et devrait être proposé.

81. Dans l'affaire *Yanomami c. Brésil*, les demandeurs ont fait valoir que la construction d'une route et l'exploitation des ressources se trouvant sur leurs terres ancestrales, ainsi que la dégradation consécutive de l'environnement et de leur mode de vie traditionnel violaient la

Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme<sup>68</sup>. Ils ont indiqué que les travaux de construction de la route les avaient obligés à quitter leurs terres ancestrales et que nombre d'entre eux étaient morts de la grippe, de la tuberculose, de la rougeole, de maladies vénériennes et d'autres maladies épidémiques survenues depuis le lancement du projet. La Commission interaméricaine des droits de l'homme a établi un lien entre la qualité de l'environnement et le droit à la vie, et a estimé que le fait pour le Gouvernement de ne pas avoir mis à la disposition des Yanomamis un site sur lequel s'établir constituait une violation de leur droit à la vie, à la liberté et à la sécurité. La Commission interaméricaine a recommandé au Gouvernement brésilien de continuer à prendre des mesures sanitaires prophylactiques et curatives pour protéger la vie et la santé des Indiens exposés à des maladies infectieuses ou contagieuses.

## 2. Protéger

82. L'obligation de protéger exige que l'État partie prenne des mesures pour empêcher que des tiers (des entreprises privées par exemple) fassent obstacle au droit au meilleur état de santé possible<sup>69</sup>.

83. Dans l'affaire *Conseil municipal de Ratlam c. Vardi Chand*, la Cour suprême de l'Inde a estimé que les municipalités étaient dans l'obligation de protéger l'environnement dans l'intérêt de la santé publique<sup>70</sup>. La Cour a conclu que les polluants déversés par les grandes entreprises dans la nature portaient atteinte à la composante «justice sociale» de l'état de droit. La Cour a en outre estimé que la préservation de la santé publique, qui a pour postulat le respect et la dignité de la personne humaine, était un volet non négociable des droits de l'homme nécessitant une intervention de l'État.

84. L'affaire *Centre d'action en faveur des droits sociaux et économiques et Centre pour les droits économiques et sociaux c. Nigéria* revêt aussi une dimension environnementale<sup>71</sup>. Au Nigéria, des membres de la communauté ogoni ont affirmé que le gouvernement militaire avait violé leur droit à la santé et à un environnement non pollué, ainsi que plusieurs autres droits de l'homme, en facilitant les activités des compagnies pétrolières dans l'Ogoniland. Les requérants ont fait valoir que les activités du consortium pétrolier associant la société pétrolière nationale (Nigerian National Petroleum Company) et la Shell Petroleum Development Corporation polluaient l'environnement et étaient ainsi la cause de graves et nombreux problèmes de santé au sein du peuple ogoni. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a jugé que les Ogonis étaient victimes de violations de plusieurs de leurs droits de l'homme, dont leur droit à la santé et à un environnement propre, du fait que le Gouvernement n'était pas intervenu pour prévenir la pollution et la dégradation de l'environnement. Elle a conclu que le Gouvernement n'avait ni réglementé ni contrôlé comme il y était tenu les activités du consortium pétrolier. La Commission a rendu plusieurs décisions, demandant en particulier que des études d'impact sur l'environnement et sur la situation sociale soient réalisées à l'avenir et que des informations sur la santé et l'environnement soient diffusées.

## 3. Mettre en œuvre

85. L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire ou autre pour assurer la pleine réalisation du droit au meilleur état de santé possible<sup>72</sup>.

86. Dans l'affaire *Purohit et Moore c. Gambie*, des défenseurs des malades mentaux ont été témoins des traitements inhumains infligés aux malades mentaux du Service de psychiatrie de l'Hôpital royal Victoria en Gambie<sup>73</sup>. Ils ont saisi la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples au nom des patients internés dans ce service. La loi de 1917 sur l'internement des personnes aliénées était une des seules lois régissant la maladie mentale en Gambie. Dans la communication l'accent était mis sur le fait que, dans l'optique des droits de l'homme, ce texte remontant à l'époque coloniale présentait de graves lacunes à de nombreux égards. La Commission a estimé qu'elle était insuffisante «en termes d'objectifs thérapeutiques» et qu'il ne convenait pas de ne traiter que les handicapés mentaux pour lesquels étaient disponibles des «ressources et programmes adaptés». La Commission a engagé le Gouvernement à remplacer dans les plus brefs délais la loi sur l'internement des personnes aliénées par un nouveau cadre législatif régissant la santé mentale compatible avec la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, ainsi qu'avec les normes internationales plus précises en matière de protection des handicapés.

### E. Conclusion

87. Ces affaires illustrent le rôle indispensable de la mise en cause de la responsabilité, sans laquelle les États pourraient invoquer les considérations de réalisation progressive ou la rareté des ressources pour ne rien faire ou presque – ou pour se retrancher derrière de telles considérations face aux groupes de pression qui expriment le plus fort leurs revendications. Des mécanismes indépendants, efficaces et accessibles de mise en cause de la responsabilité obligent les États à justifier leurs actes et à expliquer pourquoi et comment ils tendent – aussi rapidement et efficacement que possible – vers la réalisation du droit à la santé pour tous.

88. D'une manière générale, les tribunaux hésitent à intervenir. Ils ont tendance à laisser à l'État une marge d'appréciation. Ils savent parfaitement trouver l'équilibre en cas de conflits d'intérêts tout en restant pragmatique et en respectant les principes établis: dans l'affaire *Ministère de la santé c. Campagne en faveur du traitement*, la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud a jugé que le Gouvernement ne faisait pas tout ce qu'il était raisonnablement en mesure de faire, tandis que dans l'affaire *Soobramoney c. Ministère de la santé du KwaZulu Natal* cette même Cour s'est abstenue d'intervenir parce qu'elle estimait que l'hôpital en cause avait mis en place une politique équitable. En se fondant sur la législation pertinente, les tribunaux peuvent veiller à ce que l'attention voulue soit accordée aux intérêts des pauvres et des défavorisés – si souvent ignorés. Dans des affaires bien précises, ils ont la lourde responsabilité de conclure que l'État pourrait mieux faire et de l'engager à s'y atteler. Bien entendu, les tribunaux ne sont pas une panacée car, par exemple, les autorités mettent parfois du temps à se conformer à leurs décisions. En tant que mécanisme de mise en cause de la responsabilité, les tribunaux ont cependant un rôle important à jouer dans la promotion et la protection des droits liés à la santé.

89. La présente section ne mentionne qu'un petit nombre des multiples affaires relatives aux droits liés à la santé ayant donné lieu à une décision de justice ces dernières années, mais au début de 2007 l'OMS mettra en place, avec l'appui de l'Institut des droits de l'homme de l'Université Emory (États-Unis), une base de données qui réunira des informations sur les nombreuses affaires soumises à des instances nationales ou internationales relatives à la santé et aux droits de l'homme<sup>74</sup>.

#### IV. CONCLUSIONS

90. En 2006, le Rapporteur spécial a indiqué au Conseil des droits de l'homme qu'il espérait disposer de ressources suffisantes pour, en étroite collaboration avec d'autres, recenser et examiner les principales caractéristiques d'un système de santé qui incarne le droit fondamental international à la santé (voir E/CN.4/2006/48, par. 21). Dans le cadre du dialogue interactif qui a suivi la présentation de son rapport, le Rapporteur spécial a été encouragé à poursuivre sur cette voie. Bien que le sujet soit aussi ambitieux que sont limitées les ressources à sa disposition, le Rapporteur spécial s'emploie à poursuivre dans ce sens en commençant à approfondir cette question complexe.

91. Le droit au meilleur état de santé possible peut être compris comme le droit à un système de santé efficace et intégré, englobant les soins de santé et les déterminants fondamentaux de la santé, qui soit adapté aux priorités nationales et locales et accessible à tous (ibid., par. 4). Plus précisément, toutefois, quels sont les déterminants fondamentaux de la santé devant être présents lorsque l'on considère un système de santé du point de vue du droit à la santé? Sous l'angle des droits de l'homme, par exemple, le système de santé doit être doté d'un système adéquat de collecte de données sanitaires, faute de quoi il serait impossible pour l'État ou toute autre partie prenante de suivre la réalisation progressive du droit à la santé. En outre, les données doivent être ventilées selon certains critères tels que le sexe, l'âge et les zones urbaines et rurales – données sans lesquelles il serait impossible de suivre la réalisation progressive du droit à la santé pour les populations vulnérables, telles que les femmes, les enfants et les personnes vivant dans des communautés rurales isolées (voir ibid., par. 49 b)).

92. De plus, sous l'angle du droit à la santé, le système de santé devra entre autres: être capable de produire un nombre suffisant de personnels de santé possédant une solide formation et bénéficiant de bonnes conditions de travail; être doté d'un mécanisme chargé d'effectuer des études d'impact sur le droit à la santé avant la finalisation des principales politiques en rapport avec la santé; être assorti de dispositifs permettant de faire participer autant que possible la population à la formulation des politiques relatives à la santé; être doté de mécanismes efficaces, transparents et accessibles de mise en cause de la responsabilité.

93. Telles sont quelques-unes des questions que le Rapporteur spécial a commencé à examiner en vue de dégager certaines caractéristiques fondamentales d'un système de santé envisagé sous l'angle du droit à la santé. Il en appelle au soutien et à la collaboration de tous dans le cadre de cette vaste entreprise et espère avoir l'opportunité de faire rapport au Conseil au fur et à mesure de l'avancement de ses travaux.

## Annexe

### NOTES

<sup>1</sup> In the framework of his mandate, the Special Rapporteur also participated in a range of additional meetings and workshops between September and December 2006. For example, he participated as an instructor on the course “Monitoreando el Derecho a la Salud en América Latina”, held in Lima, Peru, and organized by EdhucaSalud and the International Federation of Health and Human Rights Organizations (IFHHRO). He was also a keynote speaker at the conference, “Exclusión y Derecho a la Salud: La Función de los Profesionales de la Salud”, which was also organized by EdhucaSalud and IFHHRO and held in Lima. Whilst in Peru, he co-organized an informal consultation on maternal mortality and human rights, together with CARE; CARE Peru; the Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health; and the Human Rights Centre, University of Essex. He presented a paper at the conference, “Welfare Rights: in Theory and Practice”, held at Oxford University. He spoke at the Annual Meeting of the American Public Health Association on “Human Rights and Public Health: At the Crossroads”. He participated at a meeting on population and the Millennium Development Goals organized by the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the Population and Sustainability Network. The Special Rapporteur also spoke at a seminar in Belfast organized by the Participation and the Practice of Rights Project, on “Making and Measuring Change-A Human Rights Based Approach to Health”. He also participated in a conference in Cairo organized by the Egyptian National Council on Human Rights on “The Right to Development: 20 Years After, What’s Next?”.

<sup>2</sup> For an early examination of the linkages between human rights and HIV/AIDS see K. Tomasevski, S. Gruskin, Z. Lazzarini and A. Hendricks, “AIDS and Human Rights” in J. Mann, D. Tarantola and T. Netter (eds), *AIDS in the World*, Harvard University Press, 1992, pp. 538-573.

<sup>3</sup> It remains to be seen whether or not the new Government, established in mid-2006, maintains this commitment.

<sup>4</sup> *Shared Responsibility: Sweden’s Policy for Global Development*, Government Bill 2002/03:122.

<sup>5</sup> In an especially welcome development, a few WHO country offices have appointed Health and Human Rights Officers.

<sup>6</sup> For more on WHO, see the Conclusion to this chapter.

<sup>7</sup> Recent contributions to the academic literature include S. Gruskin, M. Grodin, G. Annas, S. Marks (eds), *Perspectives on Health and Human Rights*, 2006; A. Yamin, *The Future in the Mirror: Incorporating Strategies for the Defence and Promotion of Economic, Social and Cultural Rights into the Mainstream Human Rights Agenda*, 27 (4) *Human Rights Quarterly* 2005; J. Ruger, *Towards a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Arguments*, 18 *Yale Journal of Law and the Humanities* 2006.

<sup>8</sup> For example, see CARE Peru's project *Improving Health for the Poor: A Human Rights Approach*, <http://www.care.org/careswork/projects/PER097.asp>.

<sup>9</sup> J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, 2004.

<sup>10</sup> Amnesty International, *Human Rights for Human Dignity: a Primer on Economic, Social and Cultural Rights*, 2005, p. 5.

<sup>11</sup> In 2006, for example, Amnesty published a study on maternal and infant health in Peru, drawing upon the right to the highest attainable standard of health, *Perú: Mujeres pobres y excluidas: le negación del derecho a la salud materno-infantil*, 2006.

<sup>12</sup> See <http://phmovement.org/>.

<sup>13</sup> Committee on the Rights of the Child, general comments Nos. 3 and 4; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 24.

<sup>14</sup> 13 September 2006, A/61/338.

<sup>15</sup> 8 October 2004, A/59/422.

<sup>16</sup> 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.

<sup>17</sup> 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2; 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2; 21 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.4. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

<sup>18</sup> 16 February 2004, E/CN.4/2004/49.

<sup>19</sup> 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2.

<sup>20</sup> 12 September 2005, A/60/348.

<sup>21</sup> 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2.

<sup>22</sup> Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR), general comment No. 14, para. 27.

<sup>23</sup> 8 October 2004, A/59/422.

<sup>24</sup> 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

<sup>25</sup> 1 March 2004, E/CN.4/2004/49/Add.1.

<sup>26</sup> 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; Press Release: US-Peru Free Trade, 13 July 2005 and 5 July 2004, available at [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch).

<sup>27</sup> 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.

<sup>28</sup> 13 February 2003, E/CN.4/2003/58, para 8.

<sup>29</sup> 3 March 2006, E/CN.4/2006/48.

<sup>30</sup> Gillian MacNaughton and Paul Hunt, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, 2006, available at [http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/).

<sup>31</sup> 13 September 2006, A/61/338.

<sup>32</sup> Amnesty International, *Facts and Figures on the Death Penalty*.  
<http://web.amnesty.org/pages/deathpenalty-facts-eng>.

<sup>33</sup> 27 December 2005, E/CN.4/2006/56, para. 9.

<sup>34</sup> Such as the Inter-American Convention on Forced Disappearance of Persons (1994).

<sup>35</sup> Launched in December 2005, the Leaders<sup>22</sup> Call to Action can be accessed at <http://www.realizingrights.org>.

<sup>36</sup> At least in the short term.

<sup>37</sup> As the International Labour Organization has chosen to do.

<sup>38</sup> 12 September 2005, A/60/348.

<sup>39</sup> 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

<sup>40</sup> See 12 September 2005, A/60/348.

<sup>41</sup> Some of the cases raise issues that go beyond health. This chapter, however, is confined to the health dimensions of the cases.

<sup>42</sup> Some cases could properly be located in more than one group. For example, *Samity* is not only an example of a case that gives rise to immediate obligations, it also illustrates how States have a duty to make health services available.

<sup>43</sup> See, for example, article 2 (1) ICESCR and article 27 (2) Constitution of South Africa.

<sup>44</sup> Constitution of South Africa, 1996, art. 27.

<sup>45</sup> CCT 8/02, full judgment available at [http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC\\_case\\_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf).

<sup>46</sup> 1998 (1) SA 765 (CC), full judgement available at [http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC\\_case\\_study/Soobramoney.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/Soobramoney.pdf).

<sup>47</sup> In accordance with section 27 (3) of the South African Constitution, 1996.

<sup>48</sup> 1996 SCJ 25, p. 29.

<sup>49</sup> CESCR, general comment No. 3, para. 2, and general comment No. 14, para. 30.

<sup>50</sup> CESCR, general comment No. 14, para 45; Poverty Statement adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 10 May 2001, E/C.12/2001/10; A. Chapman and S. Russell (eds), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

<sup>51</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 12.

<sup>52</sup> Case No. 31.777/96 (1998), For a further discussion of the case see Abramovich “Argentina: The Right to Medicines” in *Litigating Economic, Social and Cultural Rights: Achievements, Challenges and Strategies* (COHRE 2003).

<sup>53</sup> Subject to the confidentiality of personal health data.

<sup>54</sup> CCT 8/02, full judgement available at [http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC\\_case\\_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf).

<sup>55</sup> *AIDS Access Foundation v. Bristol-Myers Squibb* is another case on economic access. The AIDS Access Foundation, and two patients living with AIDS, alleged that Bristol-Myers Squibb and the Thai Department of Intellectual Property had “conspired to intentionally delete” the dose restriction in a patent application for didanosine. They argued that this could have the effect of restricting access to this particular HIV treatment. In its judgement, the Thai Central Intellectual Property and International Trade Court ruled that, because pharmaceutical patents may lead to high prices that limit access to medicines, patients may challenge their legality. The Court asserted the primacy of human life in trade agreements, as recognized internationally by the Doha Declaration on Trade-related Intellectual Property Rights (TRIPS) and Public Health. The Court held that the TRIPS agreement must be: “interpreted and implemented so as to promote the rights of members to protect public health, especially the promotion and support of access to medicines”. The Court also held that “lack of access to medicines due to high prices prejudices the human rights of patients to proper medical treatment”. Tor Por 34/2544, full judgement available at <http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/>; see also [www.msf.org](http://www.msf.org).

<sup>56</sup> [1997] 3 S.C.R. 624, full judgement available at <http://www.canlii.org/ca/cas/scc/1997/1997scc89.html>.

<sup>57</sup> Communication No. 4/2004, UN Doc. CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006), full judgement available at <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/decisions-views/Decision%204-2004%20-%20English.pdf>.

<sup>58</sup> 48 DLR (1996) HCD 438.

<sup>59</sup> Constitution of Bangladesh, 1972, article 32.

<sup>60</sup> Constitution of Bangladesh, article 18.

<sup>61</sup> CESCR, general comment No. 14, paras. 34-37. There is an overlap between, on the one hand, respect, protect and fulfil and, on the other hand, the requirement that health services etc., are available, accessible, acceptable and of good quality.

<sup>62</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 34.

<sup>63</sup> 24 EHRR 423, full judgement available at [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int). On the duty to respect see also the case of *Andrea Szijarto v. Hungary*, discussed in paragraph 75.

<sup>64</sup> *D. v. United Kingdom*, 24 EHRR 423, para. 53.

<sup>65</sup> In some more recent decisions, the Court has held that deporting people living with HIV/AIDS to countries where they may not be able to receive treatment may not amount to a violation of the European Convention if their illness has not reached an advanced stage, e.g. *Henao v. The Netherlands*, Application No. 13669/03, 24 June 2003.

<sup>66</sup> *Karen Noelia Llantoy Huamán v. Peru*, communication No. 1153/2003, UN Doc. CPR/C/85/D/1153/2003 (2005), full judgement available at <http://www1.umn.edu/humanrts/undocs/1153-2003.html>, see also [www.crlp.org](http://www.crlp.org).

<sup>67</sup> The Committee found a violation of articles 2, 7, 17 and 24 of ICCPR.

<sup>68</sup> Resolution No. 10/85, case No. 7615 (1985), full judgement available at <http://www.cidh.org/Indigenas/Annex1.htm>.

<sup>69</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 33.

<sup>70</sup> A.I.R. 1980 S.C. 1622.

<sup>71</sup> Communication No. 155/96 (2001) <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/155-96b.html>. This case is on the borderline between “respect” and “protect”. To the extent that the oil consortium was an arm of the State, it is a “respect” case. To the extent that the oil consortium was a private entity insufficiently regulated by the State, it is a “protect” case. Whether “respect” or “protect”, the key point is that the Commission found that the State was responsible for breaches of health-related rights.

<sup>72</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 33.

<sup>73</sup> Communication No. 241/2001 (2003), available at <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/241-2001.html>; see also COHRE, “Housing and ESC Rights Law”, 2004, p. 4.

<sup>74</sup> The database will be located at <http://www.who.int/hhr/databases/en/>. It will also include information about relevant international human rights instruments and national Constitutions bearing upon the right to health. For an excellent summary of national jurisprudence on access to medicines see Hogerzeil, H. et al., “Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?”, *Lancet*, 2006. COHRE and Interights also have excellent collections of the growing jurisprudence on economic, social and cultural rights, see [www.cohre.org](http://www.cohre.org) and [www.interights.org](http://www.interights.org).

-----