

Revue québécoise de droit international
Quebec Journal of International Law
Revista quebequense de derecho internacional



Le droit international de la santé. Évolution historique et perspectives contemporaines

Claude Emanuelli

Volume 2, 1985

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1101462ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1101462ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Société québécoise de droit international

ISSN

0828-9999 (print)

2561-6994 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Emanuelli, C. (1985). Le droit international de la santé. Évolution historique et perspectives contemporaines. *Revue québécoise de droit international / Quebec Journal of International Law / Revista quebequense de derecho internacional*, 2, 11–18. <https://doi.org/10.7202/1101462ar>

Tous droits réservés © Société québécoise de droit international, 1985

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Le droit international de la santé

Évolution historique et perspectives contemporaines

CLAUDE EMANUELLI *

Bien que le droit international de la santé soit encore largement inexploré et souvent ignoré des juristes, son étude n'est pas une entreprise nouvelle. Dès 1930, en effet, l'Académie de droit international de La Haye consacrait l'un de ses cours à ce que l'on appelait alors le droit sanitaire international.

Chargé de cet enseignement, le P^r C. Vitta définissait le droit sanitaire international comme une branche du droit international public régissant les rapports entre les États en matière d'administration sanitaire¹ et, dans cette optique, ce droit trouvait son origine dans « les conventions et les usages établis entre les États touchant la défense contre les maladies »².

Un demi siècle plus tard, la terminologie a changé : le droit sanitaire international a fait place au droit international de la santé³.

* Professeur à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke ; ancien directeur du programme de maîtrise en droit de la santé ; actuellement conseiller juridique auprès du ministère de la Justice du Canada, section de droit constitutionnel et international.

1. C. VITTA, « Le droit sanitaire international », (1930) 33 *R.C.A.D.I.* 545, p. 552.

2. *Ibid.*

3. Voir M. BÉLANGER, *Droit international de la santé* (1983) ; M. BÉLANGER, « Une nouvelle branche du droit international : Le droit international de la santé », (1982) 13 *Études internationales* 611.

Cette transformation tient à ce que la coopération en matière de santé a progressé depuis 1930, de pair avec l'évolution de la société internationale et du droit qui la régit. Ainsi, le droit sanitaire visait principalement à prévenir la propagation des épidémies dans le monde; ses normes étaient de nature prophylactique. En revanche, le droit de la santé ne se préoccupe plus seulement de protéger les États contre les intrusions des maladies infectieuses; il est de plus en plus tourné vers la promotion de la santé des individus dans la société internationale. À ce titre, il s'efforce d'établir les bases théoriques et pratiques d'un droit de la personne dans ce domaine.

Nous étudierons brièvement l'évolution de la coopération internationale en matière de santé pour ensuite nous pencher sur la réalisation du droit de la personne à la santé.

I. — ÉVOLUTION DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ

À l'origine, la coopération sanitaire internationale avait pour seul objectif d'enrayer la propagation des épidémies sans toutefois nuire outre mesure au commerce entre les États. L'apparition de moyens de transport modernes, consécutive à l'invention de la machine à vapeur, avait facilité les voyages, mais avait du même coup favorisé la diffusion d'épidémies comme celle du choléra asiatique, qui se répandit en Europe en 1826, puis en Amérique du Nord six ans plus tard, via New York et Québec. Or, au début du XIX^e siècle, on ne savait rien de l'étiologie et du mode de propagation de ces maladies, généralement soumises à des mesures quaranténaires variant d'un État à l'autre et qui s'avéraient la plupart du temps inefficaces, non sans entraver le commerce international.

C'est dans cette conjoncture que la première Conférence sanitaire internationale se tint à Paris en 1851⁴. Regroupant médecins et diplomates de douze pays, elle visait à uniformiser les pratiques étatiques en matière de quarantaine. Elle aboutit à la conclusion d'une Convention à laquelle était annexé un Code sanitaire international de 137 articles

4. À ce sujet, voir N. HOWARD-JONES, « Les bases scientifiques des Conférences sanitaires internationales (1851-1938) — 1 », (1974) 28 *Chronique O.M.S.* 173, aux pp. 176 et ss.

portant sur le choléra, la peste et la fièvre jaune⁵. Cependant, cette Convention ne fut ratifiée que par deux États⁶, la France et la Sardaigne, laquelle dénonça d'ailleurs le traité quelques années plus tard, de sorte que celle-ci demeura sans effets pratiques. Elle avait, par ailleurs, amorcé un mouvement de coopération qui devait se poursuivre par la tenue d'une série de conférences sanitaires internationales au cours des XIX^e et XX^e siècles⁷.

Ainsi, après six tentatives infructueuses, la première Convention sanitaire internationale fut finalement adoptée en 1892 à la Conférence de Venise⁸. Bien qu'elle ait été signée et ratifiée par les quatorze pays participants, sa portée fut limitée. Elle ne régissait en effet que les mesures de quarantaine maritime applicables au choléra, dont l'étiologie était mieux connue, et ne visait que les navires se rendant d'Orient en Occident par le canal de Suez.

Le champ d'application des mesures sanitaires internationales fut cependant élargi par d'autres conventions⁹ et, en 1951, treize d'entre elles, conclues en 1907 et 1944, furent révisées et codifiées par le Règlement sanitaire international (R.S.I.) adopté par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.)¹⁰. Le R.S.I. représente donc l'aboutissement d'un siècle d'efforts en vue de concilier deux objectifs : protéger les États contre la propagation des maladies exotiques, tout en évitant de nuire exagérément à la circulation des personnes et des marchandises. À cette fin, le Règlement, qui s'applique à tous les moyens de transport par mer, par air et par terre, édicte les mesures maximales qu'un État peut prendre pour se protéger contre l'invasion d'épidémies, tout en imposant un minimum de restrictions aux voyages internationaux. Le R.S.I. a été révisé en 1969 et complété en 1973 par un règlement additionnel¹¹.

5. *Id.*, p. 180.

6. Malgré les apparences, le Portugal n'aurait pas ratifié cette convention : *id.*, p. 182.

7. En tout, quatorze conférences sanitaires internationales eurent lieu entre 1851 et 1938. S'y ajoutent les deux conventions de Washington conclues en 1944 sous l'égide de l'U.N.R.R.A. et mettant à jour les conventions sanitaires internationales de 1926 à 1933.

8. Voir N. HOWARD-JONES, *loc. cit. supra*, note 4, -4, aux pp. 464 et ss.

9. *Id.*, -5, p. 508 et -6, p. 556 ; voir aussi, pour la période antérieure à 1930, C. VITTA, *loc. cit. supra*, note 1, aux pp. 565 et ss.

10. À ce sujet, voir M. BÉLANGER, *op. cit. supra*, note 3, p. 95 ; C.-H. VIGNES, « Le règlement sanitaire international, aspects juridiques », (1965) 11 *A.F.D.I.* 649.

11. Voir M. BÉLANGER, *op. cit. supra*, note 3, p. 94.

Par ailleurs, le climat d'optimisme qui suivit immédiatement la Seconde Guerre mondiale fut favorable à la conception d'un nouvel objectif en matière de santé. Il s'agissait, dès lors, de favoriser la santé des individus dans la société internationale. À cette fin, les États fondateurs de l'ONU s'entendirent en 1946 pour constituer une organisation unique dans ce domaine. C'est ainsi que l'O.M.S. entre en scène en 1948, une fois sa Constitution ratifiée par vingt-six États¹².

Institution spécialisée des Nations Unies, l'O.M.S. a pour but d'« amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible », ainsi que l'énonce l'article 1^{er} de sa Constitution¹³. Dans cette optique, l'O.M.S. a dû veiller à la santé et au développement sanitaire entendus dans un sens large et participer de façon active à la lutte contre le sous-développement. Ainsi, avec l'assistance de ses bureaux régionaux et de pair avec d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, l'O.M.S. s'efforce d'améliorer les conditions sanitaires dans les pays du Tiers-Monde, y compris la lutte contre la malnutrition, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement des régions rurales, la promotion de l'hygiène, le développement des services nationaux et des personnels de santé ainsi que la protection de l'environnement¹⁴.

Dans un contexte plus général, l'O.M.S. se préoccupe également de la sauvegarde des droits de la personne devant les progrès de la science et de la technique; elle a élaboré un répertoire des principaux médicaments ainsi qu'un code des propriétés alimentaires des aliments et participe au contrôle des narcotiques. L'ensemble de ces interventions vise à réaliser de façon concrète les conditions d'exercice d'un droit de la personne à la santé.

12. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1948) 14 *R.T.N.U.* 185, [ci-après dénommée Constitution de l'O.M.S.]; voir aussi « Une réalisation dans le domaine de la collaboration internationale », (1968) 20 *Affaires extérieures* 350-351.

13. Constitution de l'O.M.S., *supra*, note 12.

14. Voir notamment « L'O.M.S. et le nouvel ordre économique », (1976) 30 *Chronique O.M.S.* 235.

II. — LA RÉALISATION DU DROIT DE LA PERSONNE À LA SANTÉ

Historiquement, le droit à la santé fut l'un des derniers à être reconnu par les constitutions des États et les textes internationaux¹⁵. La Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée en 1948, prévoit que « [t]oute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé [...] »¹⁶, tandis que, de son côté, le texte constitutif de l'O.M.S. affirme que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »¹⁷. À cet égard, « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées »¹⁸. À son tour, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît un droit de la personne à la santé¹⁹ et, en 1970, la vingt-troisième Assemblée mondiale de la Santé affirma, dans une résolution, que « le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain »²⁰.

Cependant, une fois énoncé, ce droit paraît pratiquement illusoire en raison de la définition utopique que la Constitution de l'O.M.S. donne de la santé : « état de complet bien-être physique, mental et social »²¹, lequel doit être distingué de l'absence de maladie et d'infirmité. Dans ce sens, ce droit ne possède qu'un contenu purement théorique et demeure lettre morte pour la plupart des hommes, sinon pour tous.

Afin que ce droit à la santé revête une portée concrète, il a donc fallu l'envisager de façon plus pratique en tenant compte notamment du sous-développement d'une grande partie de l'humanité. À cet égard, le droit de la personne à la santé a récemment trouvé une expression plus

15. À ce sujet, voir notamment « L'élément santé dans la protection des droits de l'homme », (1976) 30 *Chronique O.M.S.* 391 ; R.A. RITVO, E.A. MCKINNEY et P. CHATTERJEE, « Health Care As a Human Right », (1978) 10 *Case W. Res. J.I.L.* 323 ; « Le droit à la santé en tant que droit de l'homme », dans ACADÉMIE DE DROIT INTERNATIONAL, *Colloque* (1978) ; M. TORRELLI, *Le médecin et les droits de l'homme* (1983).

16. A.G. Rés. 217 A (III), Doc. off. A.G., 3^e session, p. 71, Doc. N.U. A/810 (1948), art. 25.

17. Constitution de l'O.M.S., *supra*, note 12, préambule.

18. *Ibid.*

19. (1976) 993 *R.T.N.U.* 13, art. 12, par. 1.

20. A.M.S. Rés. WHA 23.41, Doc. off. O.M.S. (1970).

21. *Supra*, note 12, préambule.

réaliste dans le concept de « nouvel ordre sanitaire international » (N.O.S.I.), énoncé depuis 1975 au sein de l'O.M.S., pour servir de cadre à la coopération sanitaire internationale d'ici l'an 2000²².

Le N.O.S.I., qui se rattache à l'idée plus large de nouvel ordre économique international, se résume dans un slogan extrêmement ambitieux à première vue : la santé pour tous en l'an 2000. En fait, c'est là un but précis qui reflète une vue récente : il s'agit de « donner à tous les peuples du monde, d'ici à l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive »²³. Dans cette perspective, les soins de santé primaires (S.S.P.) furent désignés, lors de la Conférence d'Alma-Ata en 1978, comme le moyen pratique d'atteindre l'objectif de santé pour tous d'ici la fin du siècle²⁴.

L'O.M.S. s'est efforcée depuis, avec le concours de ses bureaux régionaux et de ses membres, de définir précisément l'action à entreprendre à cette fin. L'Organisation a établi une stratégie mondiale à partir de stratégies nationales et régionales, ainsi qu'un « Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale ». Ce plan précise le rôle des États et de leurs populations²⁵, de même que la part dévolue à la coopération interétatique et à l'O.M.S. Le Plan reprend l'idée énoncée dans la Déclaration d'Alma-Ata, selon laquelle il appartient à chaque État de développer sa propre action sanitaire dans le cadre des principes directeurs élaborés collectivement. Un « canevas et format communs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » ont été mis au point pour permettre aux États de suivre l'exécution de leurs stratégies nationales et d'en rendre compte aux bureaux régionaux, qui en font la synthèse. De plus, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté en 1982, pour la période 1984–1989, son septième programme général²⁶ qui,

22. Voir « L'O.M.S. et le nouvel ordre économique », *supra*, note 14; M. BÉLANGER, *op. cit. supra*, note 3, aux pp. 26 et ss.

23. Alma-Ata 1978: Les soins de santé primaires (O.M.S., Genève, 1978), art. V [ci-après dénommée la Déclaration d'Alma-Ata].

24. *Ibid.*; à ce sujet voir H. MAHLER, « The Meaning of "Health for All by the Year 2000" », (1981) 2 *World Health Forum* 5. Sur la notion de soins de santé primaires, voir M. BÉLANGER, *op. cit. supra*, note 3, aux pp. 23 et ss.

25. À ce sujet, voir « Health for All by the Year 2000: A Canadian Perspective », (1981) 2 *World Health Forum* 455.

26. A.M.S. Rés. WHA 35.25, Doc. off. O.M.S. (1982).

s'inscrivant dans la ligne de la Stratégie mondiale et au Plan d'action, définit les orientations de l'O.M.S. durant cette période²⁷.

Ainsi, dans le cadre du N.O.S.I., les États ont ramené le droit à la santé à des proportions plus humaines : la notion de santé est maintenant envisagée dans la perspective d'une vie socialement et économiquement productive et le droit à la santé requiert que soient donnés des soins élémentaires pouvant être administrés à peu de frais par des individus pourvus d'une formation rudimentaire dans le domaine de l'hygiène et du soulagement de la maladie. Cela ne signifie pas pour autant que la conception plus large de ce droit ait été abandonnée²⁸, mais elle représente une fin que le N.O.S.I. permettra d'atteindre à plus longue échéance.

* * *

En conclusion, il apparaît clairement que le droit international de la santé a notablement évolué depuis l'époque où le P^r Vitta lui consacra un cours à l'Académie de droit international de La Haye²⁹. Ce droit ne se limite plus aux mesures prophylactiques sur lesquelles le droit sanitaire mettait autrefois l'accent et qui peut être considéré aujourd'hui comme une simple facette d'un droit plus étendu.

Dans son acception moderne, le droit international de la santé doit être envisagé comme une branche du droit de la coopération internationale et du développement. À ce titre, il se rattache au droit économique international et plus particulièrement au droit international du développement³⁰. En effet, comme le Directeur général de l'O.M.S. le soulignait dans son rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la santé en 1975 : « Santé et développement économique et social sont, dans les régions rurales, étroitement liés »³¹.

Le droit international de la santé est également associé à d'autres domaines juridiques touchant la réalisation d'un droit de la personne à la santé ; par exemple, le droit international du travail, celui de

27. Voir *Rapport du Directeur général sur l'activité de l'O.M.S. en 1982*, Doc. O.M.S. A36/3 (1983), aux pp. 3-7.

28. Voir Déclaration d'Alma-Ata, *supra*, note 24, art. 1^{er}.

29. *Supra*, note 1.

30. Voir M. BÉLANGER, *op. cit. supra*, note 3, p. 10 ; *loc. cit. supra*, note 3, p. 615.

31. *Supra*, note 14, p. 236.

l'environnement, le droit international social, médical, humanitaire (exercé en temps de conflits armés)³².

Dans ce contexte, le défi que le droit international de la santé doit relever aujourd'hui consiste à acquérir son autonomie par rapport à ces autres branches du droit international public et à devenir ainsi une discipline à part entière.

32. Voir M. BÉLANGER, *loc. cit. supra*, note 3, aux pp. 612-613 et *op. cit. supra*, note 3, aux pp. 31-37; voir aussi *Sixième rapport sur la situation sanitaire dans le monde: 1973-1977*, (O.M.S., Genève), t. 1^{er}, p. 63.