

LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES FACE AU SIDA (*)

PAR

Pierre KLEIN

ASSISTANT À L'UNIVERSITÉ LIBRE
DE BRUXELLES

Peu de temps après son apparition et son identification, le sida (1) s'est retrouvé au centre des préoccupations de nombreuses organisations intergouvernementales (2). Loin de retenir l'attention des seules organisations dont la promotion de la santé constitue la principale compétence — ce rôle est dévolu sur le plan universel à l'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.), institution spécialisée des Nations Unies —, la lutte contre le sida a fait l'objet de débats et d'actions au sein d'organisations possédant à titre principal des compétences très diverses, parfois sans rapport immédiat avec la santé. On retrouve principalement parmi ces entités l'Organisation des Nations Unies (O.N.U.), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (F.I.S.E.), l'Organisation internationale du Travail (O.I.T.), l'Organisation des Nations Unies pour la Science, la Culture et l'Éducation (UNESCO), l'Organisation de l'Unité africaine (O.U.A.), la Communauté Economique Européenne (C.E.E.) et le Conseil de l'Europe.

L'activité de ces organisations dans un domaine qui excède à première vue leurs compétences peut surprendre. Toutefois, ce phénomène s'explique aisément par le caractère multiforme — ou plurisectoriel, pour reprendre la terminologie de l'OMS — des conséquences de l'épidémie de sida. Le Dr. Mann parle ainsi de l'apparition de trois « épidémies » « séparées bien qu'interdépendantes et constituées premièrement par l'infection à VIH (3), deuxièmement par la maladie du sida elle-même et troisièmement par les réactions et les réponses sociales, culturelles, économiques et politiques »

(*) Rapport au colloque « Le sida : défi aux droits » organisé par l'Université Libre de Bruxelles, l'Institut de Sociologie et l'A.S.B.L. Aide Info Sida, Bruxelles, 10-11-12 mai 1990, Bruylant, Bruxelles, 888 pages, 1991, pp. 33 et s.

(1) Syndrome d'immunodéficience acquise.

(2) Seules les politiques et actions de ces organisations seront examinées ici, à l'exclusion de celles menées par les organisations non gouvernementales et même si plusieurs d'entre elles sont très actives dans la lutte contre la maladie et ses effets. L'importance de leur rôle dans cette lutte a d'ailleurs été reconnue par la quarante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA42.34 du 19 mai 1989.

(3) Virus d'immunodéficience humaine.

aux deux épidémies précédentes, et il souligne que « l'épidémie de réaction fait autant partie de la pathologie du sida que le virus lui-même » (4).

Le développement de cette « troisième épidémie » explique l'intervention d'un nombre croissant d'organisations, agissant chacune dans le domaine d'activité où elle détient des compétences en vertu de son acte constitutif. Le FISE a ainsi axé ses efforts de lutte contre le sida sur l'information, l'éducation, la formation et les répercussions socio-économiques de la maladie sur les femmes et les enfants, l'OIT sur les conséquences de la maladie sur les relations de travail, l'UNESCO sur les questions de formation et d'éducation à la prévention, la Banque mondiale sur l'étude de l'impact économique et démographique de l'épidémie dans les pays en voie de développement. Les organisations régionales européennes ont justifié leurs prises de position, pour la C.E.E. par les effets de la lutte contre le sida sur la libre circulation des personnes (5) et par l'exercice de compétences que l'on peut qualifier de résiduelles en matière sanitaire (6), pour le Conseil de l'Europe par l'utilisation de la compétence qui lui a été reconnue de réaliser une union plus étroite entre ses membres, en considérant « que ce but peut être poursuivi, entre autres, par l'adoption de règles communes dans le domaine de la santé » (7) ainsi que par l'exercice de sa mission de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, potentiellement mis en cause par l'épidémie (8).

La diversité d'aspects des répercussions de l'épidémie constitue aussi la raison pour laquelle, fait notable, le sida est le premier problème de santé à figurer simultanément à l'ordre du jour d'organisations aussi multiples et différentes. Cet intérêt général témoigne de la réalité des inquiétudes qu'inspire le sida à la communauté internationale. Les réactions que cette

(4) MANN, J., « Le sida dans le monde : épidémiologie, impact, projections et stratégie mondiale de lutte », *Sida — Prévention et lutte*, Genève, OMS, Oxford, Pergamon, 1989, p. 3.

(5) Communication de la Commission sur la lutte contre le sida, Doc. Com (87) 63 final du 11 février 1987, p. 3.

(6) Sur ce point, voy. VIGNES, D., qui rappelle l'idéal unificateur qui se trouve à la base de toute action communautaire : les principes communautaires de libre circulation et de prohibition de toute différence de traitement fournissent le support théoriques à la réalisation d'un espace sanitaire européen unique, et même si la compétence en matière de santé appartient essentiellement aux États membres, la Communauté possède une compétence de coordination dans ce domaine (« Le droit à la santé et la C.E.E. », p. 312, in DUPUY, R.J. (Ed.), *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme*, Colloque de l'Académie de droit international de La Haye, Nijhoff, 1978).

(7) Premier considérant de l'ensemble des recommandations adoptées par le Comité des Ministres en matière de lutte contre le sida.

(8) Ce but du Conseil de l'Europe est défini à l'article 1 b) de son statut du 5 mai 1949 et rappelé dans le préambule de la Convention européenne des droits de l'homme de 1950. On peut considérer qu'il s'agit là d'une application de la théorie des compétences implicites selon laquelle « l'organisation est supposée posséder certains pouvoirs qui sont additionnels à ceux expressément prévus dans l'acte constitutif [et qui] sont nécessaires ou essentiels pour l'accomplissement de ses fonctions ou pour l'exercice des pouvoirs expressément reconnus » (SKUBISZEWSKI, K., « Implied Powers of the International Organizations », in DINSTEIN, Yoram (Ed.), *International Law at a Time of Perplexity, Essays in Honour of Shabtai Rosenne*, Nijhoff, Dordrecht, Boston, London, 1989, p. 856 [notre traduction]).

dernière développe face à la maladie et à ses effets, médicaux ou autres, sont-elles à la mesure de la menace ? C'est l'une des questions auxquelles la présente communication tentera de répondre.

Le principal but du présent colloque est la détermination de la situation juridique et des droits des individus sidéens ou séropositifs; c'est pourquoi nous tenterons de déterminer les obligations que les activités des organisations intergouvernementales font peser sur les Etats mais aussi les répercussions de leur action sur la situation et les droits des particuliers. A cet égard, deux grandes périodes — qu'il est impossible de préciser en termes de dates car elles varient d'une organisation à l'autre — peuvent être distinguées dans l'action de ces entités. Durant la première, ce sont essentiellement des préoccupations prophylactiques qui guident leur action (Section I). Durant la seconde, des préoccupations éthiques commencent à apparaître dans cette action (Section II).

Nous avons entendu pour cette analyse les termes « action des organisations internationales » dans un sens restreint. Nous nous limiterons au seul examen de leurs activités de type normatif (9) et ne traiterons pas des activités propres de ces organisations dans la lutte contre le sida car leur impact sur la situation des particuliers, très important sur le plan sanitaire, est très limité sur le plan juridique. Seuls seront abordés les aspects de ces actions propres qui auraient, de près ou de loin, des répercussions sur les activités de type normatif des organisations.

Ce choix ne doit cependant pas faire oublier l'ampleur et l'efficacité de l'action de plusieurs organisations, à la fois sur le terrain et en matière de recherche. Les actions menées sur le terrain sont essentiellement le fait de l'OMS (10), à laquelle, dans plusieurs domaines, d'autres institutions spécialisées des Nations Unies prêtent main forte (11), et des Communautés européennes (12). Les domaines visés sont bien entendu les soins de santé, mais

(9) Celles-ci ne sont pas le fait de toutes les organisations citées p. 33. On ne s'étonnera donc pas de ne plus retrouver mention de celles d'entre elles qui ne mènent face au sida qu'une action sur le terrain, sans que ceci implique bien sûr un quelconque jugement sur la valeur de leurs activités.

(10) Au 1er mars 1989, l'OMS avait apporté son soutien à 152 programmes nationaux de lutte contre le sida ainsi qu'aux programmes régionaux de prévention et de formation (Rapport du Directeur général de l'OMS sur l'évolution de la pandémie de sida, 1989, Doc. AGNU A/44/274, pp. 16-21). Son action sur le terrain a été grandement facilitée par l'alliance conclue en 1988 avec le programme des Nations Unies pour le développement (texte dans l'annexe 1 du Rapport de la cinquième réunion des parties participantes au programme mondial de lutte contre le sida, Genève, 1988, Doc. WHO/GPA/GEN/88.2, pp. 9 à 16).

(11) Pour plus de détails, voy. le chapitre III du rapport du Directeur général de l'OMS sur l'évolution de la pandémie de sida, 1989, *op. cit.*, pp. 9-13.

(12) Celles-ci ont lancé en 1987 un programme CEE-ACP de lutte contre le sida (point III de la Communication de la Commission sur les *Activités communautaires en matière de sida en 1987*, Com (88) 268 final du 17 mai 1988, pp. 4 et 5) et apportaient en 1989 une aide à plus de 70 pays en développement sous forme de fourniture de matériel sanitaire et de laboratoire, de renforcement des services de transfusion sanguine ou d'organisation de formations techniques et de programmes de prévention, d'éducation sanitaire et d'information (Rapport sur la mise en oeuvre du programme de lutte contre le sida, Sec (89)1723 du 13 octobre 1989, 35 p.).

aussi l'éducation et la formation. Ces activités sont particulièrement importantes dans les pays en développement, où leur premier objectif est de rattraper le retard pris par l'infrastructure de soins de santé primaires dans son développement et de l'amener à un niveau d'efficacité suffisant pour qu'il constitue ultérieurement un instrument approprié pour la lutte contre le sida. Les principales actions en matière de recherche scientifique — biomédicale et épidémiologique, mais aussi sociale et comportementale —, sont pareillement menées par ces deux entités et l'OMS assure de plus un rôle de coordination entre les activités des Etats dans ce domaine (13).

Précisons enfin que nous n'établirons pas ici un catalogue exhaustif des actes institutionnels des organisations intergouvernementales, mais que nous indiquerons plutôt les grandes tendances qu'elles ont suivies dans l'exercice de leur pouvoir de recommandation.

SECTION I^{re}. — DANS UN PREMIER TEMPS,
DES PRÉOCCUPATIONS ESSENTIELLEMENT PROPHYLACTIQUES
GUIDENT L'ACTION DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Dans les premières années qui suivent l'identification du sida et la prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie, la priorité des organisations internationales est claire : il s'agit d'empêcher la propagation de la maladie. Pour atteindre cet objectif, elles vont mettre en oeuvre leurs compétences dans deux domaines : elles vont mener des actions propres de réflexion et de conceptualisation (Sous-section 1) et exercer les pouvoirs de type normatif qu'elles possèdent vis-à-vis de leurs Etats membres (Sous-section 2).

*Sous-section I^{re}. — Les activités de réflexion
et de conceptualisation*

Parallèlement à la formulation d'actes institutionnels (14), certaines organisations entament des activités qui pourraient être qualifiées de « para- ou pré-normatives », dans la mesure où elles visent à dégager les principes qui doivent régir l'action de lutte des Etats ou à conceptualiser les problèmes posés par la lutte contre l'épidémie et à formuler dans ce domaine des recommandations qui pourront être reprises ultérieurement dans des actes institutionnels. Leurs caractéristiques communes sont de n'être pas adres-

(13) Voy. pour l'OMS le Rapport du Directeur général de l'OMS sur l'évolution de la pandémie de sida, 1989, *op. cit.*, pp. 21 à 27 et pour la CEE la communication de la Commission sur la lutte contre le sida, Com(87) 63 final du 11 février 1987, pp. 4 et 5 et la Communication de la Commission sur les *Activités communautaires en matière de sida en 1987*, Com (88) 268 final du 17 mai 1988, pp. 2 et 3.

(14) On entend par là « les demandes ou les commandements de faire ou de ne pas faire adressés par les organes d'une organisation internationale à un ou plusieurs Etats » (DAVID, Eric, *Droit des organisations internationales*, Addendum, Bruxelles, P.U.B., 1988-1989, p. 2).

sées directement aux Etats et de ne comprendre ni demande ni commandement, ce qui s'oppose à leur classification parmi les actes institutionnels au sens que nous donnons ici à ces termes. Ces activités sont toutefois peu nombreuses durant cette première période et ne se développeront vraiment que plus tard.

Les activités de l'OMS dans ce domaine consistent dans l'organisation de consultations de spécialistes sur des aspects techniques de l'épidémie ainsi que de conférences internationales sur ce sujet. Ainsi, le rapport de la consultation sur les voyageurs internationaux et l'infection à VIH organisée en 1987 conclut à l'inefficacité du dépistage systématique du virus chez ces personnes (15). Une réunion d'experts fixe la même année les critères relatifs aux programmes de dépistage du virus (16). D'autres consultations portent, entre autres, sur l'allaitement au sein ou avec du lait de femme et VIH (17), sur le VIH et la vaccination systématique des enfants (18), sur la transmission du VIH par les injections et les incisions cutanées et sur les relations entre le sida et les maladies tropicales.

Les conférences internationales initiées par l'OMS ont des objets similaires. Elles ont porté sur des questions médicales et épidémiologiques, telles que les aspects neuropsychiatriques du sida, les tests de diagnostic, la virologie, l'immunologie, la sérologie, les manifestations cliniques (conférence mondiale de Washington), les stratégies intégrées de lutte contre le sida, d'autres infections à rétrovirus humain et l'hépatite B (conférence de Tokyo) ou le sida et les cancers associés en Afrique.

Les conclusions de ces consultations donnent à l'organisation les lignes directrices sur lesquelles elle pourra modeler son action propre ou qui lui serviront de guide pour l'élaboration de recommandations aux Etats, à certains acteurs sociaux particulièrement concernés par les questions abordées ou à l'ensemble des particuliers.

Sous-section 2. — Les activités de type normatif

La prudence de la qualification que nous donnons à l'activité des organisations intergouvernementales s'explique par le fait que les actes institutionnels qui constituent la concrétisation de cette activité et que nous examinerons ici possèdent tous une caractéristique commune : une normativité apparente extrêmement réduite. Celle-ci résulte à la fois de la forme de ces actes (il ne s'agit jamais d'actes obligatoires pour les membres de l'organisation en vertu de l'acte constitutif, à supposer que l'entité possède le pouvoir d'émettre de tels actes) et de leur formulation : les organisations « plaident », « recommandent », « demandent », « prient » ou « invitent » leurs

(15) Doc. WHO/SPA/GLO/87.1 de mars 1987.

(16) Doc. SPA/INF/87.4 de mai 1987.

(17) Doc. WHO/SPA/INF/87.8 de juin 1987.

(18) Doc. WHO/SPA/GLO/87.3 d'août 1987.

membres à adopter tel ou tel comportement. Ces actes ne possèdent donc *prima facie* d'autre force que celle de simples conseils ou recommandations aux Etats auxquels ils sont adressés (19). Nous n'entrerons pas pour l'instant dans des considérations plus détaillées en ce qui concerne les effets juridiques de ces actes car il ne s'agit ici que de dégager les lignes générales suivies par les organisations dans leurs activités de type normatif.

Les premiers actes institutionnels d'organisations intergouvernementales concernant le sida remontent au milieu de la première moitié des années 1980. On se trouve alors après ce que le Dr. Mann, rappelant les périodes de l'histoire du sida, qualifie de période « silencieuse » (des années 1970 à 1981) et au milieu de la période « de découverte » (de 1981 à 1985) (20) et c'est très vraisemblablement cela qui explique le caractère strictement technique des dispositions adoptées durant ces années. La maladie était à cette époque peu connue et il était à ce moment difficile d'appréhender toutes les implications que sa propagation allait entraîner dans des domaines autres que médical.

Quelles sont alors les priorités ?

Les modes de transmission du virus VIH ayant été identifiés, c'est sur les activités à l'occasion desquelles cette transmission peut s'effectuer que porteront les premières actions de type normatif des organisations internationales.

Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe est, en 1983, la première autorité à recommander à ses membres d'assurer la sûreté des transfusions sanguines par divers moyens (21), et précise ultérieurement les modalités et les conditions auxquelles le dépistage devrait être organisé chez les donneurs de sang, tout en recommandant déjà — nous sommes alors en 1985 — aux Etats « d'examiner et, autant que possible, de résoudre les problèmes plus vastes d'ordre éthique, social et médical que pose le dépistage » (22). De même en 1986, les représentants des gouvernements des Etats membres des Communautés européennes, réunis au sein du Conseil « invitent les Etats membres et la Commission à examiner quelles sont les initiatives communes à prendre pour résoudre les problèmes de transmission du sida par des substances d'origine humaine » (23). D'autres instances appellent à des actions de plus grande ampleur : en 1984, le Parlement européen invite la Commission des Communautés « à présenter un programme d'urgence de recherche sur le sida » et à « examiner la question de la conversion des recommandations non contraignantes du Conseil de l'Europe en disposi-

(19) Ceci sous réserve des précisions qui seront apportées plus loin pour les actes reprenant des obligations qui pèsent aux Etats en vertu du droit international général. V. *infra*, p. 54.

(20) MANN, Jonathan, Exposé à l'Assemblée mondiale de la Santé, 11 mai 1988, Doc. GPA/ER/88.16.

(21) Recommandation n° R (83) 8 du 23 juin 1983.

(22) Recommandation n° R (85) 12 du 13 septembre 1985. Voy. Annexe n° 12, p. 816.

(23) Résolution du 29 mai 1986, *J.O.C.E.*, 23 juillet 1986, n° C 184/21.

tions législatives communautaires contraignantes » (24). Comme on le verra, cette dernière invitation ne fut guère suivie d'effets.

L'extension du dépistage à l'ensemble de la population est aussi envisagée. Dans sa résolution du 13 mars 1986 (25), le Parlement européen « plaide en faveur de l'introduction à l'échelle européenne de tests de dépistage du sida gratuits et préservant l'anonymat ».

En l'absence de vaccin et de remède à la maladie, la prévention, et l'information, constituent le moyen de lutte le plus efficace contre le sida. Dès 1983, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

« demande aux ministères de la santé des différents pays de tout mettre en oeuvre pour favoriser la circulation de toutes les informations concernant le sida et d'encourager les travaux de recherche y afférents » et insiste pour que « les questionnaires ou notices sur le sida soient rédigés de façon à éviter toute atteinte directe ou indirecte à l'autonomie de la vie privée », tout en lançant un appel aux médias « pour qu'ils évitent toute déviation de l'information sur le sida vers des campagnes anti-homosexuelles » (26).

Dans leur résolution du 29 mai 1986 (27), les gouvernements réunis au sein du Conseil des Communautés européennes

« invitent les Etats membres et la Commission à examiner quelles sont les activités communes à mettre en oeuvre en ce qui concerne l'information en matière sanitaire et l'éducation à la santé pour renforcer la lutte contre le sida ».

De même, l'UNESCO, dans une résolution adoptée en 1987, prie instamment les Etats membres « de participer activement, au travers de programmes d'éducation et d'activités pour la jeunesse, à la prévention » de la maladie.

De manière générale, l'action des organisations à vocation universelle est plus tardive que celle des organisations régionales. L'Assemblée mondiale de la Santé adopte sa première résolution concernant le sida en 1986. Elle vise à susciter une réaction de base des Etats puisque l'Assemblée leur « demande instamment de mettre immédiatement en oeuvre des stratégies appropriées de santé publique pour prévenir et combattre le sida ». Le texte souligne par ailleurs l'importance de l'échange de données et d'informations ainsi que de la coopération internationale (28). Ces demandes sont répétées lors de la session suivante de l'Assemblée mondiale de la Santé, à l'occasion de laquelle sera aussi réaffirmé le « rôle directeur et coordonnateur » de l'OMS dans la lutte contre l'épidémie (29).

(24) Résolution du 20 janvier 1984, *J.O.C.E.*, 20 février 1984, n° C 46/113.

(25) *J.O.C.E.*, 14 avril 1986, n° C 88/83.

(26) Résolution 812 du 23 novembre 1983. Voy. Annexe n° 8, p. 805.

(27) Résolution 86/C 184/06, *J.O.C.E.*, 23 juillet 1987, n° C 184/21. Voy. Annexe n° 3, p. 794.

(28) Résolution WHA39.29 du 16 mai 1986.

(29) Résolution WHA40.26 du 15 mai 1987.

La première résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies portant sur la matière, adoptée en 1987, est, quant à elle, à la fois minimaliste et surprenante puisqu'elle se contente de confirmer ce rôle dirigeant de l'OMS, de « félicite[r] les gouvernements qui ont pris des mesures pour établir des programmes nationaux de lutte contre le sida » et d'« invite[r] tous les Etats à tenir compte, en s'attaquant au problème du sida, des préoccupations légitimes des autres pays et de l'intérêt des relations entre Etats » (30). L'organe de l'ONU réitère ses félicitations et invitations en 1988 et affirme par ailleurs

« que la lutte contre le sida devrait être compatible avec les autres priorités nationales de santé publique et les autres objectifs de développement, et non en détourner l'attention ni détourner l'action internationale et les ressources nécessaires pour faire face aux priorités globales en matière de santé » (31)

La seconde session de la Conférence des ministres de la santé de l'OUA exprime la même inquiétude en demandant aux Etats membres et à la communauté internationale que

« les efforts pour prévenir et contrôler le problème du sida ne détournent pas de leur objectif les ressources techniques, financières ou humaines qui ont été mobilisées pour faire face aux autres priorités de santé en Afrique »

et appelle par ailleurs les Etats membres « à adopter des législations et procédures appropriées qui contribueraient à contrôler l'expansion globale de la maladie » (32). En 1988, le Conseil des ministres de la même organisation recommande aux Etats membres de prendre des mesures d'information sur la maladie, d'accorder une grande importance à la lutte contre le sida dans leurs programmes de soins de santé primaires, de renforcer la formation des personnels de santé et d'encourager la recherche scientifique (33).

Ces quelques exemples, révélateurs de la pratique de l'ensemble des organisations durant leur première phase d'action de type normatif, démontrent que ce sont quasiment exclusivement des préoccupations d'ordre technique et prophylactique qui animent alors les organisations.

On le voit à la lecture de ces textes, la perception des impératifs qui doivent régir la lutte contre le sida varie d'une organisation à l'autre. La cohésion des membres des organisations régionales européennes autour de la sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que leur niveau de développement économique élevé, les amènent à considérer — même si c'est encore de manière limitée durant cette première période — les aspects éthiques de cette lutte plus tôt que les organisations à vocation universelle ou les organisations regroupant des Etats moins favorisés. Pour les membres de celles-ci, d'autres objectifs tels que le main-

(30) Résolution 42/8 du 26 octobre 1987.

(31) Résolution 43/15 du 27 octobre 1988.

(32) Résolution CAMH/Res. 11 (II) du 30 avril 1987.

(33) Résolution CM/Res. 1165 (XLVIII) du 23 mai 1988.

tien des programmes généraux de santé ou la poursuite des projets de développement ne doivent pas être négligés au profit de la lutte contre l'épidémie. La démonstration de la compatibilité des deux types d'actions qui sera faite ultérieurement par l'OMS n'est certainement pas étrangère à l'évolution des positions de ces organisations.

Le parallèle qui peut être tracé entre cette première période d'activité de type normatif et l'émergence du droit de la santé est frappant. En effet, le « droit sanitaire international », prédécesseur du droit de la santé apparu fin du siècle dernier, visait principalement à prévenir la propagation des épidémies dans le monde et générait des normes de nature prophylactique (34). Il avait pour but la conciliation de deux objectifs : il fallait protéger l'Etat contre la propagation des maladies exotiques tout en évitant de nuire exagérément à la circulation des personnes et des marchandises (35). Le droit de la santé, qui lui a depuis succédé, « ne se préoccupe plus seulement de protéger les Etats contre les maladies infectieuses, mais est de plus en plus tourné vers la promotion de la santé des individus dans la société internationale » et il s'efforce d'établir les bases théoriques et pratiques d'un droit de la personne dans ce domaine (36).

Or, comme nous venons de le constater, le but premier des actes institutionnels émis par les organisations durant cette période est d'arrêter l'expansion de l'épidémie. Mais quels sont les bénéficiaires de ces actes ? Bien sûr, on pourra prétendre que les dispositions techniques adoptées avaient pour destinataire final l'individu, qu'il s'agissait dès ce moment de protéger son droit à la santé. Toutefois, plusieurs indices nous incitent à penser qu'il s'agissait plutôt d'assurer la protection d'« intérêts supérieurs » contre l'épidémie. La libre circulation des biens, des services et des personnes fait partie des objectifs et des principes de lutte régulièrement invoqués (37), les gouvernements sont invités à tenir compte des « préoccupations des autres pays et de l'intérêt des relations entre les Etats » (38) et les conséquences économiques et démographiques de l'épidémie pour les Etats (39) font l'objet de toute l'attention de certaines organisations. L'individu en tant que

(34) Voy. VITTA, C., « Le droit sanitaire international », *R.C.A.D.I.*, 1930, vol. 33, T. III, pp. 549 à 669.

(35) EMMANUELI, Claude, « Le droit international de la santé — Evolution historique et perspectives contemporaines », *R.Q.D.I.*, 1985, p. 13.

(36) *Ibid.*, p. 12.

(37) Voy. e.a. MANN, J., « Le sida dans le monde », *op. cit.* n. 2, p. 8 : « ... le sida menace maintenant la liberté de circulation entre les pays *ainsi que les communications et les échanges internationaux* » (nous soulignons) et, pour une illustration récente, le point III 2. de la résolution 90/C 10/02 du Conseil des Communautés du 22 décembre 1989.

(38) Résolutions précitées de l'Assemblée générale des Nations Unies.

(39) Nous tenons à souligner que nous ne mettons pas en doute le caractère catastrophique de ces conséquences pour nombre de pays en développement. Il suffit, pour se convaincre de celles-ci, de savoir que le financement du coût direct du traitement du sida ferait augmenter les dépenses publiques du Zaïre de 13,5 % à l'horizon de 2010 (Commission des Communautés européennes, *Rapport sur la mise en oeuvre du programme de lutte contre le sida*, précité note 9, p. 22. Voy. aussi les autres cas qui y sont cités).

tel ne figurera parmi les préoccupations des organisations internationales, et son droit à la santé, dans toute l'acception du terme, ne sera véritablement pris en compte que dans un second temps et il n'est de toute évidence pas question, dans cette première période, de reconnaissance de droits subjectifs aux particuliers.

SECTION II. — DANS UN SECOND TEMPS,
DES PRÉOCCUPATIONS ÉTHIQUES APPARAISSENT DANS
L'ACTION DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

C'est approximativement à partir de 1987 que l'homme en tant que tel fait graduellement sa véritable apparition sur la scène de la lutte internationale contre le sida, sans, bien entendu, que les activités de type prophylactique disparaissent de cette scène pour autant. Ces deux préoccupations voisinent dans les activités de conceptualisation des organisations internationales (Sous-section 1), comme dans leurs activités de type normatif (Sous-section 2).

Sous-section 1^{re}. — Les activités de conceptualisation

Plusieurs organisations poursuivent leurs activités dans ce domaine. Les questions techniques continuent d'y être traitées, mais elles ne sont plus les seules.

L'OMS a mis sur pied depuis 1987 de nombreuses consultations portant sur des questions liées aux droits de l'homme. La déclaration commune de la consultation sur la lutte contre le sida dans les prisons affirme, entre autres, le droit des prisonniers aux soins et à l'information et prohibe à leur égard les pratiques discriminatoires liées à la maladie (40). La consultation sur le sida et le lieu de travail, organisée conjointement avec le Bureau international du Travail en 1988, se déclare opposée à la pratique du dépistage obligatoire, à l'embauche et ultérieurement, et à toute discrimination à l'égard des travailleurs sidéens ou séropositifs (41). En 1988 toujours, l'importante consultation sur la législation sanitaire et les questions d'éthique dans le domaine du sida détermine les principes qui devraient guider les Etats dans leur action législative, en leur déconseillant d'opter pour une approche législative distincte du sida et en soulignant l'importance du respect des droits de l'individu et de la collectivité (42). Enfin, les droits de l'homme constituaient le seul objet de la consultation initiée par l'OMS et le Centre des Nations Unies pour les droits de l'homme en 1989. Les conclusions de cette réunion réaffirment l'importance de leur respect et la compa-

(40) Doc. WHO/SPA/INF/87.14 de novembre 1987.

(41) Doc. WHO/GPA/INF/88.7 Rev 1. de juin 1988.

(42) Doc WHO/GPA/

tibilité de ce respect avec la politique de santé publique qui doit être menée par les Etats face au sida. Les participants ont aussi envisagé pour la première fois l'opportunité de l'élaboration d'un instrument contraignant qui assurerait une protection spécifique aux porteurs du virus (43).

Les questions relatives aux droits de l'homme ont de même fait leur apparition dans les conférences internationales organisées par l'OMS ou avec sa collaboration. Ainsi, le Sommet mondial des ministres de la santé, qui s'est réuni à Londres en 1988, soulignait la nécessité « de protéger les droits de l'homme et la dignité humaine dans le cadre des programmes de prévention du sida » (44) et la Déclaration de Paris émise en novembre 1989 par les ministres de la santé insiste sur

« la nécessité d'empêcher les réactions de stigmatisation et de discrimination à l'égard des sujets infectés par le VIH et des sidéens ainsi que des sujets à risque dans tous les secteurs de la vie et prévoir l'accès à tous les services » (45).

Enfin, on notera l'installation en 1989 d'une Commission mondiale du sida qui conseille le Directeur général de l'organisation sanitaire dans une série de domaines de la lutte contre l'épidémie. Elle a suggéré dans ses premières recommandations que les initiatives prises par l'OMS en matière de respect des droits des porteurs du virus « pourraient être mises davantage en valeur si on les articulait sur le droit international applicable aux droits de l'homme » (46).

En ce qui concerne son action sur le terrain, il est intéressant de relever que l'OMS fait — même indirectement — de la conformité des plans nationaux aux objectifs et principes de la stratégie mondiale une condition de son soutien à ces plans (47). L'organisation se donne de la sorte un moyen d'influencer les politiques nationales de lutte contre la maladie qui est vraisemblablement plus efficace qu'une action de type normatif.

Les textes de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe vont dans le même sens. Une recommandation de 1988 propose au Comité des ministres d'inviter les Etats membres à prendre une série de mesures pour prévenir la propagation du sida en prison tout en accordant une attention spéciale aux droits de l'homme des personnes détenues (48). Dans sa directive 440 de 1988, l'Assemblée, considérant qu'elle

(43) Doc. HR/AIDS/1989/3 du 18 août 1989.

(44) Point 6 de la Déclaration de Londres sur la prévention du sida, 28 janvier 1988, Doc. WHO/GPA/INF/88.6. Voy. Annexe n° 19, p.831.

(45) Annexe à la résolution WHA43.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé du 16 mai 1990, point 4.

(46) Point 6 de l'appendice du rapport du Directeur général de l'OMS, 1989, *op. cit.*, p. 33.

(47) Voy. le point 6 du cadre directeur de l'alliance OMS/PNUD contre le sida, Doc. WHO/GPA/GEN/88.2, p. 10.

(48) Recommandation 1080 du 30 juin 1988.

« doit se pencher non seulement sur les aspects sociaux de la maladie, mais aussi d'une manière générale sur ses aspects juridiques et sur ses implications au regard des droits de l'homme »,

charge sa commission des questions juridiques d'examiner ces questions. Les travaux de celle-ci résulteront dans l'adoption en 1989 d'une recommandation invitant le Comité des ministres à l'adoption de mesures concrètes dans ce domaine (49). Le texte recommande à cette instance

« de charger le Comité directeur pour les droits de l'homme d'accorder la priorité au renforcement de la clause de non discrimination de l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, soit en ajoutant la santé parmi les motifs de distinction interdits, soit en élaborant une clause générale d'égalité de traitement devant la loi » et d'« inviter les Etats membres

- i. à prendre toutes les dispositions pour assurer le secret de la confidentialité et/ou de l'anonymat des personnes séropositives ou atteintes du sida;
- ii. à ne pas faire application de l'article 5 § 1 e) de la Convention européenne des droits de l'homme pour justifier l'isolement et l'hospitalisation d'office au seul motif que le demandeur est infecté par le VIH;
- iii. à ne pas refuser d'asile pour le seul motif que le demandeur est contaminé par le VIH ou atteint du sida ».

Clairement exprimées dans ces actes pré- ou para-normatifs, les préoccupations pour les droits de l'homme vont aussi se faire jour dans les activités de type normatif des organisations intergouvernementales.

Sous-section 2. — Les activités de type normatif

A partir de 1987, on voit apparaître dans un nombre croissant d'actes institutionnels, à côté des dispositions de caractère technique qui contiennent d'y figurer, des dispositions qui invitent les Etats au respect des droits des personnes malades du sida ou séropositives. Toutefois, les remarques relatives à la normativité des actes institutionnels émises précédemment restent entièrement d'application pour cette période et nous ne prendrons pas en considération pour l'instant la question de leur force juridique.

Les organisations intergouvernementales ont bien entendu continué à inviter leurs membres à assurer la formation de leur personnel de santé à tous les aspects de la lutte contre le sida, à intensifier l'échange de données sur la maladie, à poursuivre des campagnes d'information, à promouvoir la recherche ou à renforcer la surveillance épidémiologique. Mais elles ont aussi commencé à se prononcer sur des questions jusque là ignorées.

La plus importante de celles-ci est la lutte contre les discriminations dont les personnes malades ou séropositives risquent de faire l'objet en raison de leur état de santé. Le Programme mondial de lutte de l'OMS a fait figurer

(49) Recommandation 1116 du 29 septembre 1989. Voy. Annexe n° 28, p. 852. On se référera avec profit à l'excellent rapport préliminaire sur le sida et les droits de l'homme élaboré par S. Gustafsson (Doc. 6104 du 5 septembre 1989).

cet impératif parmi les principes qui guident son action et l'organisation s'est depuis lors employée à démontrer que respect des droits de l'homme et lutte contre le sida, loin de constituer des objectifs antagonistes, étaient parfaitement conciliables et que ses appels à la non-discrimination étaient en fait justifiés par des impératifs de santé publique et d'efficacité de la lutte contre la maladie (50). L'Assemblée mondiale de la santé s'est adressée en 1988 aux Etats membres de l'organisation, en leur demandant instamment de

« protéger les droits de l'homme et la dignité des personnes infectées par le VIH et des sidéens, et d'éviter toute discrimination et tout préjugé à leur égard en ce qui concerne la fourniture de services, l'emploi et les voyages » ainsi que de « garantir la confidentialité des épreuves de dépistage » (51).

Ces termes ont été repris intégralement dans la résolution adoptée par la Conférence des ministres de la santé de l'OUA en 1989 (52). L'Assemblée mondiale de la santé a réitéré son invitation en 1989 en priant instamment ses Etats membres « d'éviter les dispositions législatives susceptibles d'entraver la mise en oeuvre de la stratégie mondiale [...] et de s'employer [...] à éviter les attitudes discriminatoires » (53).

Le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a fait une première mention des droits de l'homme en 1987 en recommandant aux Etats membres d'élaborer

« la politique de santé publique la plus appropriée pour la prévention du sida [...] comportant des programmes et des mesures [...] n'empiétant pas inutilement sur les droits individuels [des citoyens] à l'information objective, à la liberté et à la vie privée » (54).

L'annexe à la recommandation édicte de manière plus complète les directives qui devraient être suivies dans l'élaboration d'une politique de santé et précise, entre autres, que le dépistage doit être volontaire et organisé dans le respect de la confidentialité, qu'il ne devrait pas exister de mesures de santé publique obligatoires telles que l'isolement ou la restriction de mouvement des porteurs du virus et qu'aucune mesure discriminatoire ne devrait être introduite.

(50) Il s'agit d'éviter que les individus contaminés, exclus de la société, adoptent des comportements irresponsables et transmettent le virus à d'autres et que ceux qui craignent de l'être, fuyant la stigmatisation, se soustraient au dépistage et rompent le lien avec les services sanitaires et sociaux, ce qui rendraient la prévention plus difficile. V. MANN, Jonathan, *Discrimination et santé publique*, allocution à la IV^{ème} Conférence internationale sur le sida, Stockholm, juin 1988, Doc. WHO/GPA/DIR/88.3, pp. 1 et 2.

(51) Résolution WHA41.24 du 13 mai 1988.

(52) Résolution CAMH/Res. 6 (III) du 5 mai 1989, points 4 (a) (ix) et (x).

(53) Résolution WHA42.34 du 19 mai 1989.

(54) Recommandation n° R (87) 25 du 26 novembre 1987.

Ces principes seront confirmés et détaillés par la même instance en 1989. L'annexe de la recommandation (55) contient une description très complète des principes que le Comité des ministres invite les Etats à respecter dans leur politique nationale de santé visant à combattre le sida. Plusieurs dizaines des 101 points que comprend cette annexe portent sur des questions éthiques et précisent les garanties dont les personnes malades ou séropositives doivent pouvoir bénéficier dans des domaines très variés : tests de dépistage, confidentialité, contrôles sanitaires, formation, éducation et devoirs du personnel de santé, assistance sanitaire et sociale, emploi, enseignement, logement et assurances. Cela fait à coup sûr de ce document le texte concernant la lutte contre le sida le plus complet à ce jour en matière de protection des droits des individus.

Les conclusions des représentants des Etats membres réunis au sein du Conseil de la CEE reprennent les décisions prises par les membres pour la lutte contre le sida et soulignent les priorités de celle-ci. Parmi ces priorités, le respect des droits de l'homme se dégage nettement. Ainsi, dans leurs conclusions du 31 mai 1988, le Conseil et les représentants des Etats membres, réunis au sein du Conseil réaffirment leur attachement aux principes suivants :

« Le recours à toute politique de dépistage systématique et obligatoire est inefficace sous l'angle de la prévention » et « toute discrimination et toute stigmatisation des personnes touchées par le sida, notamment sur le plan de l'emploi, doivent être évitées » (56).

Ces principes ont été confirmés par les conclusions du Conseil du 15 décembre 1988 concernant le sida et le lieu de travail (57) et par la résolution du Conseil du 22 décembre 1989 qui « réaffirme et précise, à l'intention de tous les citoyens européens, les principes qui doivent guider la prévention et la lutte contre le sida » (58), principes parmi lesquels on retrouve entre autres la prohibition de toute discrimination et le respect de la vie privée.

Le Parlement européen a, quant à lui, adopté en 1989 une résolution qui invite les Etats à prendre des mesures pour assurer la préservation du secret médical et à adopter une législation empêchant toute discrimination à l'égard des personnes atteintes du sida ou séropositives (59).

L'Assemblée mondiale de la Santé de 1990 a confirmé ce mouvement protecteur, qui apparaît comme le fait marquant de cette seconde période, à l'échelon international.

(55) Recommandation n° R (89) 14 du 24 octobre 1989. Voy. Annexe n° 29, p. 854. On notera que le délégué de la Suède a fait enregistrer son abstention lors de l'adoption de ce texte et a indiqué que son gouvernement ne se considérait pas comme lié par la recommandation.

(56) Conclusions 88/C197/05, *J.O.C.E.*, 27 juillet 1988, N° C 197/8.

(57) Conclusions 89/C28/02, *J.O.C.E.*, 3 février 1989, N° C 28/2.

(58) Résolution 90/C10/02, *J.O.C.E.*, 16 janvier 1990, N° C 10/3.

(59) Résolution du 26 mai 1989.

On constate donc que, quelle que soit la période concernée, la normativité des actes institutionnels des organisations internationales apparaît à première vue extrêmement réduite. La timidité de ces entités s'explique, pour certaines, par leur incompétence constitutionnelle à imposer des obligations juridiques à leurs États membres, de manière générale — c'est le cas du Conseil de l'Europe —, ou en matière de santé publique — c'est le cas des Communautés européennes —, encore qu'une action normative de leur part puisse être envisagée à propos de questions ayant des incidences en matière de libre circulation des personnes (60). Cette retenue se retrouve cependant dans l'action des autres organisations, bien qu'elles possèdent une compétence normative en la matière. Comment cela peut-il se comprendre ?

La seule explication à cette timidité ne résiderait-elle pas dans le souci des États de ne pas s'imposer, par le biais des organisations dont ils sont membres, des obligations internationales régissant leur lutte contre l'épidémie ? Les comportements de plusieurs pays européens décrits ailleurs (61) montrent que, dans leur réaction à ce qu'ils considèrent — à juste titre — comme un péril grave, les États ont tendance à n'accorder que peu d'importance à des considérations juridiques. Se soustrayant déjà aux obligations qui pèsent sur eux actuellement, en matière de respect des droits des individus entre autres, pourquoi chercheraient-ils à s'en imposer de nouvelles ?

Pourrait-on, malgré tout, prétendre que ces actes imposent des obligations juridiques aux États, ou qu'ils créent des droits pour les particuliers ?

En ce qui concerne les États, tout d'abord, il faut opérer une distinction entre les actes institutionnels, dépourvus de force obligatoire selon la charte constitutive, qui énoncent du droit nouveau et les actes qui énoncent des règles établies du droit international général (62). Dans le cas d'espèce, il est manifeste que les actes appartenant à la première catégorie ne pourraient lier les États. Pour qu'un acte institutionnel possédant un tel contenu produise cet effet, il faut qu'il soit énoncé en termes normatifs et qu'il soit accepté par l'État destinataire (63). L'examen du texte des actes examinés ici révèle que, si cette seconde condition est très généralement remplie (les actes examinés sont presque tous adoptés à l'unanimité ou sans opposition), la première de ces conditions fait cruellement défaut. Seules une obligation de comportement de bonne foi et une valeur morale reste-

(60) Art. 3 c) du Traité de Rome du 25 mars 1957 et supra, p. 34, n. 6.

(61) Voy. l'introduction de la communication de C. Pétiaux, E. Robert et O. Corten sur la lutte contre le sida et la discrimination : article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, ci-après.

(62) Même si cette distinction n'est pas toujours évidente à opérer : quand un acte cesse-t-il de répéter ou d'interpréter une règle de droit international existante pour formuler du droit nouveau ?

(63) DAVID, Eric, *Droit des organisations internationales*, op. cit., p. 26.

raient donc attachées aux prescriptions qui entrent dans cette catégorie. Mais cette valeur même paraît dans certains cas discutable si l'on prend en considération l'attitude de l'entité dont émanent ces prescriptions. Il est ainsi vraisemblable, à supposer que ces actes ne soient pas obligatoires par ailleurs (v. ci-dessous), que les Etats membres considéreraient avec circonspection des invitations de la CEE à ne pas permettre l'instauration de tests de dépistage du virus à l'embauche ... (64).

Toute autre est la situation des actes qui énoncent des règles déjà acceptées par les Etats, catégorie dans laquelle entrent selon nous la presque totalité des actes institutionnels concernant la lutte contre le sida. Ces actes lient les Etats destinataires (65), et ceci quelle que soit leur forme — même si elle est optative — et l'attitude des Etats à leur égard (66). Ce principe nous paraît aussi trouver application pour les actes qui ne se limitent pas à reproduire la règle conventionnelle ou coutumière déjà acceptée, mais qui contiennent une actualisation de cette règle, ou, plus précisément, qui l'appliquent à des situations nouvelles.

On peut ainsi soutenir que les énonciations d'actes institutionnels invitant les Etats à éviter ou prohiber les attitudes discriminatoires à l'égard de ces personnes, s'imposent aux Etats membres au motif qu'il ne s'agirait en fin de compte que de l'application à une situation particulière d'une règle générale déjà acceptée par les Etats dans des instruments juridiquement contraignants (67). Même si l'état de santé de l'individu ne figure à l'heure actuelle de façon expresse dans aucun texte parmi les causes de discrimination prohibées (il s'agit généralement du sexe, des croyances religieuses ou philosophiques, de la race, de la langue, des opinions politiques, ou de l'origine nationale ou sociale), il est admis qu'il est compris dans les « autres motifs » de non-discrimination que prévoient ces textes (68).

Le caractère juridiquement obligatoire pour les Etats des parties d'actes institutionnels édictant des recommandations en matière de droit aux soins ou d'organisation de ceux-ci ne semble pas plus douteux. Elles peuvent en effet être pareillement considérées comme des actualisations, des adaptations à la situation présente du principe du droit à la santé reconnu dans des textes contraignants qui s'imposent à l'ensemble des membres de la

(64) Sur la politique de la CEE vis-à-vis de son propre personnel en matière de tests à l'embauche, v. ci-après la communication de H. Schröder, pp. 57 ss.

(65) Le point 24 des conclusions de la 13^{ème} Commission de l'Institut de droit international sur le statut des résolutions prévoit qu'« une résolution lie les Etats qui en ont accepté la force obligatoire dans un traité », Session du Caire, texte in *R.B.D.I.*, 1987, p. 233. Cette conclusion, visant initialement les recommandations de l'Assemblée générale des Nations Unies, est parfaitement transposable aux actes institutionnels très variés examinés ici.

(66) DAVID, Eric, *Droit des organisations internationales*, op. cit., pp. 14 et 17.

(67) Convention européenne des droits de l'homme (art. 14), Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 7), Pacte international relatif aux droits civils et politiques (art. 2.1).

(68) Voy. la communication de C. Pétiaux, E. Robert et O. Corten, op. cit., § 18 et les références citées note 58.

communauté internationale (69). Il en va de même pour les invitations faites aux Etats en matière d'éducation et d'information, ainsi que de dépistage qui constituent des rappels, respectivement, du droit à l'information et du droit au respect de la vie privée eux aussi reconnus par plusieurs instruments internationaux contraignants (70).

Enfin, pour ce qui est d'actes tels que les conclusions et résolutions des représentants des Etats membres réunis au sein du Conseil de la CEE, « émanant de la collectivité des Etats membres agissant en vertu de leurs pouvoirs propres et non en vertu d'une attribution de compétence inscrite dans le traité » (71), le principe de non-contradiction voudrait à tout le moins que ces Etats respectent dans leur action contre l'épidémie les principes qu'ils y ont édictés.

Mais ces actes institutionnels s'adressent aux Etats. Créent-ils par ailleurs des droits subjectifs pour les particuliers ? On a vu que ces derniers se trouvaient souvent bénéficiaires en dernière instance des obligations que ces actes imposent aux Etats, en matière de droit aux soins par exemple. Mais un particulier ne pourrait se prévaloir d'un acte institutionnel qui fait peser certaines obligations sur un Etat pour exiger de celui-ci l'exécution de ces obligations à son égard qu'à certaines conditions. L'invocation de normes de droit international (72) par les particuliers devant les juridictions internes est en effet conditionnée par le caractère *self executing* — c'est-à-dire directement applicable aux particuliers, qui leur confère des droits et obligations propres — de ces normes (73). De plus, l'effet direct n'est reconnu aux actes institutionnels que si l'obligation qu'ils énoncent est suffisamment claire et précise, si la formulation de la disposition rend l'obligation inconditionnelle et si aucune discrétion n'est laissée aux Etats dans la mise en oeuvre des obligations. L'optativité des termes employés dans les actes examinés les prive de toute évidence de cet effet et ce n'est qu'au sujet de certains actes « atypiques » des représentants des gouvernements

(69) Le droit à la santé est reconnu entre autres par la Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 25), par la Charte constitutive de l'OMS (3ème al. du préambule) et par le Pacte des Nations Unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12). Sur l'ensemble des sources juridiques du droit à la santé en droit international, voy. VAN BOVEN, Théo, « The Right to Health », in DUPUY, R.J., (Ed.), *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme*, op. cit., pp. 54 et s.

(70) Convention européenne des droits de l'homme (art. 10 et 8), Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 19 et 12), Pacte international relatif aux droits civils et politiques (art. 19.2 et 17.1).

(71) WALBROECK, Michel, « Analyse de l'article 173 du Traité de Rome », in MEGRET, J. et al., *Le droit de la Communauté économique européenne*, Vol. 10, Bruxelles, Editions de l'Université, 1983, p. 90.

(72) La question de l'applicabilité directe n'est en effet pas spécifique aux traités mais concerne indifféremment toute source de droit international public, y compris donc les actes d'organisations internationales (VERHOEVEN, Joe, « La notion d'« applicabilité directe » du droit international », *R.B.D.I.*, 1980, p. 244).

(73) Sur la question de l'applicabilité directe en général, v. VERHOEVEN, Joe, *Ibid.*, pp. 243 à 263.

des Etats membres des Communautés européennes réunis au sein du Conseil, que l'on pourrait aboutir à la solution inverse. L'application de solutions alternatives suggérées par certains auteurs (74) et qui aboutiraient à habiliter le particulier à exiger de l'Etat qu'il exécute les obligations internationales qui pèsent sur lui paraît impossible en l'espèce. Ces constructions impliquent en effet que l'obligation mise à charge de l'Etat soit inconditionnelle, suffisamment précise et assortie d'un délai pour sa mise en oeuvre (75), ce qui n'est pas le cas des normes que nous avons passées en revue.

Les individus pourraient par contre parfaitement invoquer ces normes, non pas à titre principal, mais à titre de guide pour l'interprétation d'autres règles protectrices qui sont, elles, directement applicables. On peut ainsi considérer que les recommandations du Comité des ministres du Conseil de l'Europe permettent de déterminer ce que sont les « mesures nécessaires dans une société démocratique » qui justifieraient en matière de dépistage des dérogations au droit à la vie privée reconnu par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, par exemple.

Une action internationale véritablement normative aboutissant à l'adoption d'une règle de droit directement invocable par les particuliers soucieux de défendre leurs droits apparaît néanmoins souhaitable. L'addition de l'état de santé aux causes de non-discrimination édictées par l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme ou l'insertion dans ce texte d'une clause générale d'égalité de traitement devant la loi, opérations relativement modestes et facilement réalisables suggérées par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (76), constitueraient à cet égard un réel progrès dans la protection des droits des sidéens et des séropositifs, à défaut de l'adoption, discutée pour la première fois lors de la consultation OMS/Centre des Nations Unies pour les droits de l'homme, d'un nouvel instrument international qui aurait pour objet spécifique de protéger ces droits (77).

(74) DAVID, Eric, « Le droit à la santé comme droit de la personne », *R.Q.D.I.*, 1985, pp. 106 à 114.

(75) *Ibid.*, p. 108.

(76) Recommandation 1116 du 29 septembre 1989. Voy. Annexe n° 28, p. 852.

(77) Doc. HR/AIDS/1989/3 du 18 août 1989, pp. 9 et 10.