



Assemblée générale

Distr. générale
12 septembre 2005
Français
Original : anglais

Soixantième session

Point 73 b) de l'ordre du jour provisoire*

Questions relatives aux droits de l'homme :
questions relatives aux droits de l'homme,
y compris les divers moyens de mieux assurer
l'exercice effectif des droits de l'homme
et des libertés fondamentales

Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général**

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport que M. Paul Hunt, Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, a présenté en application de la résolution 2005/24 de la Commission.

* A/60/150.

** Le présent rapport est soumis après les délais, dans le souci d'y faire figurer une information aussi actuelle que possible.



Résumé

Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (« le droit à la santé ») suppose que chacun bénéficie, le moment venu, non seulement des soins de santé adéquats, mais également qu'il ait accès aux déterminants fondamentaux de la santé, comme des services d'assainissement suffisants, l'eau potable, l'alimentation et le logement. L'Assemblée mondiale de la santé vient de créer, pour une durée de trois ans, une importante commission, dite Commission des déterminants sociaux de la santé, chargée d'étudier les dimensions sociales de la santé. La section II du présent rapport montre en quoi le mandat de cette commission cadre avec la dimension du droit à la santé des déterminants fondamentaux. Le Rapporteur spécial compte collaborer avec la Commission pour savoir comment elle envisage de faire une place au droit à la santé dans sa mission.

Les professionnels de la santé ont un rôle indispensable à jouer dans la promotion et la défense des droits de l'homme, notamment le droit à la santé. Évoquant l'intérêt qu'il y a à former les professionnels de la santé aux droits de l'homme, le Rapporteur spécial, dans la section III du rapport, relève que les programmes des écoles de médecine et de formation en soins infirmiers dans le monde font peu de cas du droit à la santé et des autres droits de l'homme. À l'occasion de ses missions dans les pays, le Rapporteur spécial continuera de s'intéresser à la formation dispensée aux professionnels de la santé en droits de l'homme et à l'appui qu'ils reçoivent des pouvoirs publics et des associations nationales de professionnels de la santé en cette matière.

La section de fond du rapport est consacrée à la migration des professionnels de la santé, appelée parfois « fuite des compétences » ou « fuite des cerveaux ». Comme le Rapporteur l'a souligné dans son dernier rapport à l'Assemblée générale (A/59/422), la santé est omniprésente dans les objectifs du Millénaire pour le développement. Si la communauté internationale veut réellement atteindre ces objectifs, elle doit s'atteler sérieusement à renforcer les systèmes de santé, à faire face à la situation précaire des professionnels de la santé et à la fuite des compétences. Le monde d'aujourd'hui est témoin d'une inégalité révoltante de niveaux d'accès aux soins et à la protection sanitaires. La fuite des compétences est à replacer dans ce contexte mondial d'inégalité préoccupante en matière de santé;

Le rapport donne un aperçu de l'ampleur de la migration vers les pays développés des professionnels de la santé des pays en développement, ainsi que des facteurs d'« attraction » et de « répulsion » qui favorisent la fuite des compétences. Trois ensembles de droits de l'homme interviennent dans la fuite des compétences, à savoir la liberté de circulation, les droits des travailleurs et le droit à la santé, lequel englobe le droit à un système de santé efficace, ouvert à tous et de bonne qualité. Le rapport est axé sur le droit à la santé, y compris la participation, l'assistance et la coopération internationales et la responsabilité. Le droit à la santé y est envisagé dans le contexte des pays d'origine des professionnels de la santé migrants.

Ayant rappelé quelques principes fondamentaux, le Rapporteur spécial conclut qu'en faisant une place aux droits de l'homme, les politiques nationales et internationales relatives à la fuite des compétences seraient plus efficaces, plus consistantes, plus équitables, plus inclusives, et auraient plus de sens pour les

pauvres. Il propose trois mesures d'intervention face à la fuite des compétences : renforcer les systèmes de santé dans les pays d'origine, organiser le recrutement éthique par les pays d'accueil et instituer une politique de compensation ou de restitution. Il propose également que les pays développés créent des bureaux nationaux indépendants chargés de suivre leur coopération internationale en matière de santé, notamment leurs politiques concernant la fuite des compétences.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–4	4
II. Commission des déterminants sociaux de la santé	5–7	5
III. Professionnels de la santé et éducation en matière de droits de l'homme	8–17	5
IV. Fuite des compétences : la migration des professionnels de la santé	18–89	9
A. Reconnaissance grandissante de la fuite des compétences en tant que problème mondial	23–24	9
B. Les objectifs du Millénaire pour le développement, les systèmes de santé et les professionnels de la santé	25–30	10
C. Nature du problème	31–35	11
D. Les raisons de la fuite des compétences : facteurs de répulsion et d'attraction	36–40	12
E. Fuite des compétences, droits de l'homme et droit à la santé	41–72	13
F. Quelques principes directeurs	73–74	18
G. Conclusions	75–89	20
V. Conclusion	90	22

I. Introduction

1. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (« droit à la santé ») a présenté son rapport annuel (E/CN.4/2005/51 et Add.1 à 4) à la soixante et unième session de la Commission des droits de l'homme, en application de la résolution 2004/27 de la Commission. Dans sa résolution 2005/24, la Commission a accueilli le rapport avec satisfaction et prié le Rapporteur spécial de présenter, chaque année, un rapport à la Commission et un rapport intérimaire à l'Assemblée générale sur les activités menées dans le cadre de son mandat. Le présent rapport est soumis en application de cette résolution.

2. Depuis qu'il a présenté, en février 2005, son rapport annuel à la Commission, le Rapporteur spécial a effectué une mission de pays en Ouganda (15-25 mars), à l'invitation du Gouvernement et avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour traiter la question des maladies orphelines et du droit à la santé. Il présentera un rapport sur sa mission à la soixante-deuxième session de la Commission. Le Rapporteur spécial a également adressé plusieurs appels urgents et autres communications à différents gouvernements, et publié des communiqués de presse sur des sujets allant des droits en matière de santé sexuelle et génésique aux conséquences des accords commerciaux sur l'accès aux médicaments. Il rendra compte de ces communications dans son prochain rapport annuel à la Commission.

3. Le Rapporteur spécial a également participé à plusieurs réunions, dont la réunion annuelle des rapporteurs et représentants spéciaux, experts indépendants et présidents des groupes de travail chargés de l'application des procédures spéciales de la Commission des droits de l'homme et du programme de services consultatifs, organisée par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme; à diverses consultations avec l'OMS, notamment avec les directeurs régionaux de l'OMS; à une réunion, parrainée par l'OMS et l'Agence allemande de coopération technique, tenue à Berlin sur le thème du renforcement de la lutte contre les maladies tropicales; et à une table ronde sur les maladies orphelines, tenue lors de l'Assemblée mondiale de la santé. En février, il a participé à une réunion organisée à New York par l'Initiative pour la mondialisation de l'éthique, pour examiner le rôle des sociétés pharmaceutiques dans le domaine du droit à la santé. En avril, il a prononcé un discours liminaire lors d'une conférence sur les leçons tirées des approches de la santé axées sur les droits de l'homme, organisée par l'Institute of Human Rights de l'Emory University d'Atlanta (États-Unis d'Amérique), en collaboration avec l'OMS, CARE USA, le bureau du Centre Carter chargé des droits de l'homme, les United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et les Doctors for Global Health. En juillet, le Rapporteur spécial a rencontré les représentants de pays en développement auprès de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et d'autres représentants pour examiner les questions relatives au Mode 4 de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) et à la migration des professionnels de la santé. Il a également présidé une réunion parrainée par l'International Federation of Health and Human Rights Organizations, au Human Rights Centre de l'University of Essex (Royaume-Uni), pour débattre des futures stratégies et priorités relatives au droit à la santé.

4. À toutes fins utiles, tous les rapports du Rapporteur spécial à l'Assemblée générale et à la Commission des droits de l'homme, ainsi que ses communiqués de presse et un recueil de ses discours et interventions sur le droit à la santé, sont

publiés sur le site Web du Human Rights Centre de l'University of Essex à l'adresse suivante : <http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtml>. Tous les documents de l'ONU ayant trait aux travaux du Rapporteur spécial, notamment ses communiqués de presse et ses rapports à l'Assemblée générale et à la Commission des droits de l'homme sont publiés sur le site Web du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme à l'adresse suivante : <<http://www.ohchr.org/french/issues/health/right/>>.

II. Commission des déterminants sociaux de la santé

5. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, la réalisation du droit à la santé suppose l'accès en temps utile à des soins de santé appropriés, mais aussi l'accès aux déterminants fondamentaux de la santé¹. Parmi ces déterminants, figurent des facteurs qui influent sur la santé, tels que l'accès à l'eau potable et à l'alimentation, l'assainissement et le logement, un travail sain et un environnement favorable, etc. Le Rapporteur spécial a toujours tenu compte de ces questions dans toutes ses activités, notamment lors de ses missions de pays².

6. Consciente de l'importance cruciale des déterminants sociaux de la santé, l'Assemblée mondiale de la santé a récemment créé, pour une période de trois ans, une importante commission composée d'éminents décideurs et professionnels de la santé, chargée d'étudier les dimensions sociales de la santé. La Commission des déterminants sociaux de la santé s'efforce de passer des connaissances relatives à la santé publique à des programmes d'action mondiaux et nationaux concrets, afin d'améliorer la santé et l'accès aux soins. On trouvera des informations sur la Commission sur le site Web de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/social_determinants/fr/>. En résumé, les activités de la Commission consistent notamment à recueillir et analyser des données scientifiques sur les mécanismes sociaux qui exercent une influence sur la santé et les inégalités en la matière; faire des recommandations pratiques en vue d'améliorer la santé publique et de renforcer l'égalité dans ce domaine en agissant sur les déterminants sociaux; et promouvoir l'application des recommandations pertinentes au niveau national.

7. Le mandat de la Commission et les déterminants fondamentaux de la santé, ainsi que d'autres droits de l'homme connexes, tels que le droit à un logement convenable, le droit à l'eau et le droit à l'alimentation, sont intimement liés. En d'autres termes, le droit national et international relatif aux droits de l'homme inspire et renforce le mandat de la Commission. Lors d'une réunion préliminaire officieuse avec les membres du secrétariat de la Commission, le Rapporteur spécial a indiqué qu'il soutenait fermement les activités de la Commission dont il appréciait l'importance et la portée. Il est impatient de poursuivre sa collaboration avec la Commission et de découvrir comment elle envisage d'intégrer le droit à la santé dans ses activités. Si la Commission le souhaite, le Rapporteur spécial sera ravi de l'aider dans toute la mesure de ses ressources très limitées.

III. Professionnels de la santé et éducation en matière de droits de l'homme

8. L'activité des professionnels de la santé a des incidences considérables sur la promotion et la protection des droits de l'homme, en particulier le droit à la santé.

En leur qualité de prestataires de services de santé, les professionnels de la santé jouent un rôle indispensable dans la réalisation du droit à la santé. Ils ont souvent contribué de manière significative au signalement et à la réparation de violations des droits de l'homme, telles que la violence et la torture.

9. Si l'immense majorité des professionnels de la santé ont fait beaucoup pour les droits de l'homme, certains se sont, sciemment ou non, rendus complices de violations de ces droits. Des pressions politiques, juridiques, économiques, sociales et culturelles contraires aux droits de l'homme les obligent parfois à prendre, dans le cadre de leurs activités professionnelles quotidiennes, des décisions qui ont des incidences profondes sur les droits de l'homme. Les opinions personnelles des professionnels de la santé peuvent également influencer sur leurs activités : il peut ainsi arriver que leurs vues ne concordent pas avec les droits des patients. Dans certains pays, par exemple, des professionnels de la santé, cédant aux pressions exercées par les institutions ou la société, ou prenant des décisions dictées par leurs convictions ou leur conscience, refusent de traiter des groupes marginalisés, tels que les immigrants; divulguent des dossiers médicaux confidentiels; ou refusent de diffuser auprès des femmes et des adolescents des informations relatives à la santé sexuelle et génésique. Dans certains cas, des professionnels de la santé ont subi des pressions qui les ont poussés à prendre part à des violations des droits de l'homme, notamment des actes de torture, de stérilisation forcée, et d'ablation ou de mutilation génitale féminine. Les décisions prises par les professionnels de la santé peuvent donc faire toute la différence entre protection et violation des droits de l'homme.

10. Dans son rapport préliminaire à la Commission des droits de l'homme, le Rapporteur spécial a fait part de son intention d'examiner les rôles et les responsabilités des professionnels de la santé en ce qui concerne le droit à la santé, ainsi que les difficultés auxquelles ils se heurtent dans ce domaine (E/CN.4/2003/58, par. 95 à 98). Le présent chapitre fait part de quelques observations liminaires sur un problème particulier relatif aux professionnels de la santé, à savoir l'importance que revêt leur éducation en matière de droits de l'homme.

11. Le non-respect par les professionnels de la santé des normes relatives aux droits de l'homme est souvent le résultat d'un concours de circonstances complexes et liées, notamment des pressions politiques et l'influence de la société. Il est néanmoins souvent en partie dû à l'insuffisance ou à l'absence de formation dans le domaine des droits de l'homme³. L'éducation en matière de droits de l'homme est un point de départ indispensable pour doter les professionnels de la santé des connaissances et des outils leur permettant de promouvoir et protéger les droits de l'homme. Une telle éducation leur donne les moyens de défendre non seulement les droits de leurs patients, mais aussi les leurs.

12. L'intérêt de former les professionnels de la santé aux questions relatives aux droits de l'homme a largement été reconnu par les États et par les spécialistes de la santé et des droits de l'homme du monde entier. Dans la Déclaration et le Programme d'action de Vienne, adoptés en juin 1993 par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, les États ont reconnu l'importance de l'éducation relative aux droits de l'homme et au droit humanitaire pour les professionnels de la santé. L'Association médicale mondiale (AMM) recommande vivement que les facultés de médecine rendent obligatoires les cours consacrés à l'éthique médicale et aux droits de l'homme⁴. Le Conseil international des infirmières, dans sa prise de position sur

les infirmières et les droits de l'homme, adoptée en 1998, plaide en faveur de l'inclusion, à tous les niveaux de l'enseignement des soins infirmiers, des problèmes des droits de l'homme et du rôle des infirmières à cet égard⁵. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes recommande aux gouvernements de « [v]eiller à ce que la formation des soignants comprenne des enseignements obligatoires, détaillés et attentifs à la parité des sexes, sur la santé et les droits fondamentaux des femmes, en particulier sur la question de la violence entre les sexes »⁶.

13. De nombreux manuels de formation et cours d'excellente qualité destinés à sensibiliser les professionnels de la santé aux droits de l'homme ont été mis au point ces dernières années. Ces manuels et cours ont un caractère général ou spécialisé; ils peuvent ainsi traiter des droits fondamentaux en matière de santé dans des circonstances précises où les droits de l'homme sont particulièrement menacés, notamment dans les prisons et dans les services de soins de santé génésique, ou des droits fondamentaux en matière de santé des groupes vulnérables, tels que les réfugiés⁷. Les travaux de recherche récemment menés par la British Medical Association et l'AMM indiquent également que, partout dans le monde, les étudiants en médecine souhaitent acquérir des connaissances sur les droits de l'homme et l'éthique dans le cadre de leur formation universitaire⁸. Le Rapporteur spécial est vivement encouragé par ces conclusions, mais déplore le peu de place accordé au droit à la santé et aux autres droits fondamentaux dans les programmes et manuels des facultés de médecine et des instituts de formation en soins infirmiers du monde entier. De nombreux professionnels de la santé ne reçoivent tout simplement aucun enseignement dans ce domaine.

14. Si le thème des droits de l'homme est, en général, malheureusement absent des programmes d'enseignement médicaux et infirmiers, de nombreuses facultés de médecine et instituts de formation en soins infirmiers dispensent des cours sur la bioéthique. La bioéthique et les droits de l'homme sont fondés sur des valeurs fondamentales très similaires. Les cadres bioéthiques fournissent aux professionnels de la santé une orientation morale fort utile – et souvent proche des principes des droits de l'homme – en ce qui concerne l'exercice de leur profession. On ne saurait trop insister sur l'importance de la formation dans le domaine de la bioéthique. On ne peut pour autant négliger l'importance de l'éducation en matière de droits de l'homme, si on souhaite que les professionnels de la santé soient pleinement aptes à défendre les droits de l'homme, ce qui constitue une facette importante de leurs activités professionnelles. Les droits de l'homme sont solidement ancrés dans les instruments juridiques internationaux et protégés par plusieurs mécanismes de suivi. Ils visent particulièrement à assurer la responsabilisation et la non-discrimination, ainsi que la protection des membres les plus vulnérables de la société. Les droits de l'homme constituent donc, pour les professionnels de la santé, un outil extrêmement utile pour promouvoir et protéger les droits et le bien-être des patients, ainsi que leurs propres droits fondamentaux.

15. Dans une certaine mesure, les connaissances que les professionnels de la santé doivent acquérir varient en fonction du pays dans lequel ils exercent, ainsi que de leur domaine de spécialisation. Tous les professionnels de la santé devraient, au minimum, recevoir une éducation relative aux droits fondamentaux des patients, notamment leur droit à la santé; aux droits fondamentaux en matière de santé des groupes vulnérables, tels que les femmes, les enfants et les handicapés; ainsi qu'aux droits fondamentaux dont ils peuvent eux-mêmes se prévaloir dans l'exercice de

leur profession. L'éducation relative aux droits de l'homme devrait toujours également comprendre des instructions pratiques sur la manière d'intégrer le respect des droits de l'homme dans les pratiques cliniques, de respecter la dignité de chaque patient, de résister aux pressions des institutions et de la société poussant à commettre des violations, de reconnaître les cas de violations, de donner aux patients ou aux collègues les moyens de défendre eux-mêmes leurs droits fondamentaux, de promouvoir la responsabilisation en ce qui concerne les violences connues ou présumées, et de limiter les risques de représailles. Une éducation aux droits de l'homme plus spécialisée devrait être dispensée aux professionnels de la santé qui exercent dans des situations où ils sont particulièrement susceptibles d'être confrontés à des violations des droits de l'homme ou à des signes évidents de violence – notamment les services de médecine légale, les prisons, les services de santé mentale, les services de planification familiale, les conflits armés – ou qui travaillent avec des communautés vulnérables.

16. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, il incombe au premier chef aux États de garantir le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Le Rapporteur spécial insiste donc sur le rôle central des États dans l'instauration d'un environnement favorable à l'adoption par la communauté des professionnels de la santé d'approches axées sur les droits. Il est particulièrement important que les États n'exposent pas les professionnels de la santé à des situations où ils pourraient être appelés à utiliser leurs connaissances pour contribuer à violer les droits fondamentaux de ceux qu'ils servent, et qu'ils mettent en place des mécanismes de responsabilisation pour réparer ou prévenir les violations des droits de l'homme dans le cadre des pratiques cliniques. Toutefois, d'autres acteurs ont également un rôle important à jouer. Les facultés de médecine et les instituts de formation en soins infirmiers et les autres organismes de formation de professionnels de la santé devraient dispenser, à tous les niveaux professionnels, des cours d'éducation et de formation relatifs aux droits de l'homme. En s'appuyant sur les bonnes pratiques existantes, 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; elles devraient également aider les professionnels de la santé qui participent activement à la défense des droits de l'homme en leur fournissant des conseils d'experts et un appui institutionnel. Bien que le présent chapitre soit consacré à l'éducation des professionnels de la santé en matière de droits de l'homme, le Rapporteur spécial tient à faire observer que les facultés de droit et les autres institutions de formation aux droits de l'homme devraient inscrire le droit à la santé et les autres droits fondamentaux liés à la santé dans leurs programmes.

17. Lors de ses missions de pays, le Rapporteur spécial recherche – et continuera de rechercher – des éléments d'information permettant d'établir si les professionnels de la santé reçoivent une éducation en matière de droits de l'homme et dans quelle mesure l'État concerné et les associations nationales de professionnels de la santé encouragent ces derniers à promouvoir et protéger les droits de l'homme.

IV. Fuite des compétences : la migration des professionnels de la santé

18. La migration des professionnels de santé – médecins et infirmières en particulier, mais aussi sages-femmes, pharmaciens, dentistes, techniciens et autres personnels de santé – soulève de graves problèmes de droit à la santé.

19. Le mouvement des professionnels de santé se fait non pas dans une seule direction mais dans plusieurs. Globalement, toutefois, la migration nette se fait plutôt de la campagne vers la ville, du secteur public vers le privé, des pays en développement les plus pauvres vers ceux qui sont en meilleure santé économique, des États instables vers ceux qui sont plus stables, des pays en développement vers les pays développés, et des pays développés dont les conditions du secteur de santé sont médiocres vers les pays développés offrant des conditions plus favorables. On parle souvent d'une « fuite des compétences » ou « fuite des cerveaux ».

20. Le présent chapitre s'intéresse à la dimension internationale de la fuite des compétences, en particulier à la migration des professionnels de santé des pays en développement vers les pays développés⁹. Le Rapporteur spécial admet cependant l'existence dans bien des pays de crises imbriquées de migration des campagnes vers les villes et du public vers le privé, qui privent les populations démunies et rurales des soins de santé si essentiels.

21. Si l'on a parfaitement conscience que la fuite des compétences engendre des problèmes de droits de l'homme tels que la liberté de mouvement et les droits du travail des personnels de santé, on a souvent tendance à négliger les conséquences de ce phénomène pour l'exercice du droit à la santé dans les pays en développement à l'origine de la migration. Le présent chapitre s'intéresse avant tout à cette dimension de la fuite des compétences.

22. Dans le monde actuel, il règne des inégalités révoltantes dans les niveaux de soins de santé et de protection sanitaire. La fuite des compétences, qui veut que des pays développés emploient des professionnels de santé formés aux frais de pays en développement, où la présence de personnels de santé est si désespérément utile, accentue encore l'inégalité des pays face à la santé. Pour que les politiques visant à endiguer cette fuite des compétences soient efficaces, elles doivent, systématiquement et de façon coordonnée, lutter contre les inégalités mondiales en termes de santé¹⁰.

A. Reconnaissance grandissante de la fuite des compétences en tant que problème mondial

23. On a désormais bien conscience qu'il faut mettre un terme à la fuite des compétences. En 2004 et 2005, par exemple, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté des résolutions dans lesquelles elle reconnaissait que la migration du personnel de santé des pays en développement vers les pays développés et le recrutement par ces derniers de professionnels de santé dans les pays en développement étaient une véritable gageure pour les systèmes de santé des pays en développement¹¹. De plus, on dispose aujourd'hui d'un grand nombre de travaux très fouillés sur les causes et les conséquences de la fuite des compétences dans le domaine de la santé¹².

24. De plus, la fuite des compétences commence à susciter un intérêt de la part des médias et du grand public. Avant le Sommet du Groupe des Huit à Gleneagles (Écosse), en juillet 2005, par exemple, le *Financial Times* de Londres a publié un encart pleine page sous le titre « How Long Will the Poorest Countries Train Health Workers for the Richest? » (Combien de temps encore les pays les plus pauvres vont-ils former les professionnels de santé des pays les plus riches?)¹³. Lors du Sommet, les dirigeants se sont engagés à investir dans des systèmes de santé perfectionnés en collaborant avec les gouvernements des pays africains, notamment à aider le continent africain à former des professionnels de santé et à les retenir dans leur pays¹⁴. De tels engagements doivent impérativement être suivis d'actions, perdurer et faire l'objet d'un suivi – constat qui est repris dans la conclusion du présent chapitre.

B. Les objectifs du Millénaire pour le développement, les systèmes de santé et les professionnels de la santé

25. Dans le rapport qu'il a présenté l'an dernier à l'Assemblée générale (A/59/422), le Rapporteur spécial a souligné l'importance accordée à la santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement, expliquant comment le droit à la santé venait renforcer les objectifs liés à la santé et pouvait contribuer à leur réalisation.

26. Le droit à la santé exige l'instauration de systèmes de santé efficaces, ouverts à tous et de bonne qualité – précisément ce qui fait défaut pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Pour sa part, le projet Objectifs du Millénaire souligne, en toute logique, l'importance de la mise en place de systèmes de santé offrant l'accès de tous aux services de santé essentiels – lire, par exemple, « Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals » (Investir dans le développement : plan concret pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement), ainsi que le rapport édifiant du Groupe de travail, intitulé « Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children » (Qui a le pouvoir? Transformer les systèmes de santé en faveur des femmes et des enfants).

27. Un système de santé efficace repose avant tout sur les professionnels de santé. Or, les ressources humaines traversent une crise dans de nombreux systèmes existants. Bon nombre de pays voient leur personnel de santé dans une situation précaire¹⁵. L'épidémie de VIH/sida, surcharge de travail, contamine et tue des professionnels de santé, et elle stigmatise ceux qui s'occupent des malades. Nombreux sont les systèmes de soins de santé qui ont été négligés et souffrent depuis plus d'une vingtaine d'années d'un manque d'investissements. La fuite des compétences frappe durement beaucoup de pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne.

28. Pour toutes ces raisons et pour d'autres encore, on déplore une pénurie généralisée et considérable de personnel de santé, qui représente environ 4 millions de professionnels¹⁶. Selon les experts, si l'on veut que les pays de l'Afrique subsaharienne soient tout près de réaliser les objectifs du Millénaire ayant trait à la santé, il faut qu'ils triplent leurs effectifs actuels dans ce secteur en recrutant environ un million de professionnels de santé supplémentaires¹⁷. En un mot, si la communauté internationale est véritablement déterminée à réaliser les objectifs du

Millénaire, elle doit faire preuve de la même détermination à l'égard des systèmes de santé, des professionnels de santé et de la fuite des compétences.

29. La nature de cette fuite des compétences qui est étudiée dans le présent rapport, à savoir la migration des professionnels de santé des pays en développement vers les pays développés, est tout à la fois complexe et diverse. Le phénomène est perçu différemment selon les pays; il peut aussi être compris différemment selon les régions d'un même pays. Le Rapporteur spécial est conscient que la migration de professionnels de santé de pays en développement vers des pays développés peut avoir des côtés positifs, non seulement pour les migrants mais aussi pour les pays d'origine. En effet, lorsque les migrants reviennent chez eux, par exemple, l'expérience qu'ils ont acquise à l'étranger peut accroître leur contribution au système de santé de leur pays d'origine. Dans certains cas, les envois de fonds des migrants représentent une contribution majeure à l'économie de leur pays d'origine même si, dans la pratique, cela ne signifie pas que les fonds seront investis dans le système de santé du pays.

30. De nombreuses mesures ont été suggérées et, parfois, mises en œuvre pour remédier aux répercussions néfastes de la fuite des compétences. Le présent chapitre n'a pas pour but d'examiner ces mesures en détail, même s'il en aborde certaines. Son objectif est plus modeste : exposer rapidement en quoi consiste la fuite des compétences du point de vue du droit à la santé et mettre en exergue que ce phénomène pose un sérieux problème à cet égard, en particulier pour ceux qui vivent dans le dénuement dans les pays d'origine de la migration¹⁸.

C. Nature du problème

31. Les professionnels de santé ont tendance à migrer des régions ou pays les plus pauvres vers les plus riches. Les pays d'origine de la migration internationale sont essentiellement situés en Afrique, dans les Caraïbes, en Asie du Sud-Est et en Asie du Sud; les pays de destination comprennent l'Australie, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la France et la Belgique¹⁹.

32. Le problème est plus grave pour les pays d'origine à faible densité de personnels de santé, ou dont les secteurs de santé sont en sous-effectifs, en particulier les pays de l'Afrique subsaharienne. Au Malawi, seuls 1 842 des 6 620 postes existants d'infirmière sont pourvus²⁰. Dans 34 pays, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, on compte moins de 10 médecins pour 100 000 habitants²¹. Ce taux est à rapprocher des chiffres bien plus élevés des pays riches. La moyenne pour les pays de l'OCDE est d'environ 222 médecins pour 100 000 habitants²². En Afrique subsaharienne, le nombre d'infirmières et de médecins par habitant est 10 fois moins élevé qu'en Europe²³.

33. Les écarts entre milieu rural et milieu urbain sont eux aussi spectaculaires. Au Ghana, par exemple, plus de 85 % des médecins généralistes exercent en ville, alors que 66 % de la population vit en zone rurale. Au Bangladesh, les métropoles abritent 15 % de la population mais 35 % des médecins et 30 % des infirmières²⁴.

34. Malgré cela, les professionnels de santé des pays en développement, y compris de l'Afrique subsaharienne, migrent de plus en plus vers les pays développés pour y travailler. Selon la South African Medical Association, 5 000 médecins sud-africains

au moins auraient émigré vers les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni ou l'Australie pour la plupart²⁵. On estime que, chaque année, 30 à 50 % des diplômés du secteur de la santé quittent l'Afrique du Sud pour les États-Unis et le Royaume-Uni. En 1999, le Ghana a perdu plus d'infirmières qu'il n'en a formées. Entre 1998/99 et 2001/02, au Royaume-Uni, le nombre d'immatriculations d'infirmières venues du Zimbabwe et du Malawi a augmenté de façon spectaculaire, passant respectivement de 52 à 368 et de 1 à 75²⁶. D'autres pays aussi sont touchés : dans les années 90, par exemple, les deux tiers des infirmières jamaïcaines ont quitté définitivement leur pays²⁷.

35. La perte de professionnels de santé est particulièrement critique pour le monde anglophone. En France (dont la langue est aussi beaucoup utilisée pour enseigner la médecine) seuls 5 % des médecins en exercice ont obtenu leur diplôme à l'étranger²⁸. Au Canada, aux États-Unis et en Australie, plus de 20 % des médecins ont fait leurs études à l'étranger et, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, ce taux dépasse les 30%²⁹.

D. Les raisons de la fuite des compétences : facteurs de répulsion et d'attraction

36. Les raisons complexes et multiples de la migration des professionnels de santé sont souvent formulées en termes de facteurs de répulsion et d'attraction, dont un grand nombre sont étroitement liés aux inégalités entre les pays et à l'intérieur des pays.

37. Souvent, les facteurs de répulsion sont : les conditions de travail (rémunération insuffisante, notamment); l'inégalité dans le régime des traitements; la longueur excessive des journées de travail; des conditions de travail dangereuses; la mauvaise gestion des personnels de santé; la fragilité des systèmes de santé qui fait que les professionnels du secteur manquent de médicaments, de matériel et de produits leur permettant de soulager les malades. Dans bien des pays, en particulier en Afrique subsaharienne, le VIH/sida exerce une pression particulière sur le personnel de santé : il multiplie le nombre de malades, il affaiblit les ressources humaines parce que des agents sanitaires sont contaminés voire meurent du sida, et il crée une charge supplémentaire pour les professionnels de santé qui doivent s'occuper des proches des malades. Le manque de professionnels de santé vient aggraver la pression exercée sur le personnel. L'absence de formation et de perspectives de carrière conduit, elle aussi, les personnels de santé à émigrer. Bon nombre de tous ces problèmes sont vécus plus intensément lorsque les systèmes de santé manquent de ressources.

38. D'autres facteurs n'ayant rien à voir avec le système de santé incitent parfois à émigrer : violations des droits civils et politiques, insécurité, pauvreté de l'enseignement et niveau de vie insuffisant.

39. Parmi les facteurs d'attraction dans les pays de destination, il y a l'envers des facteurs de répulsion : salaires plus élevés, meilleures perspectives de carrière ou d'apprentissage, meilleures conditions de travail et stabilité politique et économique. Des professionnels de santé ayant choisi d'émigrer signalent que les restrictions à l'immigration les empêchent de circuler librement entre pays d'origine et pays de destination. La demande de la part des pays développés est un facteur d'attraction important : le nombre d'agents sanitaires n'y est pas adapté aux besoins

en soins de santé engendrés par l'instabilité du personnel, l'insuffisance du nombre de professionnels de santé formés et la demande grandissante en soins de santé. Selon les estimations, en 2020, les États-Unis devraient être confrontés à une pénurie de 85 000 à 200 000 médecins, et peut-être de plus de 800 000 infirmières³⁰. En Angleterre, par rapport à 1997, ce sont 25 000 médecins et 250 000 infirmières supplémentaires qu'il faudra d'ici à 2008³¹.

40. Toutes sortes d'autres facteurs influent également sur les flux migratoires. L'intégration internationale et la commercialisation des services de santé ont ouvert pour les agents sanitaires de nouvelles perspectives d'emploi hors de leur pays d'origine et dans le secteur privé³². Le perfectionnement des télécommunications a permis aux professionnels de santé de mieux connaître les possibilités qui leur étaient offertes à l'étranger. Les activités des agences de recrutement aussi ont compté : elles ont permis de recruter à grande échelle (par séries de 20, 50 ou 100 infirmières à la fois) dans les pays en développement, et ont souvent facilité les démarches pour les migrants³³. Les prêts destinés à faciliter la migration sont également plus aisément consentis aux migrants, et l'Accord général sur le commerce des services risque de faciliter à l'avenir la migration des professionnels de santé, donc d'amplifier le phénomène³⁴.

E. Fuite des compétences, droits de l'homme et droit à la santé

41. De manière générale, la dimension de la fuite des compétences dont traite le présent rapport, c'est-à-dire la migration des professionnels de la santé des pays en développement vers les pays développés, intéresse trois ensemble de droits de l'homme, à savoir :

- a) Le droit de chacun à la liberté de circulation et la liberté de quitter tout pays, y compris le sien;
- b) Les droits des travailleurs – droit au travail et dans le travail;
- c) Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris le droit à un régime de santé efficace, ouvert à tous et de bonne qualité.

42. Dans le cadre du présent exposé, les droits a) et b) intéressent spécialement les professionnels de la santé. On notera que le droit c) intéresse, en particulier, l'individu et la collectivité dans les pays d'origine et d'accueil.

43. Certains principes du code international des droits de l'homme se retrouvent dans un ou plusieurs de ces ensembles de droits, à savoir : non-discrimination, participation, assistance et coopération internationales et responsabilité. En outre, d'autres droits de l'homme, comme le droit à un niveau de vie décent et à l'éducation, interviennent dans la fuite des compétences.

44. Diverses raisons, dont, notamment, les limites de son mandat, conduisent le Rapporteur spécial à s'intéresser principalement ici au droit de jouir du meilleur état de santé physique et morale possible (c), ci-dessus), sans oublier les principes fondamentaux que sont la non-discrimination, la participation, l'assistance et la coopération internationales et la responsabilité³⁵.

45. La fuite des compétences – on l'a déjà dit – influe sur le droit de jouir du meilleur état de santé physique et morale possible, aussi bien dans les pays d'origine

que dans les pays d'accueil. Toutefois, le Rapporteur spécial s'arrêtera ici sur l'incidence de la fuite des compétences sur la jouissance du droit à la santé dans les pays en développement, d'origine ou – il a pu le constater – l'individu et les collectivités n'ont guère voix au chapitre, leurs droits de l'homme étant le plus souvent méconnus. Aussi, le Rapporteur spécial s'intéressera-t-il en particulier au droit à la santé de l'individu et des membres de la collectivité dans les pays en développement d'origine.

1. Liberté de circulation

46. Le droit international des droits de l'homme consacre le droit de chacun à la liberté de circulation, de même que celle de quitter tout pays, y compris le sien³⁶. Autrement dit, le professionnel de la santé a le droit de quitter son pays, s'il le désire. Nombre de professionnels de la santé exercent ce droit pour vivre et travailler dans un environnement qui leur permette de jouir de leurs autres droits économiques, sociaux, culturels, civils et politiques.

2. Droit des travailleurs

47. Ce sont principalement les conditions difficiles de travail qui poussent les professionnels de la santé à émigrer. Cependant, si elle permet aux professionnels de la santé de bénéficier de meilleures conditions de travail et de jouir d'autres droits de l'homme, la migration peut aussi nuire aux droits de travailleur de certains migrants.

48. Les agences de recrutement peuvent susciter et exploiter chez les professionnels de la santé migrants des attentes démesurées quant à l'étendue et la nature des emplois qui s'offrent à l'étranger³⁷. Des employeurs sans scrupules retiennent ou confisquent parfois les pièces d'identité des migrants. Il est constant que les travailleurs de la santé migrants sont victimes de discrimination s'agissant des perspectives de carrière³⁸. De nombreuses professionnelles de la santé sont victimes de discrimination en raison de leur sexe, ainsi que de leur origine nationale, raciale, de leur appartenance ethnique et de leur condition d'immigrée.

49. Les droits au travail et dans le travail des migrants sont consacrés par de nombreuses conventions internationales sur le travail, par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et d'autres instruments internationaux.

3. Le droit à la santé

50. Le droit international et nombre de législations nationales précisent et nuancent l'étendue du droit à la santé. Dans ses divers rapports, le Rapporteur spécial a entrepris de présenter et d'examiner les textes et la pratique existants en cette matière. Il se bornera ici à rappeler, pour mémoire, ce qu'est le droit à la santé.

51. Adoptée en 1946, la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) consacre le droit fondamental de l'homme à la santé. Deux ans plus tard, la Déclaration universelle des droits de l'homme est venue jeter les bases du cadre juridique international de ce droit, qui a depuis été codifié dans de nombreux instruments internationaux et régionaux ayant force obligatoire dans le domaine des droits de l'homme. L'instrument qui fait la plus large place à ce droit est la

Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par tous les États, sauf deux. Ces instruments revêtus de force obligatoire commencent par ailleurs à secréter une jurisprudence qui vient préciser l'étendue du droit à la santé, lequel est aussi consacré par de nombreuses constitutions nationales. Plus de 100 dispositions constitutionnelles reconnaissent le droit à la santé, le droit à des soins de santé ou des droits liés à la santé tels que le droit à un environnement sain. En outre, dans certains pays, les dispositions constitutionnelles sur le droit à la santé ont donné naissance à toute une jurisprudence, ainsi, l'affaire *Ministère de la santé et consorts c. Treatment Action Campaign et consorts*³⁹.

52. On l'a déjà dit, le droit à la santé recouvre le droit d'accéder non seulement à des soins de santé, mais aussi à de l'eau potable, à l'assainissement et à l'information concernant la santé, y compris la santé sexuelle et la santé de la procréation. Il recouvre des libertés dont celle d'être à l'abri de la discrimination et de la stérilisation forcée. Il englobe, par exemple, le droit à un système de protection sanitaire et plusieurs autres éléments, dont la santé de l'enfant, la santé maternelle et l'accès aux médicaments essentiels. Comme d'autres droits de l'homme, il fait une large place aux personnes défavorisées, vulnérables ou vivant dans la pauvreté. Enfin, il requiert l'existence d'un système de santé ouvert à tous et de bonne qualité.

53. Bien qu'évolutif et tributaire de la disponibilité de ressources, le droit à la santé impose certaines obligations à effet immédiat telle la non-discrimination. Sa réalisation se mesure à des indicateurs et des points de repère. Le droit à la santé exige par ailleurs la participation active et éclairée de l'individu et de la collectivité aux décisions qui les concernent dans le domaine de la santé. Le droit international des droits de l'homme met un certain nombre de responsabilités à la charge des pays développés touchant la réalisation du droit à la santé dans les pays pauvres. Dans la mesure où il crée des droits et des obligations, sa réalisation nécessite des mécanismes de responsabilisation efficace.

54. Il va de soi que sans un minimum de professionnels de la santé, on ne peut mettre en place un système de santé ouvert à tous et de bonne qualité, dimension essentielle du droit à la santé.

55. Il n'y a pas lieu de revenir sur certains faits et chiffres déjà évoqués. Certaines régions de certains pays sont dépourvues du système de santé le plus rudimentaire et, même les rares qui fonctionnent sont en fait inaccessibles aux millions de citoyens qui vivent dans la pauvreté. Pourtant, dans un certain nombre de ces pays, des professionnels de la santé formés à grands frais s'en vont travailler dans des pays qui ont les meilleurs systèmes de santé du monde. Autrement dit, la fuite des compétences contribue dans ces pays à faire d'une crise sanitaire une catastrophe sanitaire.

56. Dans ses précédents rapports, le Rapporteur spécial a dégagé une grille d'analyse des éléments institutifs du droit à la santé qui permet de mieux les appréhender et l'a appliqué aux droits relatifs à la santé en matière de sexualité et de procréation (voir E/CN.4/2004/49) et à la déficience mentale (voir E/CN.4/2005/51). Ainsi, il s'agit en partie d'envisager le droit à la santé comme un ensemble de services, de biens et d'installations sanitaires qui doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité dans un pays. Rapportée au problème de la fuite des compétences, cette grille d'analyse permet de voir que tout État doit veiller à ce que des professionnels de la santé soient disponibles en nombre suffisant dans le pays, accessibles à tous, y compris aux pauvres vivant en milieu rural, et à

ce qu'ils fournissent des services de santé de bonne qualité et d'une manière qui soit culturellement acceptable.

a) Participation

57. La participation fait partie intégrante du droit à la santé. Elle recouvre la participation active et éclairée des personnes et de la collectivité à la prise de décisions les concernant, notamment celles qui touchent la santé, et celles qui influent sur la fuite des compétences, par exemple. En d'autres termes, reconnaître le droit à la santé, c'est attacher la même importance à la réalisation des objectifs de santé qu'aux moyens de les atteindre.

58. Tous les intervenants, notamment les professionnels de la santé (ceux qui ont émigré ou pourraient le faire et ceux qui restent dans leur pays d'origine, etc.) et les usagers du système de santé dans les pays d'origine, devraient participer à l'élaboration des politiques qui influent sur la fuite des compétences. Cette participation est sans doute fonction des organisations représentant les participants, comme les associations de professionnels de la santé et de patients.

b) Assistance et coopération internationales

59. Outre leurs obligations internes, les États ont la responsabilité, en vertu notamment du premier paragraphe de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et de l'article 4 de la Convention relative aux droits de l'enfant, de prendre des mesures dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales pour permettre l'exercice effectif des droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la santé. Cette responsabilité, qui incombe tout particulièrement aux États développés, découle aussi des engagements souscrits lors de conférences mondiales récentes, notamment le Sommet du Millénaire et l'objectif du Millénaire pour le développement numréo 8 (voir A/59/422).

60. À l'exemple d'autres droits et responsabilités de la personne, l'assistance et la coopération internationales restent à préciser dans leurs contours. Toutefois, comme on le verra ci-après, l'assistance et la coopération internationales ne se ramènent pas à l'octroi de fonds aux pays en développement par les pays développés. Envisagés sous l'angle du droit à la santé et de la fuite des compétences, le devoir fondamental d'assistance et de coopération internationales comporte plusieurs dimensions, dont celles décrites ci-après.

61. Premièrement, les pays développés devraient respecter le droit à la santé dans les pays en développement, en veillant par exemple à ce que leurs politiques de ressources humaines ne le compromettent pas. Faillit a priori au devoir fondamental d'assistance et de coopération internationales à la réalisation du droit à la santé, tout pays développé qui recrute activement des professionnels de la santé dans un pays en développement qui n'en a guère, si bien que ce dernier n'est pas en mesure de s'acquitter pleinement de l'obligation mise à sa charge vis-à-vis de ses citoyens en ce domaine. Certains pays ont consacré ce principe dans leurs politiques⁴⁰.

62. Deuxièmement, les États doivent prendre toutes les mesures raisonnables pour empêcher des tiers de compromettre la jouissance du droit à la santé dans d'autres pays, dès lors qu'ils sont en mesure d'influencer ces tiers par des moyens juridiques ou politiques⁴¹. Les États doivent par exemple réglementer les agences privées de

recrutement international, de sorte que leurs pratiques n'empêchent les pays en développement de s'acquitter pleinement des obligations qui leur incombent en matière de droit à la santé vis-à-vis des personnes relevant de leur juridiction.

63. Troisièmement, les États doivent veiller à ce que le droit à la santé soit dûment pris en considération lors de l'élaboration et de l'application des accords internationaux, par exemple lorsqu'ils négocient des engagements au titre du mode 4 de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) (qui concerne notamment les professionnels de la santé qui se rendent provisoirement dans un autre pays pour y fournir un service sanitaire). Le Rapporteur spécial a fait observer dans un précédent rapport que si l'expansion du commerce des services devait avoir pour effet de nuire à la qualité des installations, biens et services sanitaires, elle serait de prime abord en contradiction avec le droit à la santé (E/CN.4/2004/49/Add.1, par. 49). Tout État qui fait le choix de la libéralisation des échanges commerciaux, notamment dans le domaine des services, doit déterminer la forme, le rythme et les étapes de ce choix les plus susceptibles de favoriser la réalisation progressive du droit à la santé pour tous, y compris ceux qui vivent dans la pauvreté et d'autres groupes défavorisés (ibid., par. 80 et 46 à 56). Ce choix devrait être guidé par les évaluations des effets du droit à la santé. Ainsi, on pourrait réviser, le cas échéant, tel projet d'engagement au titre du mode 4 afin de garantir qu'il ne nuise nullement au droit à la santé de tous. Étant donné le devoir d'assistance et de coopération internationales qui leur est imposé, les États développés ne doivent pas exercer indûment des pressions sur les pays en développement pour les amener à prendre au titre du mode 4 des engagements incompatibles avec leurs obligations en matière de droit à la santé.

64. Quatrièmement, selon leurs moyens, les États doivent prêter assistance aux pays en développement pour faciliter l'accès aux installations, biens et services sanitaires élémentaires, en particulier en faveur des pauvres et d'autres groupes défavorisés. Les politiques d'aide doivent prévoir un appui aux ressources humaines dans le secteur de la santé.

65. On retiendra toutefois qu'il est peu sincère de la part des pays développés de fournir une aide au développement, d'alléger la dette et d'offrir d'autres formes d'assistance et de coopération internationales aux pays en développement tout en recrutant des professionnels de la santé dont la formation a été prise en charge par les pays en développement, qui en ont cruellement besoin. Quel intérêt y a-t-il à donner une chose d'une main et à la reprendre de l'autre?

c) Principe de responsabilité

66. Le droit international des droits de l'homme confère quelque pouvoir à l'individu et aux collectivités en leur donnant des droits et en imposant à d'autres des obligations d'ordre juridique. Qui dit droits et obligations dit responsabilité : à défaut, ces droits et obligations ne sont que vains mots. Aussi, toute démarche fondée sur les droits de l'homme – ou le droit à la santé – doit-elle mettre l'accent sur les obligations et exiger de tous ceux qui y sont assujettis qu'ils répondent de leur conduite.

67. L'idée de « répondre » est bien trop souvent associée à celles de tort et de sanction⁴². Or, cette acception du terme est trop restrictive. En matière de droit à la santé, le principe de responsabilité permet de déterminer les politiques et institutions sanitaires qui donnent des résultats et celles qui sont inefficaces et de

comprendre pourquoi, l'idée étant d'améliorer l'exercice de ce droit à la santé. Ce système doit être efficace, transparent et accessible⁴³.

68. Pour faire échec à la fuite des compétences, il faut mettre en place des mécanismes nationaux et internationaux de responsabilisation pour garantir que les divers acteurs s'acquitteront de leurs diverses obligations fondamentales. Dans les pays d'origine, des mécanismes nationaux devraient ainsi surveiller le respect des droits fondamentaux des professionnels de la santé, et il devrait en aller de même dans les pays d'accueil, notamment pour les travailleurs migrants. En outre, des mécanismes internationaux de responsabilisation, tels que des organes créés en vertu d'instruments internationaux, devraient surveiller les droits fondamentaux des professionnels de la santé dans les pays d'origine et d'accueil.

69. Ces mécanismes nationaux et internationaux doivent toutefois non seulement s'intéresser aux droits fondamentaux des professionnels de la santé, mais aussi aux répercussions de la fuite des compétences sur les systèmes sanitaires concernés. Autrement dit, ces mécanismes doivent examiner les répercussions de la fuite des compétences sur l'exercice du droit à la santé des personnes et des collectivités, dans les pays d'origine et d'accueil. Il faudrait mettre au point des indicateurs et des normes pour contrôler les effets de la fuite des compétences sur le droit à la santé, notamment les responsabilités des pays d'origine et de destination (voir A/58/427 et A/59/422 sur la solution retenue par le Rapporteur spécial vis-à-vis de cette question).

70. C'est ici le lieu d'observer que les pays en développement considèrent de longue date que les mécanismes de responsabilisation sont déséquilibrés et s'appliquent principalement à eux, les pays développés échappant à l'obligation de rendre des comptes lorsqu'ils faillissent aux engagements et aux promesses qu'ils ont pris au niveau international et auxquels les pays en développement attachent spécialement de l'importance⁴⁴.

71. Il ne fait pas de doute que les mécanismes nationaux et internationaux de responsabilisation n'ont guère de pouvoir à l'égard de la responsabilité des pays développés en matière d'assistance et de coopération internationales. Ainsi, peu de mécanismes nationaux ou internationaux (si tant est qu'il en existe) se soucient vraiment des répercussions qu'ont les politiques des pays développés sur la fuite des compétences et sur l'exercice du droit à la santé dans les pays d'origine. Cet état de fait est inacceptable car la question des droits de l'homme requiert des mécanismes de responsabilisation efficaces, transparents et accessibles quel que soit le débiteur de l'obligation considérée.

72. Pour conclure, le Rapporteur spécial propose en toute modestie que chaque pays se dote d'un bureau chargé de contrôler la coopération internationale en matière de santé, afin de combler cette lacune dans le domaine de la promotion et de la protection du droit à la santé.

F. Quelques principes directeurs

73. L'organisation non gouvernementale Médecins pour les droits de l'homme (Physicians for Human Rights, ou PHR) a récemment publié un livre blanc sur la fuite des compétences intitulé *Plan de prévention de la fuite des cerveaux : des systèmes de santé équitables pour l'Afrique*⁴⁵, qui propose un plan d'action détaillé

pour endiguer l'exode des élites africaines, à partir d'une série de principes directeurs inspirés « des normes relatives aux droits de l'homme et de considérations pratiques⁴⁶ ». Comme l'exposé de ces principes et les commentaires qui les accompagnent sont assez longs, les auteurs proposent un résumé, reproduit dans le paragraphe qui suit.

74. Les principes directeurs apportent une contribution intéressante au débat sur la fuite des compétences. Le Rapporteur spécial est d'avis que, sans être définitifs ni complets (aucun, par exemple, ne mentionne spécifiquement les mécanismes de contrôle, l'obligation de responsabilité ou le rôle important des agents de santé locaux), ils méritent toutefois d'être étudiés de près⁴⁷. Ces principes sont les suivants :

- Face à la fuite des compétences, il convient en premier lieu d'améliorer la médecine au rabais, synonyme de violations massives du droit à la santé et des autres droits;
- Il faut par ailleurs augmenter sensiblement le financement du secteur de la santé par les sources nationales et internationales, y compris par le biais de l'allègement de la dette;
- L'endiguement de la fuite des compétences suppose des efforts accrus pour améliorer la répartition territoriale du personnel médical, fortement déséquilibrée au détriment des zones rurales;
- Les pays à faible revenu ayant formé les professionnels de la santé qui migrent vers les pays riches devraient être indemnisés par les pays en question;
- Les solutions à la fuite des compétences doivent être trouvées localement, avec la participation des communautés rurales pauvres, des agents sanitaires et de la société civile;
- L'aide étrangère doit être structurée de manière à promouvoir l'adoption de politiques favorables pour les personnels de la santé;
- Les droits des professionnels de la santé et leur aspiration à une vie meilleure doivent être respectés compte tenu des contraintes et des exigences de la crise mondiale de la santé publique;
- Les pays doivent appliquer des principes du recrutement éthique, en s'abstenant notamment de recruter du personnel dans des pays en développement avec lesquels ils n'ont pas signé d'accord à cet effet;
- Les pays à haut revenu doivent produire davantage de diplômés et mieux retenir les services de leur personnel médical;
- Les mesures prises pour promouvoir les politiques macroéconomiques ne doivent pas déroger aux principes des droits de l'homme;
- Le maintien de solides effectifs d'agents de santé qualifiés doit s'accompagner de mesures de recrutement et de formation de médecins et cadres assimilés;
- Le renforcement de la capacité du secteur de la santé à gérer ses effectifs doit faire partie des priorités;
- La diaspora médicale des pays en développement peut utilement contribuer à la prestation des soins de santé dans les pays en développement.

G. Conclusions

75. Ainsi que mentionné précédemment, de nombreuses mesures peuvent être prises face aux effets dommageables de la fuite des compétences. L'une des possibilités serait par exemple de renforcer les systèmes de santé dans les pays d'origine, ou que les pays de destination produisent des diplômés plus nombreux. Faute d'espace, le Rapporteur spécial ne peut malheureusement pas examiner ces options en détail dans le présent chapitre.

76. *Intégrer la dimension des droits de l'homme dans toutes les politiques relatives à la fuite des compétences.* Comme l'a constamment indiqué le Rapporteur spécial depuis la présentation de son premier rapport à la Commission des droits de l'homme, le droit à la santé – et les autres droits de l'homme – devrait faire partie intégrante de toutes les politiques nationales et internationales pertinentes. Les politiques pensées dans le prisme des droits de l'homme ont plus de chances d'être efficaces, solides, équitables, ouvertes et utiles à ceux qui vivent dans la pauvreté. En conséquence, les droits de l'homme devraient être inscrits dans toutes les politiques sanitaires, dont celles qui peuvent avoir des incidences sur l'exode des élites. Le respect du droit à la santé individuelle et collective et des droits fondamentaux des personnels soignants des pays en développement contribuera à corriger les aspects néfastes de la fuite des compétences.

77. *Renforcer les systèmes de santé dans les pays d'origine.* L'une des mesures essentielles à prendre pour endiguer la fuite des compétences est de renforcer les systèmes de santé dans les pays en développement touchés par ce phénomène⁴⁸. Le personnel médical des pays d'origine devrait bénéficier d'une attention prioritaire, notamment en termes de statut, conditions de travail, perspectives de carrière, planification et gestion, mesures d'incitation à exercer dans les zones rurales. Les pays en développement ont besoin de professionnels de la santé, et donc de moyens de formation supplémentaires. Les structures de soins polyvalents des districts doivent être renforcées et modernisées, et le rôle des agents de santé doit être élargi. Le secteur de la santé doit être administré de manière efficace, avec la participation des populations locales. Le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement d'origine appelle la mobilisation des donateurs et des partenaires de développement, qui jouent un rôle indispensable inscrit dans de nombreux engagements internationaux, dont celui du respect des droits de l'homme dans le cadre de l'aide et de la coopération internationales.

78. *Le recrutement éthique par les pays de destination*⁴⁹. Depuis 1999, le Ministère britannique de la santé étoffe progressivement son code de pratique pour le recrutement international des professionnels de la santé⁵⁰. Plusieurs organisations internationales et associations professionnelles préconisent l'adoption de codes d'éthique⁵¹, mais le Rapporteur spécial a l'impression que la Grande-Bretagne est allée plus loin que tout autre pays développé dans ce domaine. Il faut féliciter le Gouvernement britannique d'avoir institué un code qui reconnaît et tente de corriger les effets pernicieux de son recrutement actif de cadres qualifiés dans les pays en développement qui les ont formés.

79. Le Code britannique interdit aux services nationaux de la santé de recruter activement du personnel dans un pays en développement, sauf accord de gouvernement à gouvernement autorisant des recrutements ciblés dans le pays en question. Il réaffirme les droits en matière d'emploi, par exemple la non-

discrimination des personnels soignants étrangers. Les employeurs des services nationaux ne sont pas tenus de l'appliquer, mais ils y sont vivement encouragés.

80. Le Code est une heureuse initiative, mais il laisse à désirer sur le plan des droits de l'homme – par exemple, il ne prévoit pas de mécanisme de contrôle indépendant et ne vaut pas pour le secteur privé. Certains observateurs y ont vu une discrimination indirecte fondée sur la race, puisqu'il concerne essentiellement les professionnels de la santé d'Afrique et des Caraïbes⁵². Et, surtout, rien ou presque n'indique qu'il ait ralenti durablement le rythme des recrutements de personnel soignant dans les pays qui en manquent déjà⁵³.

81. Le Rapporteur spécial est d'avis que les politiques et les codes de recrutement éthique fondés sur les droits peuvent contribuer à endiguer la fuite des compétences, mais qu'ils sont inadéquats s'ils ne sont pas complétés par d'autres mesures, par exemple l'amélioration des systèmes de santé dans les pays en développement d'origine.

82. *Indemnisation.* La migration de professionnels de la santé des pays en développement qui manquent déjà de personnel vers les pays développés a un coût économique et social très lourd pour les pays d'origine, alors que les services sanitaires des pays développés réalisent ainsi d'importantes économies sur leurs dépenses de formation. En termes économiques, cela s'appelle une subvention. Cette subvention est perverse en ce sens qu'elle profite aux pays riches au détriment des pays pauvres et qu'elle creuse ainsi les inégalités Nord-Sud en matière de soins et de protection. On a parlé à ce propos de « subvention perverse », « subvention injuste » ou « aide étrangère à rebours »⁵⁴.

83. Outre qu'il est moralement indéfendable, ce flux de ressources des pauvres vers les riches est incompatible avec l'obligation de respect des droits de l'homme faite aux pays développés dans le cadre de l'aide et de la coopération internationales, et elle est contraire à d'autres engagements internationaux, dont l'Objectif 8 de la Déclaration du Millénaire pour le développement (un partenariat mondial pour le développement, voir par. 54 à 65). Les subventions perverses doivent manifestement être contrebalancées par le versement de réparations, restitutions ou indemnités au profit des pays en développement d'origine qui ne peuvent garantir pleinement le droit à la santé de leurs citoyens parce qu'ils n'ont plus assez de personnel médical.

84. Le scénario de l'indemnisation soulève un certain nombre d'interrogations et de difficultés qu'il faut étudier attentivement mais qui, avec un peu de bonne volonté, ne devraient pas être insurmontables. Les indemnités pourraient être versées à un fonds de restitution administré dans les règles de l'art, qui servirait à des fins précises convenues par toutes les parties, par exemple aider le personnel médical qui reste dans le pays ou qui y revient.

85. Le Rapporteur spécial recommande expressément que la solution de l'indemnisation soit envisagée sérieusement et favorablement quand la fuite des compétences équivaut à une subvention perverse.

86. *Des observatoires nationaux de la coopération internationale en matière de santé.* Chaque pays développé devrait se doter d'un observatoire national indépendant chargé d'étudier les incidences des politiques gouvernementales sur la jouissance du droit à la santé dans les pays en développement. Cette instance de type ombudsman devrait présenter des rapports annuels au parlement national. Elle

devrait être dotée de pouvoirs d'investigation et d'enquête et il lui appartiendrait de vérifier que le gouvernement honore ses promesses et ses obligations internationales en matière de santé. Mais ces obligations sont souvent réparties entre divers ministères – santé, finances, affaires étrangères, commerce, développement international, etc. –, ce qui complique la coordination et le suivi des responsabilités⁵⁵.

87. L'observatoire devrait s'intéresser de très près à la question de la fuite des compétences. Comme de nombreux pays manquent de données fiables sur le phénomène, l'une de ses tâches serait de s'assurer que le gouvernement collecte l'information requise. Quelle est l'ampleur de la fuite des compétences dans les pays en question? Les politiques nationales jouent-elles un rôle, et lesquelles? Quelles sont les conséquences de cet exode, surtout dans les pays d'origine? Comment les politiques nationales pourraient-elles être révisées dans un sens conforme aux responsabilités du gouvernement en matière de droits de l'homme, y compris celle de l'aide et de la coopération pour la santé? Un observatoire de type ombudsman qui poserait ce genre de questions compléterait et renforcerait les mécanismes de contrôle existants, par exemple les sous-commissions parlementaires.

88. L'observatoire pourrait aussi surveiller l'application des codes de conduite pour le recrutement éthique, tel que celui qui a été adopté par le Ministère britannique de la santé, ainsi que la mise en œuvre, au niveau national, des codes internationaux du même genre, par exemple le Code de pratique pour le recrutement international des agents de santé adopté par le Secrétariat du Commonwealth en 2003.

89. *Une action multidimensionnelle.* La migration internationale des professionnels de la santé est un phénomène complexe qui nécessite une action multidimensionnelle dont certains éléments ont été indiqués dans ce chapitre. Elle doit cependant être appréhendée dans le contexte des inégalités alarmantes du monde actuel en matière de soins et de protection sanitaire.

V. Conclusion

90. Le rôle central des professionnels de la santé dans la promotion et la protection des droits de l'homme, y compris le droit à la santé, constitue l'un des thèmes récurrents du présent rapport. L'éducation dans le domaine des droits de l'homme aide les personnels soignants à défendre les droits de leurs patients, ainsi que leurs propres droits fondamentaux. La fuite des compétences – le fait que des pays riches recrutent du personnel médical formé aux frais de pays en développement qui ont désespérément besoin de lui – compromet la jouissance du droit à la santé dans les pays d'origine et creuse un peu plus la fracture sanitaire Nord-Sud. Si nous voulons réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et créer des systèmes de santé efficaces, universels et de qualité, nous devons impérativement et de toute urgence nous pencher sur la situation des professionnels de la santé, et notamment sur la fuite des compétences.

Notes

- ¹ Voir l'alinéa b) du paragraphe 2 de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et l'alinéa c) du paragraphe 2 de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant.
- ² Voir les rapports du Rapporteur spécial sur ses missions au Pérou (E/CN.4/2005/51/Add.3) et en Roumanie (E/CN.4/2005/51/Add.4).
- ³ Voir Commonwealth Medical Trust (Commat), *A Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Health Care Professionals*, 1999.
- ⁴ Résolution sur l'inscription de l'éthique médicale et des droits de l'homme au programme des écoles de médecine du monde entier, adoptée par la cinquante et unième Assemblée générale de l'Association médicale mondiale en octobre 1999.
- ⁵ Voir le site Web <<http://www.icn.ch/pshumrights.htm>>.
- ⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé, alinéa f) du paragraphe 31.
- ⁷ Voir, par exemple, Commat, op. cit., note 3; Johannes Wier Foundation, *Health and Human Rights: A Course for Doctors, Nurses, and Paramedics* (in Training), 1996; J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, Commat/AAAS, 2004; Norwegian Medical Association, *Doctors working in Prisons: Human Rights and Ethical Dilemmas, A Course for Prison Doctors* (<<http://lupin-nma.net>>); Physicians for Human Rights-UK, *Medicine and Human Rights Study Module* (<<http://phruk.shared-inter.net/module/index.php>>). On retiendra également les International Human Rights Academies, axées sur le droit à la santé, organisées par l'International Federation of Health and Human Rights Organizations et d'autres organisations en 2004 et 2005, et le cours intensif sur la santé et les droits de l'homme organisé chaque année par François-Xavier Bagnoud au Centre for Health and Human Rights (Harvard University).
- ⁸ Voir British Medical Association (BMA), *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001, p. 490.
- ⁹ Dans son rapport, le Rapporteur spécial a particulièrement mis à profit les travaux de recherche menés sur la fuite des compétences dans certains pays et certaines régions, notamment en Afrique subsaharienne, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique. Il souligne, toutefois, que ce phénomène est un problème de dimension mondiale, qui ne se limite donc pas à un certain nombre de pays ou de régions d'origine et de destination.
- ¹⁰ K. Mensah, M. Mackintosh, et L. Henry, « The "Skills Drain" of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation », Medact, 2005, p. 5.
- ¹¹ Résolutions. WHA 57.19 et WHA 58.17, « La migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement ».
- ¹² Voir par exemple O. Adams et B. Stilwell, « Health Professionals and Migration », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 8, août 2004, p. 560; L. Chen *et al.*, « Human Resources for Health: Overcoming the Crisis », *The Lancet*, vol. 364, 27 novembre 2004, p. 1984 à 1990; EQUINET, « Health Systems Trust » et Medact, « Health Personnel in Southern Africa: Confronting Maldistribution and Brain Drain », 2003; Joint Learning Initiative, « Human Resources for Health: Overcoming the Crisis », 2004; Mensah, Mackintosh et Henry, op. cit. à la note 10; Médecins pour les droits de l'homme, « An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa », 2004; A. Willets et T. Martineau, « Ethical International Recruitment of Health Professionals: Will Codes of Conduct Protect Developing Country Health Systems? » 2004; J. Bueno de Mesquita et M. Gordon, « The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis », Medact, 2005; OMS, « International Migration, Health and Human Rights », 2003.

- ¹³ Parrainé par Médecins pour les droits de l'homme. Voir aussi « Medical Staff Quit for the West, Leaving Africa's Health Service in Crisis », *The Independent*, 27 mai 2005.
- ¹⁴ Sommet du Groupe des Huit, « Statement on Africa (Africa: A Historic Opportunity) », Gleneagles, Écosse, 8 juillet 2005.
- ¹⁵ Médecins pour les droits de l'homme, op. cit. à la note 12, p. vii. La même analyse est faite par l'Équipe 4 du projet Objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, dans *Who's Got the Power?*, p. 120 à 123.
- ¹⁶ Chen et al, op. cit. à la note 12, p. 1985.
- ¹⁷ Ibid.
- ¹⁸ Pour une présentation plus détaillée de ce qu'est la fuite des compétences, voir en particulier Bueno de Mesquita et Gordon, Médecins pour les droits de l'homme et OMS, op. cit. à la note 12.
- ¹⁹ Joint Learning Initiative, op. cit. à la note 12.
- ²⁰ J-M Aitken et J. Kemp, « HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa », EQUINET et Oxfam, 2003, p. 20.
- ²¹ *Atlas mondial de la santé*, OMS, consultable à l'adresse suivante : <<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>> (en anglais). Données pour l'année 2004.
- ²² Médecins pour les droits de l'homme, op. cit. à la note 12.
- ²³ Chen *et al.*, op. cit. à la note 12.
- ²⁴ Joint Learning Initiative, op. cit. à la note 12.
- ²⁵ « South Africa: Government wakes up to flight of health workers », Réseau régional intégré d'information, 14 mai 2002.
- ²⁶ Médecins pour les droits de l'homme, op. cit. à la note 12.
- ²⁷ Bueno de Mesquita et Gordon, op. cit. à la note 12.
- ²⁸ J. Eastwood *et al.*, « Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK », *The Lancet* vol 365, n° 9474, 28 mai 2005.
- ²⁹ Joint Learning Initiative, op. cit. à la note 12.
- ³⁰ Voir « Medical miscalculation creates doctor shortage » *USA Today*, 3 février 2005; US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis, *Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses: 2000-2020, 2002*.
- ³¹ « Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action », document de travail présenté lors du deuxième Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement ayant trait à la santé, Abuja, 2 et 3 décembre 2004.
- ³² Mensah, Mackintosh et Henry, op. cit. à la note 12.
- ³³ Médecins pour les droits de l'homme, op. cit. à la note 12.
- ³⁴ Il convient de signaler que l'Accord général sur le commerce des services, mode 4, vise à faciliter la migration à titre temporaire. Eastwood *et al.*, op. cit. à la note 28.
- ³⁵ Tous ces principes fondamentaux sont analysés séparément plus loin dans le texte, à l'exception de la non-discrimination, qui est évoquée d'un bout à l'autre du document.
- ³⁶ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 12.
- ³⁷ « Abused, threatened and trapped: Britain's foreign "slave nurses" » (« Maltraitées, menacées et prisonnières, les "infirmières esclaves" de Grande-Bretagne »), *The Guardian*, 29 mai 2001; Médecins étrangers, Nouvelles en ligne de la BBC, édition du Royaume-Uni, 8 septembre 2004.

- ³⁸ K. Decker, *Overseas Doctors: Past and Present*, dans *Racism in Medicine: An Agenda for Change*, N. Coker (éd.), King's Fund, 2001; D. Singh, « Racism rife in the medical profession, BMA report says » (« Selon le British Medical Association, le racisme sévit dans la profession médicale »), dans *British Medical Journal*, vol. 326, 28 juin 2003, p. 1418.
- ³⁹ Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud, affaire CCT 8/02, décision du 5 juillet 2002.
- ⁴⁰ Voir, par exemple, le Code de bonne pratique pour le recrutement international des professionnels de la santé (2004) établi par le Ministère de la santé britannique; voir les paragraphes 78 à 80 ci-dessous pour un examen de ce code.
- ⁴¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 39.
- ⁴² Voir L. P. Freedman, « Human Rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82 (2003), p. 111 à 114.
- ⁴³ Le système de responsabilisation devrait préciser les responsabilités des différents acteurs, vérifier qu'ils les respectent et, en cas de défaillance, déterminer pourquoi ils ne le font pas, afin d'y remédier à l'avenir. Pour plus de renseignements sur la responsabilisation, voir A/59/422, par. 38.
- ⁴⁴ Programme des Nations Unies pour le développement, Bureau des politiques de développement, « Is MDG 8 on track as a global deal for human development? », document établi par J. Vandenmoortele, K. Malhotra et J. A. Lim (2003).
- ⁴⁵ PHR, op. cit. à la note 12.
- ⁴⁶ Ibid., p. 29.
- ⁴⁷ Le Rapporteur spécial n'a pas souhaité modifier le texte des principes directeurs, sauf en ce qui concerne l'expression « fuite des cerveaux », devenue « fuite des compétences », et la mention de tous les pays en développement, et non plus seulement de l'Afrique, dans le dernier principe directeur.
- ⁴⁸ *Who's Got the Power?* PHR et Bueno de Mesquita et Gordon, op. cit. à la note 12.
- ⁴⁹ Willets et Martineau, op. cit. à la note 12; Mensah, Mackintosh et Henry, op. cit. à la note 10; Bueno de Mesquita et Gordon, op. cit. à la note 12.
- ⁵⁰ Ministère de la santé, op. cit. à la note 42.
- ⁵¹ Voir par exemple Secrétariat du Commonwealth (Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international d'agents de santé, 2002) et Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (Code de pratique pour le recrutement international des professionnels de la santé, 2002).
- ⁵² Mensah, Mackintosh et Henry, op. cit. à la note 10, p. 27.
- ⁵³ Ibid., p. 26; PHR, op. cit. à la note 12, p. 57.
- ⁵⁴ Mensah, Mackintosh et Henry, ibid., p. 30 à 40; Save the Children-UK et Medact, *Whose Charity? Africa's Aid to the NHS*, note de travail, 2005; PHR, ibid., p. 31. La question de la subvention perverse est traitée en détail dans Mensah, Mackintosh et Henry ainsi que dans Bueno de Mesquita et Gordon, op. cit.; le Rapporteur spécial s'est largement inspiré de ces ouvrages.
- ⁵⁵ G. Lister, A. Ingram, M. Prowle, « Country Case Study: UK Financing of International Cooperation for Health », Programme des Nations Unies pour le développement, Bureau des études sur le développement, 30 septembre 2004.