



COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE
DES DROITS DE L'HOMME

**Avis sur la préservation de la santé, l'accès aux soins
et les droits de l'homme**

(Adopté par l'Assemblée Plénière le 19 janvier 2006)

Que la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) se saisisse du sujet de la santé en France semble au premier abord relever du paradoxe. Elle se fonde, pour ce faire, sur des principes reconnus tant par le Préambule de la Constitution que par le législateur. « [La nation]¹ garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé ». Et lorsque le législateur intervient, comme c'est le cas par la loi du 4 mars 2002, il précise que le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.

L'objectif est perçu par nos concitoyens comme un droit à la santé, terme qui sera employé dans la suite du présent avis pour évoquer cette revendication. Entre le droit tel qu'il est ressenti, et les moyens qui permettent d'en assurer l'exercice, existe-t-il ce décalage persistant qui semble défier la théorie des droits de l'homme et qui devrait constamment ramener à une juste modestie les tenants de l'universalité des droits. Dans un pays développé qui a organisé sa solidarité collective et qui consacre plus de 11,1%² de son PIB à la santé, peut-on vraiment parler de méconnaissance des droits de l'homme ? Le problème n'est-il pas plutôt celui, technique et politique, d'assurer la pérennité d'un système basé sur la solidarité que bien d'autres pays nous envieraient ?

Suite à une étude approfondie sur le sujet pendant plus d'un an, la CNCDH conclut que la préservation de la santé et l'accès aux soins posent réellement en France des problèmes touchant directement aux droits de l'homme. Selon l'interprétation du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies dans son observation générale n° 14³, le droit à la santé est « un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international. »

Or, le droit à la santé en France n'est pas un droit également assuré à tous ; il est au contraire au cœur d'un certain nombre de contradictions et paradoxes qui compromettent son effectivité. Paradoxe de l'inégalité malgré l'importance des progrès constatés ; paradoxe d'une

¹ Préambule de la Constitution

² Direction de la Recherche, des Études et des Statistiques (DRESS), *Comptes nationaux de la santé 2004*, Document de travail n° 84, juillet, 2005, p.5. Disponible sur le site Internet www.sante.gouv.fr.

³ Observation générale n° 14 « Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint », adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 22^{ème} session, Genève, 25 avril -12 mai 2000

société qui consacre une grande partie de la richesse nationale à sa santé, à l'intérieur de laquelle 3% seulement à la prévention, c'est à dire à la prise en charge des questions qui doivent se régler au niveau d'une population et non en réponse à la demande individuelle de soins ; contraste entre l'impression de désaffection et d'essoufflement autour des grandes tâches de prévention et les ambitions manifestées par le vote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; enfin, paradoxes des attitudes individuelles pour lesquelles la santé serait sans doute le premier des droits, mais qui récuseraient facilement contraintes ou conseils justifiés par un projet collectif de santé.

Alertée par ses membres, la CNCDH est partie d'une interrogation sur l'effectivité du droit à la santé. Elle a dans un premier temps entendu des acteurs de terrain. A l'appui de nombreux témoignages, auditions, et d'une bibliographie impressionnante mais trop peu connue, la CNCDH a pu constater qu'à la source de ces failles se trouve principalement une mise au second plan de la prévention. Dans le cadre de son mandat, donc sans prétendre à une analyse exhaustive et technique de la santé en France ni vouloir dupliquer des travaux déjà entrepris dans d'autres enceintes compétentes en la matière, la CNCDH a procédé à une réflexion sous l'angle des droits de l'homme. Elle a entrepris une étude, ci-jointe, qui conclut par la nécessité de réfléchir à une nouvelle approche pour la définition, l'organisation, et la mise en œuvre d'une politique de santé publique appropriée afin de rendre effectif le droit à la santé. Les principales recommandations issues de cette étude sont mises en évidence dans le présent avis.

Le constat maintenant largement admis est que, bien qu'il soit possible de préserver notre santé, nous sommes loin d'être égaux devant cette perspective.

Les preuves de cet état de choses commencent à se constituer, malgré la difficulté à disposer des études, difficiles et coûteuses qui, depuis peu, convainquent ceux qui sont acteurs du sujet. L'inégalité de l'espérance de vie selon les catégories sociales est une évidence reconnue. Ce constat ne s'efface pas avec le temps, et distingue notre pays dans la comparaison internationale.

En effet, la mortalité prématurée des hommes de 45 à 59 ans est de 30% supérieure à la moyenne pour les travailleurs manuels et de 26% inférieure à cette moyenne pour les travailleurs non manuels. La France constitue à cet égard une exception parmi les pays d'Europe de l'Ouest. Ce constat peut être fait également s'agissant des hommes entre 60 et 64 ans. Des disparités comparables vont être retrouvées selon le niveau d'études. En revanche, s'agissant des indicateurs de morbidité⁴ déclarée, notre pays se range dans une moyenne. Les écarts de mortalité entre les départements les plus et moins favorisés sont de six ans pour les hommes, de trois ans et demi pour les femmes, de six à sept ans entre les départements d'outremer et la métropole.⁵

En outre, entre bassins d'emploi, ils sont entre 1973 et 1977 de 6,6 ans pour les hommes, de 3,6 pour les femmes, et, fait particulièrement inquiétant, se sont aggravés dix ans plus tard. Entre 1988 et 1992, ils sont de 10,1 pour les hommes et de 6,9 pour les femmes⁶. Il est en outre important de noter que ces écarts ne recouvrent pas les insuffisances ou discordances dans la densité médicale ou l'équipement en lits hospitaliers.

⁴ La mortalité est à distinguer de la morbidité. En effet, le taux de mortalité est égal au nombre total de décès rapporté à une population donnée durant une période déterminée alors que le taux de morbidité est égal au nombre de personnes atteintes par une maladie rapportée à une population donnée durant une période déterminée.

⁵ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, p.32, 346p.

⁶ Haut Comité de la Santé Publique, « la santé en France en 2002 », disponible sur le site <http://hcsp.ensp.fr>

Les liens entre inégalités territoriales et inégalités sociales de santé sont frappants : une étude sur les inégalités intercantonnales de santé en 2003⁷ soulignait « la influence des déterminants sociaux, plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins. » Des zones « fragiles » sont ainsi identifiées. Ces zones devraient faire l'objet d'actions spécifiques dans le cadre d'une politique d'aménagement du territoire prenant en compte les nécessités d'une politique de santé publique nationale.

Deux faits sont de nature à renforcer l'inquiétude : en effet, ces inégalités se retrouvent lorsqu'on analyse l'impact des principales causes de décès prématurés, et elles ne semblent pas avoir tendance à s'effacer avec le temps.

La surmortalité du groupe « ouvriers-employés » pourra être constatée⁸ pour toutes les grandes catégories d'affections et principalement pour celles dont la fréquence est corrélée à la consommation d'alcool où les risques d'une mortalité prématurée sont dix fois plus élevés que pour les autres catégories ; de même trouve-t-on des écarts notables pour le diabète, les pathologies respiratoires, le cancer du poumon, etc. Dans tous ces domaines les taux globaux ont diminué entre 79-85 et 87-93, sans que les différences ne s'effacent.

Le même constat peut être fait pour la baisse du taux de mortalité périnatale et infantile, où les progrès d'ensemble n'effacent pas les disparités ; pour les enfants nés en 1984-1989, à un taux de 7,1 pour mille pour les cadres et professions intellectuelles correspond un taux de 10,7 pour mille pour les ouvriers et de 11 pour mille pour le personnel de service. S'agissant des maladies cardiaques, il n'y avait pas semble-t-il de différences notables dans les années 50, mais les progrès spectaculaires survenus depuis n'ont pas également profité à tous ; une baisse de 32% entre 1982 et 1990 recouvre des taux de 14% pour les ouvriers et employés et de 47% pour les cadres et professions libérales. Une exception concernait l'incidence du SIDA, mais entre 1986 et 1987 on le voit se renforcer chez le groupe des ouvriers et employés jusqu'alors relativement moins atteint.

En outre, l'écart d'espérance de vie est établi à dix ans pour les personnes en situation de précarité, constat qui a amené le Conseil Économique et Social à relever en juillet 2003 dans son rapport et avis « *L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous* »⁹ que « c'est peut-être au regard des écarts d'espérance de vie qu'apparaît le plus la gravité de laisser durablement des personnes et familles en dehors des droits fondamentaux », comme la santé, mais aussi le revenu, le logement, l'instruction, le travail...

L'observation attentive des disparités met en évidence un taux de mortalité prématurée sans doute évitable. Ainsi émerge l'idée que l'inégalité se situerait en amont du système de soins, dans l'incapacité des politiques de prévention de toucher ces catégories de citoyens moins fortunés ou moins éduqués et d'investir le champ des conditions de travail et des risques psychosociaux professionnels.

1- La CNCDH réaffirme comme un droit de l'homme le droit de vivre dans une société qui se dote des moyens de préserver la santé de tous et qui entend assurer l'égal accès à ces moyens, comme notre pays s'y est engagé en ratifiant le Pacte des Droits économiques, sociaux et culturels.

⁷ Étude sur les inégalités intercantonnales de santé en 2003 réalisé par FNORS pour la Direction Générale de la Santé en 2003.

⁸ Source Mesrine 1998, dans rapport *Santé en France*, 2002, Haut Comité de la Santé Publique, p.169

⁹ Rapport et avis du CES n° 2003-12 « L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous » adopté le 18 juin 2003 et publié le 26 juin 2003. Références : CESXOOOO3011V.

Outre l'accès de chacun à la possibilité de se soigner, ce droit implique la mise en œuvre d'actions de prévention en direction de la population dans son ensemble : le droit de chacun à la santé s'appuie sur la solidarité de tous.

L'universalité des droits a, s'agissant de l'accès à la santé, une portée concrète ; les défaillances de la solidarité, à l'égard de ses concitoyens, tout comme au-delà des frontières, dans un monde ouvert, créent un risque direct pour les individus menacés par la maladie ou le comportement d'autrui, et un risque indirect par les charges qui en résultent. L'accès aux droits dépend d'un effort collectif accepté, mobilisant une éducation, des comportements et aussi moyens humains et financiers portés par la collectivité. C'est bien le domaine où les limites de l'individualisme égoïste sont immédiatement perceptibles et où l'élargissement de l'accès au droit est condition d'un développement durable. Un large consensus est possible au nom de l'universalité de ce droit.

Un pays du niveau de la France a dans ce domaine le devoir d'être exemplaire, et de ne tolérer pour lui-même dans le domaine de l'accès aux soins ni inégalités persistantes ni poches d'exclusion. La solidarité internationale persévérante à l'égard des enjeux de santé dans les pays non développés est le pendant nécessaire des actions nationales.

Ce double thème, intolérance de l'inégalité devant la santé sur le plan national, devoir de solidarité sur le plan international, doit être pris en charge par l'information et de l'éducation en direction des citoyens. Il est fondamental que chacun, chaque citoyen, chaque habitant de ce pays favorisé, prenne en charge le droit à la santé comme un enjeu personnel, et connaisse sa place dans la chaîne de la santé. Pourquoi accepter sans réagir que les moyens nécessaires aux actions collectives de santé ne soient défendus à chaque échéance que par les professionnels du secteur ?

2- Il existe encore sur le territoire national des situations qu'il y a lieu d'éradiquer. Certaines sont visibles. C'est pour cette raison que les difficultés entourant actuellement l'octroi de l'aide médicale d'Etat devraient être levées, sous peine de voir s'élargir une faille dans la protection et la prévention inacceptable tant sur le plan de l'humanité que de l'efficacité.

La CNCDH n'ignore pas que la population concernée est, pour une part importante, composée d'étrangers. Mais s'agissant d'un droit vital, la responsabilité étatique s'applique à destination de toute personne de sa juridiction, ce qui inclut toute personne se trouvant sur son territoire sans distinction de nationalité. Il n'y a aucune raison d'en réduire la portée à l'égard de l'étranger qui se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles. Les conditions d'exercice du droit à la santé ne peuvent être déterminées par le jeu complexe d'un formalisme pointilleux et il est indispensable que les associations concernées par le soutien médical trouvent leur place, stabilisée, dans l'évolution du système de santé. A terme, une généralisation de la couverture maladie universelle à ce type de population pourrait être parfaitement utile par la simplification qui en résulterait, permettant de déployer ailleurs les moyens des services et des associations.

Il n'est pas admissible qu'une personne obligée de payer sa dette à la société par une peine de prison puisse se voir également assujettie à une limitation de l'accès à la santé, et notamment de l'accès à des actions préventives que justifie une vulnérabilité particulière. La détérioration de la santé d'un détenu est un déni de droit, et se paie par l'alourdissement des obligations pesant le moment venu sur la société. Les conditions à réaliser pour rendre effectif le droit à la santé en prison reposent sur un ensemble de mesures concrètes qui ont été parfaitement recensées. Le problème est de passer à l'acte. La question fait donc l'objet d'un chapitre de l'étude élaborée par la CNCDH sur les prisons, avis

particulier détaillant mieux qu'il n'est possible de le faire ici les conditions d'une meilleure effectivité du droit en prison.

La CNCDH demande donc le maintien de la prise en charge intégrale des frais de santé, au titre de l'aide médicale d'Etat sur la base du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.

3- Certaines failles sont moins visibles, et apparaissent du fait de l'évolution de l'assurance maladie.

Il n'est pas dans les intentions de la CNCDH de soutenir que toute politique de maîtrise des dépenses compromet le principe d'égal accès. Mais l'évolution en cours implique une grande vigilance si elle doit s'accompagner de l'objectif d'égalité.

Les personnes en situation d'exclusion, de même que les personnes en risque de précarisation, n'accèdent pas de plein pied à la prévention, ni à ces premières étapes de protection sanitaire qui peuvent conditionner leur avenir. A titre d'exemple, les personnes sans domicile fixe montrent que la vie dans la rue, la précarité et le retard d'accès aux soins augmentent considérablement le nombre d'infections, de traumatismes, de pathologies dermatologiques et de dépressions, et l'absence de logement entraîne épuisement, mauvaise alimentation, difficultés face à l'hygiène et rend les personnes plus vulnérables d'un point de vue sanitaire. Les personnes en situation d'exclusion peuvent ne jamais s'interroger ou consulter si on ne vient pas les chercher, et devant une restriction de leur pouvoir d'achat, économiseront même sur la plus ordinaire dépense de santé, sauf peut-être en dernier recours quand un problème de santé entrave les comportements de survie. Par conséquent, elles sont les premières destinataires de toutes les interventions à la frange du sanitaire et du social, et notamment de la mission exercée sans le dire par de nombreux hôpitaux publics qui jouent en fait auprès de ces populations un rôle de médiateurs de santé ; de façon générale, l'accès à la santé dans ces situations repose sur des interventions supplémentaires qui tiennent compte de la personne dans toute sa globalité et qui cadrent mal avec la technicisation croissante des soins. Une fois de plus, la situation des plus menacés sert de révélateur de dysfonctionnements qui concernent en fait une population plus large et qui pourraient compromettre certains succès dont la France se prévaut actuellement. Elle révèle que si le droit à la santé n'est pas effectif, les autres droits sont menacés.

L'articulation entre les politiques de santé et les politiques de cohésion sociale relève de lois spécifiques telles que la loi contre les exclusions de 1998, qui affirme la nécessité de mettre en œuvre l'ensemble des droits fondamentaux, dont la santé, au regard de l'universalité et de l'indivisibilité des droits. Dans son avis de suivi de la loi de 98, du 18 décembre 2003, à partir de l'expérience de ses organisations membres ainsi que d'autres témoignages, la CNCDH s'inquiétait du fait que « la gravité du problème de santé publique posé par ces populations était très sérieusement sous estimée ». Elle ne peut là que réitérer son alerte.

Dans la définition de nouveaux modes d'évaluation et de tarification des soins, il y a lieu de veiller à ce que soit préservée la part des tâches qui comportent un fort contenu de prévention et de mise en place d'une relation soignant-soigné permettant la mise en œuvre des soins, soit que le service rendu à la frontière du sanitaire et du social soit difficile à définir en termes de rentabilité immédiate, soit en termes de responsabilité (du médecin traitant et de l'hôpital) soit enfin que le public ou certains publics aient pris l'habitude d'accéder de cette manière à la prévention. La manière dont les activités sont définies et l'instabilité de la réglementation peuvent affecter profondément l'entrée de toute une catégorie de la population dans la protection et entraîner à terme, si l'évolution n'est pas pensée en fonction des moins favorisés, une aggravation des inégalités. En particulier, toute complexité administrative est dissuasive pour les plus faibles et génératrice d'inégalité d'accès.

Il ne faut pas s'illusionner ; l'objectif d'égalité pèse sur la répartition des dépenses et, dans la compétition qui s'inscrit dans l'évolution, **il faudra susciter des porte-parole de l'égalité et les écouter.**

La CNCDH s'interroge sur la manière dont le paramètre égalité est pris en charge dans les réformes de l'assurance maladie en cours. Si le recours au médecin traitant est dissuasif et, débouche trop souvent sur deux consultations ou plus, un groupe vulnérable n'ira pas consulter et ne bénéficiera pas de ce plus de prévention lié à la proximité d'un conseil médical. Dix huit euros par acte lourd, surtout s'il s'agit d'actes diagnostiques nécessairement fréquents en cas de maladie sérieuse, c'est un effort lourd pour beaucoup, et notamment pour une population âgée qui ne se range plus parmi les exclus, mais dont les revenus de retraite n'ont pas été programmés pour voir augmenter à ce point les dépenses liées à un affaiblissement inévitable.

Les premières constatations sur l'application de la loi du 13 août 2004 ne rassurent pas, et la convention médicale signée en janvier 2005 semble à cet égard peu efficiente. Pour que le parcours de soins soit efficace, le fait de passer par le médecin traitant aurait dû être l'occasion d'une amélioration du taux de couverture et d'une extension du secteur 1. Or la convention, non seulement réduit le taux de couverture, mais étend la possibilité de dépassements d'honoraires ; même les médecins du secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements en cas de consultation directe et les médecins du secteur 2 ne sont pas tenus de respecter le tarif conventionnel lorsqu'ils reçoivent un patient hors du cadre du parcours de soins. Rien ne garantit que les spécialistes ne privilégieront pas les usagers venant directement, dès lors qu'ils pourront pratiquer des honoraires plus élevés. Il n'y a pas là véritable responsabilisation des médecins et encore moins d'invitation à participer à l'objectif d'égalité. Le risque de sélection de la clientèle et de dissuasion des moins fortunés existe, et des associations signalent l'allongement de listes d'attente chez les spécialistes et le renoncement aux soins par des personnes fragilisées et dans l'incapacité de comprendre la réforme. Ce risque de sélection apparaîtrait aussi à l'hôpital, s'il était conduit à se concentrer sur les activités et donc les patients les plus rentables. Ces inquiétudes trouvent un écho chez le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, suivi par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

La CNCDH rejoint donc ceux qui souhaitent un débat national sur l'orientation de ces réformes, et estime qu'il y a lieu, sur le fond d'y inclure l'objectif d'égalité, et en ce qui concerne les participants d'y représenter ceux qui échappent ou risquent d'échapper au système de protection de la santé.

4- Il n'est possible de réduire l'inégalité devant la santé qu'en donnant aux principes contenus dans la loi de santé publique du 9 août 2004 la signification d'une priorité pour la société française, et a fortiori pour le monde politique.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, offre un cadre d'analyse pour toute politique de santé, qu'elle soit conduite par le gouvernement, les collectivités territoriales ou les organismes d'assurance maladie dont les rôles sont redéfinis et sur la façon de travailler ensemble, de mieux contrôler l'usage de l'argent public, d'associer les habitants et les professionnels à l'élaboration de projets de santé de territoires. Dans la continuité des politiques de santé en France, elle a pour objectif l'amélioration de la santé de tous en changeant les pratiques dans de multiples secteurs, selon des principes directeurs louables tels que parité, intersectorialité, concertation. Son impact sera d'autant plus grand que les acteurs de santé s'approprient ces valeurs.

Ceci signifie une prise en charge de l'objectif concomitamment par les pouvoirs publics et par les citoyens.

Du côté de l'État, il a beaucoup à faire, d'abord pour rendre l'objectif visible par l'annonce d'un engagement global chiffré et par la mise en place de dispositifs convaincants d'évaluation, évitant le clivage soins- prévention. Il est impératif de décloisonner et de coordonner actions médicales, éducatives, culturelles ; de promouvoir le pluralisme, la multidisciplinarité et l'interaction des acteurs concernés, de renforcer le mandat de prévention de tous ces acteurs dans l'allocation de leurs moyens. Il existe un vivier d'emplois à créer dans les métiers de la prévention, dans les domaines traditionnels des différents secteurs comme pour traiter du suivi de personnes en situation d'exclusion ou de grande précarité. Cette conception d'ensemble d'une politique ne doit pas se substituer aux fonctions d'une protection maternelle et infantile, d'une médecine scolaire, d'une médecine du travail, d'une action de secteur mais œuvrer pour l'augmentation de leurs moyens d'action dans une dynamique qui soit un objectif politique.

Il importe donc que les responsables soient eux aussi visibles, ce qui milite sans doute pour choisir la région comme territoire pertinent.

Car simultanément il s'agit de mobiliser individuellement chacun dans la conviction que le droit à la santé ne se réalise pas seul. A certains égards, les craintes suscitées par les risques actuels, qu'il s'agisse de la pollution, de l'amiante ou de la grippe aviaire préparent les esprits à une solidarité et à l'acceptation des obligations qui en résultent, qu'il s'agisse des consignes de l'éducation sanitaire ou de l'acceptation des prélèvements indispensables au financement. Cette politique en direction d'une population dans son ensemble ne s'oppose pas, mais se complète de la prise en charge d'actions allant à la rencontre des personnes démunies. En leur permettant de s'exprimer en confiance, de devenir eux-mêmes acteurs de leur santé, ayant une contribution utile à apporter sur les questions de santé, dans l'esprit d'une démocratie participative, il est possible de préconiser une approche globale des problèmes telle qu'envisagée par les programmes régionaux d'accès la prévention et aux soins. Faire connaître cette nouvelle approche est un des moyens pour que l'ensemble de la société adhère à un projet visant l'accès de tous aux droits de tous.

La CNCDH demande que le développement des programmes régionaux d'accès la prévention et aux soins (PRAPS) soit encouragé : ces programmes suscitent le croisement des savoirs entre les personnes en situation de précarité et de grande pauvreté, les praticiens, les enseignants, les universitaires et les politiques.

5- Il a été maintes fois souligné dans les auditions devant la CNCDH que l'accent à mettre sur la prévention ne doit pas masquer la part dans les inégalités devant la santé des autres déterminants de l'inégalité des droits, de la précarisation et de la pauvreté.

Celui qui est privé d'un droit est menacé dans l'exercice de tous les autres. Ce message que la CNCDH a tenté d'exprimer dans son récent avis sur « l'indivisibilité des droits face aux situations de précarisation et d'exclusion »¹⁰ à propos du droit à l'éducation, au logement, à un revenu, à un travail décent, à la protection de l'enfance et à une vie de famille normale, à la participation aux décisions, doit être constamment présent à l'esprit. Il va bien au-delà du sort des populations visées dans cet avis qui, une fois de plus, sert de révélateur de problèmes touchant la société dans son ensemble. Simplement, le droit d'avoir les quelque quatre vingt ans d'espérance de vie que permet le progrès technique devrait être atteignable pour tous, ce qui implique une meilleure qualité de vie à tous les âges de la vie.

¹⁰ Avis de la CNCDH du 23 juin 2005

Ainsi que l'a souligné le Comité des droits économiques, sociaux et culturels en 2000¹¹ « le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation : il s'agit des droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé. » **La CNCDH recommande que l'on se donne les moyens d'évaluer l'impact que ces risques de modification de l'assurance maladie entraînent et les correctifs nécessaires afin de les éviter.**

6- L'universalité des droits implique la population française dans ses relations avec d'autres populations.

Non seulement son intérêt bien compris est de soutenir sur le plan mondial la prévention des épidémies et la lutte contre les graves affections qui pourraient être limitées ou contenues si l'action internationale était suffisante. Mais l'enjeu de santé est fondamental dans les questions de développement. Les positions officielles françaises sur le plan diplomatique le reconnaissent et doivent être soutenues avec leurs implications en ce qui concerne la participation financière de la population française.

¹¹ Observation générale n°14, citée plus haut.