

Rapport

Mission Internationale d'Enquête

Serbie : discrimination et corruption, les failles du système de santé

Rapport alternatif
Au rapport présenté par le gouvernement de Serbie-Monténégro

Pour le Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels
En application du Pacte international relatif aux droits
économiques, sociaux et culturels (Mai 2005)

I. INTRODUCTION	4
II. INDICATEURS DE SANTE ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : DES INDICATEURS FIABLES ?	10
III. LES PATIENTS : DES DISCRIMINATIONS QU'ON NE VEUT PAS VOIR ?	16
IV. LE SYSTEME DE SANTE : DES INSTITUTIONS INADAPTEES ET CORROMPUES ?	24
V. LES REFORMES : DES LOIS INAPPLIQUEES ?	27
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	29

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	4
1) Présentation de la mission et de ses partenaires	4
2) Le système de santé en Serbie: contexte historique	6
3) Les obligations de la Serbie au regard du droit à la santé	7
II. INDICATEURS DE SANTE ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : DES INDICATEURS FIABLES ?	10
1) Evolution des données	10
2) Des indicateurs fiables ?	15
III. LES PATIENTS : DES DISCRIMINATIONS QU'ON NE VEUT PAS VOIR ?	16
1) Les occultations et les lacunes de la politique gouvernementale	16
2) Des catégories vulnérables.....	16
3) Les mécanismes de la discrimination.....	20
4) les insuffisances de la couverture sociale.....	21
IV. LE SYSTEME DE SANTE : DES INSTITUTIONS INADAPTEES ET CORROMPUES ?.....	24
1) L'amélioration des prestations	24
2) L'inadaptation persistante du système	24
3) Situation de rentes et corruption	25
V. LES REFORMES : DES LOIS INAPPLIQUEES ?.....	27
1) Des efforts et des acquis.....	27
2) Enlisement et inapplication des réformes.....	27
3) Politique de santé ou santé politique ?	28
4) L'aide internationale	28
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	29

I. INTRODUCTION

1) Présentation de la mission et de ses partenaires

La Serbie-Monténégro a ratifié le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels le 12 mars 2001 (déclaration de succession). Le 10 octobre 2003, un rapport initial sur l'application de ce Pacte a été présenté devant le Conseil économique et social des Nations unies (E/1990/5/Add.61¹). Divisé en deux parties, l'une consacrée à la République fédérative de Yougoslavie et à la République de Serbie et l'autre à la République du Monténégro, le rapport couvre les années 1990 à 2002, c'est à dire la période du régime de Milosevic et les premières années qui ont suivi sa chute en octobre 2000, avec l'arrivée au pouvoir d'une coalition de partis d'opposition réunis sous l'étiquette du DOS (Opposition démocratique de Serbie). Un nouveau rapport de l'Etat doit être présenté au mois de mai 2005 à Genève à la session du Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies.

Afin de présenter une évaluation alternative et indépendante des actions entreprises par la République de Serbie² pour assurer l'application de ces droits, la FIDH a mandaté une mission pour évaluer l'exercice du droit à la santé³.

La FIDH a mandaté une mission d'enquête composée de :

- Joël Hubrecht, juriste, chercheur spécialisé sur la région des Balkans, chargé de mission de la FIDH,
- Boris Najman, économiste spécialisé dans les pays en transition, chargé de mission de la FIDH, pour se rendre en Serbie entre le 16 et le 27 décembre 2004 afin d'enquêter sur l'état du système de santé et des droits à la santé et plus particulièrement d'apprécier :
- la situation sanitaire des groupes les plus vulnérables ou marginalisés, et leur accessibilité physique, économique, informative, au système de soins et aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé.
- la situation du système national de santé et l'avancement des réformes entreprises par l'Etat pour répondre à ses obligations de respect, de protection et de mise en œuvre du droit à la santé tel que définit dans le Pacte international sur les droits économiques et sociaux. Pour ce faire, la mission s'est intéressée notamment aux allocations budgétaires dans le domaine de la santé.

Afin d'avoir une vision la plus complète possible, la mission a choisi de se rendre dans trois localités différentes, comportant chacune des spécificités significatives en terme de population et de contexte socio-économique : la capitale, Belgrade, au nord ; la ville de taille moyenne de Kraljevo, au centre, où vit un grand nombre de réfugiés ; et Bujanovac, une petite ville au sud du pays, la zone la plus pauvre, où la population albanaise est majoritaire.

La mission a bénéficié du soutien du *Center for Antiwar Action*, membre affilié de la FIDH, et de son président Aleksander Resanovic, qui s'est chargé de l'organisation du programme et des rencontres. La mission a également pu profiter de l'aide apportée par l'équipe du *Lingva Center* de Kraljevo et par M. Lazar Nisavic et Mme Jelena Perovic, ainsi que de l'association *Susedi za mir (Neighbors for Peace)* de Bujanovac, notamment de Mme Violeta, Mme Haliti et M. Trajkovic, et enfin de Mlle Frankovic, interprète de la mission. Les chargés de mission tiennent à exprimer leurs très sincères remerciements à toutes ces personnes, sans oublier le docteur François Crémieux, directeur adjoint à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, pour ses précieux conseils et observations. Enfin, nous remercions Stéphanie Mahieu pour ses remarques et son aide.

¹ Le rapport initial est consultable sur le site : <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/454/65/PDF/G0345465.pdf?openElement>

² La FIDH a choisi de s'intéresser uniquement à la situation en Serbie et non dans la République du Monténégro pour les raisons suivantes : la séparation effective des responsabilités dans ce domaine entre les deux républiques, le caractère largement représentatif de la situation en Serbie pour l'ensemble du territoire (Monténégro inclus) et enfin les contacts privilégiés de la FIDH en Serbie.

³ Dans ce rapport nous avons essentiellement insisté sur l'accessibilité et la disponibilité du système de santé.

La mission se réjouit d'avoir pu rencontrer et entamer une collaboration suivie avec un groupe d'associations locales préparant un rapport collectif sur l'ensemble des droits économiques, sociaux et culturels :

- M. Vidan Hadzi – Vidanovic, représentant du *Belgrade Center for Human Rights*
- Le *Child Rights Center*, M. Nevena Vuckovic, son président ; M. Ljubomir Pejakovic, son directeur ; Mme. Vesna Dejanovic, directrice de programme
- Le *Group 484*, Mme Vesna Golic, directrice.
- Le *Center for Advanced Legal Studies*, M. Sasa Gajin
- L'association Rom *Demokratsko udruzenje*, Mme Danijela Antonic
- L'association *ASTRA (antisex trafficking action)*, Neda Ilic

Les chargés de mission remercient également leurs interlocuteurs, qui ont bien voulu les recevoir :

- Ministère des Finances, M. Radisa Djordjevic, Conseiller du Ministre
- Ministère de la Santé, Dr. Snezana Simic, Assistant du Ministre
- Ministère de la Santé, Dr. Olivera Jovanovic, Conseiller du Ministre
- Dr. Tomasic Liljana (KBC, Centre Hospitalier de Zemun), spécialiste en Oncologie.
- Institut pour la protection de la Santé "Dr Milan Jovanovic Batut", Dr Milena Vasic, Directeur adjoint
- Institut de la protection de la santé de Kraljevo, Alexander Macan
- Mme. Dragana Negojevic, Centre municipal de santé de Kraljevo (dispensaire)
- Center for Liberal - Democratic Studies, Dr Gordana Matkovic, expert, ancienne Ministre des affaires sociales du gouvernement de Z. Djindjic
- Directeur adjoint de l'hôpital "Studenica" de Kraljevo
- Centre des travailleurs sociaux de Kraljevo : Svetlana Stanic, directrice
- Centre municipal de santé de Bujanovac
- Dr Zoran Ivankovic, KBC Zvezdara (Hopital de la ville), Directeur et ancien président du « Serbian Medicine Society »
- Dr Slavica Krunic – Kuculovic, Centre municipal de santé de "Stari Grad" (Belgrade), Directrice
- Mme. Slobodanka Radulovic, Ombudsman du centre municipal de santé de "Stari Grad"
- Dr. Vladimir Beara, Centre « Rational Emotive Behavior Therapy » (TRAUMA Center)
- Mme. Rada Maruska Lukovac, Directrice adjointe du fond d'assurance maladie (Zavod za zdravstveno osiguranje)
- UNHCR, Mr. Davor Roka, coordinateur
- Banque mondiale, Tanja Boskovic, Marina Patrovic, Miodrag Stefanovic
- 3 centres de réfugiés à Kraljevo. : réfugiés de Croatie, Déplacés du Kosovo et un camp de Roms.
- Groupe Les Femmes en noir ("Zene u crnom"), Mme. Slavica Stojanovic and Mme. Ljiljana Radovanovic
- Handicap International, Mme. Dominique Weiss,
- Association des étudiants handicapés de Serbie, Mr. Ivan Balsic
- ONG locale "Forum NVO-Kraljevo"
- Groupe « du cercle » ("Iz kruga"), représentant des personnes handicapées, Mme. Lepojka Mitanski
- Mme Natasa Kandic, « Humanitarian Law Center », Directrice

2) Le système de santé en Serbie: contexte historique

Sous le régime communiste, le système de santé yougoslave n'était pas financé, comme dans le reste de l'Europe de l'Est, à partir du budget du ministère de la santé, mais à partir d'un fond d'assurance sociale sur le modèle du système bismarckien. Dans ce système, du nom du célèbre chancelier allemand qui le mit en place à la fin du XIX^{ème} siècle, la cotisation est obligatoire pour tous les salariés qui bénéficient avec leur famille des prestations du Fond d'assurance maladie alors que les exclus du travail sont tributaires d'un système distinct d'assistance (financé par le budget de l'Etat). On l'oppose en général à une seconde forme d'Etat providence dit de « Beveridge » du nom d'un Lord anglais auteur dans les années 1940 d'un rapport sur le « welfare state » prônant un système redistributif universel et uniforme. Il y a encore à peine deux décennies, le système de santé yougoslave pouvait apparaître comme relativement performant, à la fois développé et organisé de manière à assurer la gratuité des soins (traitements, médicaments, prothèses -y compris dentaires-, etc.). L'éclatement de la RSFY (République Socialiste Fédérative de Yougoslavie) puis les années de guerre et leurs conséquences tragiques – l'embargo, l'arrivée d'un grand nombre de réfugiés, l'effondrement du PIB et la destruction de la classe moyenne - ont profondément modifié le paysage dans lequel s'inscrivait ce système de santé. Des fleurons de réputation internationale comme l'institut d'immunologie et de virologie « Torlak », grand producteur de vaccins, ont perdu leur marché extérieur. Le président de l'époque, Slobodan Milosevic, ayant re-centralisé le système sans pour autant le redimensionner et le réformer, le gouffre entre l'énorme structure héritée de l'ère communiste et les possibilités de le financer n'a fait que s'élargir de plus en plus, amorçant une spirale négative. Alors que l'état de santé de la population tendait à s'aggraver, la qualité des soins se détériorait sensiblement. Les patients ont commencé à devoir financer certains médicaments et examens théoriquement couverts par la sécurité sociale. Discriminations et pratiques de corruption se sont développées.

C'est de ce système sinistré qu'a hérité la coalition de « l'Opposition démocratique de Serbie » (DOS) en octobre 2000 après la chute de Milosevic. La réforme dans le domaine de la santé a été proclamée priorité nationale du nouveau gouvernement. Une commission pour la réforme du système de santé, mise en place en juillet 2001, a établi un document sur la politique de santé publique qui fut adopté en février 2002 par le gouvernement. En vue de l'élaboration et de l'adoption de nouveaux règlements et de nouvelles lois, de nombreux chantiers ont été ouverts. Des équipes nationales d'experts ont été formées dans les domaines de la santé publique, de la santé mentale, de la dentisterie, de la tuberculose etc... Grâce à l'arrivée au pouvoir de la coalition démocratique, la coopération internationale, qui avait été suspendue avec le régime Milosevic, a repris. Le ministre de la santé nommé en 2001 est Tomica Milosavljevic, ancien directeur de la clinique de gastro-entérologie de Belgrade. C'est un membre du G17-plus, qui s'est présenté comme un groupe d'experts avec pour slogan « breaking with the past » (qui est également le titre du rapport de la Banque mondiale et de l'Union européenne sur la RFY en 2001). Une certaine continuité a été assurée puisqu'il a été reconduit à son poste après les élections législatives de décembre 2003. Celles-ci ont débouché sur la formation d'une nouvelle coalition gouvernementale dont le G17-plus est toujours partie prenante.

Cette stabilité ministérielle dans le domaine de la santé est d'autant plus remarquable qu'elle s'inscrit dans un contexte politique qui est, quant à lui, particulièrement instable et tendu, bouleversé en particulier par l'assassinat, en mars 2003, du premier ministre Zoran Djindjic, leader du Parti Démocratique (DS), et marqué par la remontée des courants politiques nationalistes et extrémistes, avec notamment la percée électorale du Parti Radical Serbe de Vojislav Seselj poursuivie par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie à La Haye). La nouvelle coalition gouvernementale ne comprend plus de représentants du DS. Elle est désormais conduite par Vojislav Kostunica, président du Parti démocratique de Serbie (DSS), dont l'élection comme président de la RFY en octobre 2000 avait permis l'éviction de Milosevic, mais qui resta au sein de la coalition du DOS un adversaire politique acharné de Zoran Djindjic, et une figure incarnant un nationalisme « modéré » favorable à une certaine continuité avec l'ancien régime et très hostile au transfert des criminels de guerre devant la justice internationale. Ses divergences sur la manière dont les réformes étaient menées lui ont fait dire lors de la campagne électorale de 2003 qu'il serait celui qui mènerait « la réforme de la réforme ». Le parti de Milosevic, le SPS, n'est pas resté insensible aux discours du

nouveau Premier ministre. Il soutient au Parlement la nouvelle coalition. Il n'aura cependant fallu que quelques mois pour que le DS obtienne sa revanche. Lors des élections présidentielles de 2004, il voit en effet la victoire de son candidat, Boris Tadic. Ainsi le pays n'arrive pas à donner une direction claire à son processus de transition, peut être, comme l'écrit Jacques Rupnik, chercheur au Centre d'études et de recherches internationales, parce que « l'un des principaux enseignements des quinze dernières années en Europe ex-communiste est qu'une transition à la démocratie a fort peu de chances de réussir s'il n'y a pas consensus sur les contours de l'Etat, c'est à dire sur le cadre territorial dans lequel s'inscrit le processus démocratique »⁴. Or le statut politique du pays n'est pas encore fixé et les contentieux persistent sur l'avenir de l'Union Serbie-Monténégro et du Kosovo. En dépit de ce contexte politique défavorable, le ministère de la santé de la République de Serbie a entrepris, surtout entre 2001 et 2003, plusieurs réformes pour sortir le système de sa sclérose et mettre en conformité le pays avec ses obligations internationales. Des changements positifs sont visibles. Pourtant les réformes engagées, qui depuis 2003 ont connu un ralentissement, n'ont pas encore mis fin aux dysfonctionnements du système et à deux réalités refoulées dans les discours officiels : la discrimination et la corruption.

3) Les obligations de la Serbie au regard du droit à la santé

– Le cadre international

Le droit à la santé est garanti par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme: *“Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires (...)”*.

Le droit à la santé est également garanti par d'autres instruments internationaux ratifiés par la Serbie-Monténégro, tels que : la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, article 5 (e), ratifiée en 2001; la Convention internationale sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes articles 11 et 12, ratifiée par la Serbie en 2001, la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, article 24, ratifiée en 2001.

Le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels est l'instrument le plus complet concernant le droit au meilleur état de santé possible. Son article 2.1 explique les obligations générales de la Serbie Monténégro au regard du Pacte.

« Chacun des Etats parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives ».

L'article 12 précise les obligations de la Serbie-Monténégro en matière de droit à la santé au regard du Pacte. Il s'énonce comme suit :

Article 12

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;

b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;

c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;

d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

⁴ Jacques Rupnik, « Risques et limites d'un retour des nationalismes en Serbie ? », Critique internationale, octobre 2004.

Le droit à la santé, à l'instar de tous les droits de l'Homme, impose trois catégories ou niveaux d'obligations à la Serbie-Monténégro : les obligations de le *respecter*, de le *protéger* et de le *mettre en oeuvre*. Cette dernière obligation englobe du même coup les obligations d'en faciliter l'exercice, de l'assurer et de le promouvoir.

L'obligation de *respecter* le droit à la santé exige que la Serbie-Monténégro s'abstienne d'en entraver directement ou indirectement l'exercice alors que l'obligation de le *protéger* requiert de la Serbie-Monténégro qu'elle prenne des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12. Enfin, l'obligation de *mettre en oeuvre* le droit à la santé suppose que la Serbie-Monténégro adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour en assurer la pleine réalisation.

Bien qu'il fasse l'objet d'une réalisation progressive, et qu'il soit soumis aux contraintes de ressources, le droit à la santé impose diverses obligations avec effet immédiat.

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, il s'agit au minimum⁵ :

- a) De garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés;

- b) D'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim;

- c) D'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable;

- d) De fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les médicaments essentiels;

- e) De veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires;

- f) D'adopter et de mettre en oeuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé ; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis; la mise au point de la stratégie et du plan d'action, de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés.

En vertu de l'article 2.2 et 3 du Pacte, le Comité considère que "le Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer (...) dans l'intention ou ayant pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé"⁶.

La Serbie-Monténégro a signé la Charte sociale européenne révisée le 22 mars 2005, mais ne l'a pas encore ratifiée. L'article 11 de la Charte sociale européenne garantit le droit à la protection de la santé. En outre, l'article V.E. proscrit toute discrimination dans l'exercice des droits reconnus par la Charte.

⁵Observation générale N° 14, para. 43.

⁶Observation générale, para. 18.

La Serbie-Monténégro est également partie à deux autres conventions internationales qui portent sur la discrimination des personnes. Il s'agit de la Convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale et du Pacte international sur les droits civils et politiques.

- Le cadre national

En février 2003, la Serbie-Monténégro, Etat successeur de la République Fédérative de Yougoslavie, a adopté la Charte des droits de l'Homme, des minorités et des libertés civiles et l'a intégrée dans sa Charte constitutionnelle. L'article 3 de la Charte des droits de l'Homme des minorités et des libertés civiles interdit toute discrimination en général.

L'interdiction de la discrimination raciale et autre est expressément prévue dans le Code pénal de la République de Serbie. La Serbie-Monténégro dispose aussi d'une loi sur la protection des minorités qui interdit toute forme de discrimination.

Le système de santé et le système d'assurance maladie sont régulés par la loi sur le système de santé et la loi sur l'assurance maladie (Journal officiel de la république de Serbie, numéro 17/92).

II. INDICATEURS DE SANTE ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : DES INDICATEURS FIABLES ?

1) Evolution des données :

Données de base de l'économie de Serbie-Monténégro

Depuis 2000, la Serbie a connu une croissance élevée (en moyenne +4,5 sur la période 2000 à 2004) et a retrouvé, en 2004, son niveau de PIB en termes réels de 1998 (avant l'intervention de l'OTAN). Cependant, la baisse la plus significative du PIB a eu lieu entre 1990 et 1994 où son niveau a baissé de plus de 60 %. Cette période a été marquée par une hyper-inflation très largement dûe au financement de la guerre en Croatie et en Bosnie-Herzégovine. L'effondrement de la qualité du système de santé s'est essentiellement produit dans cette période.

Données de base sur l'économie de Serbie - Monténégro

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Croissance du PIB (en %)	1,9	-18,0	5,0	5,5	4,0	3,0	3,0
PIB par habitant (US\$)	1475	2071	834	1386	1884	2492	n.d.
Inflation (en variation, %)	29,5	37,1	60,4	91,3	21,4	11,3	8,5
Variation de l'emploi (en %)	-1,8	-6,0	-2,6	0,2	-11,9	-4,4	
Croissance du salaire net (en %)		18,2	83,3	129,6	51,7	25,5	n.d.

Sources : BERD, transition report 2004. / n.d. = non disponible. * estimation

Le niveau de PIB atteint en 2004 reste à 50 % de son niveau de 1989, alors que les pays en transition (CEI comprise) sont en moyenne à 90% de leur niveau de 1989. L'économie de la Serbie-Monténégro connaît un rattrapage rapide mais avec un taux de chômage officiel de près de 30⁷ % et un niveau de vie encore largement inférieur à ses voisins (8281 US\$ par habitant en Hongrie, ou en Croatie avec près de 5000 US\$). Cependant, une grande partie de l'économie serbe se développe dans le secteur informel et non déclaré. De plus, la croissance est plus faible depuis 2003. Cette situation ne permet pas une augmentation des cotisations sociales d'autant plus que l'emploi officiel a reculé de près de 25 % entre 1998 et 2003.

Le système de santé en Serbie

Le système de santé publique en Serbie est financé essentiellement par un mécanisme de cotisation salariale. Ces cotisations sont versées à une caisse (appelée fond, FAM) d'assurance maladie qui assure la grande majorité des dépenses (plus de 80 % du total des dépenses publiques, cf. tableau sur la structure des dépenses publiques de santé). Le FAM doit assurer, sur papier, une couverture universelle à tous les citoyens. La baisse de la qualité des services de santé, le développement de l'économie informelle et de la corruption dans le système de santé réduisent les incitations à payer ses cotisations sociales. La diminution du nombre des cotisants a été très rapide dans les années 90. Les remboursements se font sur une base « conventionnée », mais le coût réel des actes médicaux excède largement ce niveau. 60 à 80 % des dépenses du FAM vont aux salaires des personnels de santé⁸. Le secteur privé s'est développé sur les défaillances du secteur public, mais en utilisant les infrastructures de ce dernier. Les médecins qui ont un cabinet privé sont tous également médecins du secteur public. La quasi-totalité des actes, interventions, examens effectués dans le système privé ne sont pas remboursés.

Evolutions des budgets de la santé

Le système de santé est organisé en trois niveaux. Le secteur primaire qui comprend 161 centres de santé de différentes tailles (83 sont autonomes, et 78 sont liés à des institutions du niveau secondaire).

⁷ Selon les enquêtes emploi le niveau de chômage est de 11-12 %, une partie importante des chômeurs inscrits dans les centres pour l'emploi en Serbie ayant en réalité une activité informelle.

⁸ « State of Health and Health Care of the Population of Serbia », Survey (Pregled) Serbia and Montenegro, N° 2, Vol. XLIV, 2003.

Le secteur hospitalier –le second niveau- qui comprend 102 institutions. Le secteur tertiaire concerne les institutions spécialisées. Au total, les secteurs secondaire et tertiaire rassemblent 147 structures (42 hôpitaux généralistes, 15 hôpitaux spécialisés, 23 instituts et cliniques autonomes, 5 centres hospitaliers et cliniques, et 3 centres cliniques, ainsi que 59 institutions).

L'évolution du nombre de cotisants au système d'assurance maladie est très inquiétante : entre 1989 et 2003 il s'est réduit de près de 30%. Cette situation traduit un contournement généralisé du financement public du système de santé en Serbie. Il nous apparaît que la question n'est pas tant celle du niveau des dépenses de santé que de son affectation. Ces dépenses sont principalement orientées vers les niveaux secondaire et tertiaire de la santé alors que les besoins sont principalement au niveau primaire, c'est-à-dire dans les centres de santé (dispensaires) locaux. Il y a un manque de généralistes et un excès de spécialistes (83 % des médecins sont des spécialistes). La quasi-totalité de ces spécialistes n'ont pas suivi de formation depuis 15 ans, et donc leurs connaissances et leurs pratiques sont, en partie ou largement, obsolètes.

Les dépenses de santé publiques et privées dans la région

	Dépenses de santé non consolidées			
	Publiques (en % du PIB)	Privées (en % du PIB)	Dépenses totales (en % du PIB)	Par habitant (PPA en US\$)
	2001	2001	2001	2001
Croatie	7,3	1,6	8,9	726
Bulgarie	3,9	0,9	4,8	303
Bosnie-Herzégovine	2,8	4,8	7,6	268
Grèce	5,2	4,1	9,3	1522
Hongrie	5,1	1,7	6,8	914
Roumanie	5,2	1,4	6,6	460
Serbie et Monténégro	6,5	1,7	8,2	616

Sources : Colonnes 1, 2, 3 : OMS (Organisation mondiale de la santé). 2004. Correspondance relative aux dépenses de santé. Mars, Genève, tirées du PNUD.

Si l'on étudie les dépenses de santé dans la région on peut remarquer que la Serbie se trouve dans une situation intermédiaire avec des dépenses totales de santé relativement élevées en pourcentage du PIB (8,2 %). Les dépenses privées sont probablement sous-évaluées et voisines du niveau de la Bosnie-Herzégovine, ce qui laisse penser que le système de santé est parmi les plus coûteux de la région. En Dollars (PPA) les dépenses totales de santé sont de 616 Dollars par habitant, ce qui est relativement élevé étant donné le niveau de vie en Serbie.

A titre de comparaison, les dépenses militaires représentent en 2002 4,5 % du PIB en Serbie-Monténégro alors qu'elles étaient partout dans la région inférieures à 3% du PIB (Roumanie 2,3 % ; Bulgarie 2,7 %; Albanie 1,2%, Croatie 2,5 % du PIB). Le niveau total des dépenses en Serbie-Monténégro est relativement élevé : il atteint 47 % du PIB en 2003 (BERD).

L'évolution des données de dépenses publiques consolidées de santé traduit une assez grande stabilité des dépenses publiques dans ce domaine

	2001	2002	2003	2004
Budget du Ministère de la santé (en % du PIB)	4,6	5,2	5,3	n.d.

Sources : PRSP, FMI, 2004

Cependant les dépenses des patients incluent aussi les paiements directs aux médecins qui se font souvent de la main à la main et qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie. Comme nous

l'avons indiqué, le PNUD évalue ces dépenses à 1,7 % du PIB en 2001. Elles ont probablement doublé depuis.

Structure des dépenses publiques de santé (en millions de Dinars courants)

	1998	1999	2000	2001
Caisse d'assurance maladie	9 727,10	11 757,90	20 473,70	40 968,20
Ministère de la santé serbe	82,10	77,00	60,10	180,20
Direction du patrimoine (infrastructure de santé)	60,60	79,90	148,40	300,00
Dépenses de santé du Ministère de la défense	202,00	266,40	494,50	1 000,00
Dépenses de santé au niveau fédérale				0,10
Recettes publiques des institutions de santé	1 750,90	2 116,40	3 685,30	7 374,30
Dépenses publiques de santé totales	11 822,70	14 297,60	24 862,00	49 822,80
PIB en termes courants (en Milliards de Dinars)	146,30	192,20	358,10	724,10
Dépenses publiques (non consolidées) de santé en % du PIB	8,1%	7,4%	6,9%	6,9%

Source : Banque Mondiale, PEIR

Données de base sur la santé

D'après ce tableau, nous pouvons constater que l'essentiel des dépenses est assuré par le fond d'assurance maladie, il assure plus de 80 % des dépenses. L'augmentation nominale des dépenses est dû principalement à l'inflation qui était de 60 % en 2000 et de 91% en 2001.

	Taux de prévalence du VIH (% des 15-49 ans)	Cas de tuberculose - Pour 100 000	Population ayant accès à tout moment et à un coût abordable aux médicaments essentiels (%)
	2003	2002	1999
Bulgarie	<0.2]	60	80-94
Bosnie-Herzégovine	<0.2]	65	80-94
Croatie	<0.2]	74	95-100
Grèce	0.2 [0.1 - 0.3]	22	95-100
Hongrie	0.1 [0.0 - 0.2]	37	95-100
Roumanie	<0.2]	189	80-94
Serbie et Monténégro	0.2 [0.1 - 0.4]	51	80-94

Sources : données de l'OMS et du PNUD

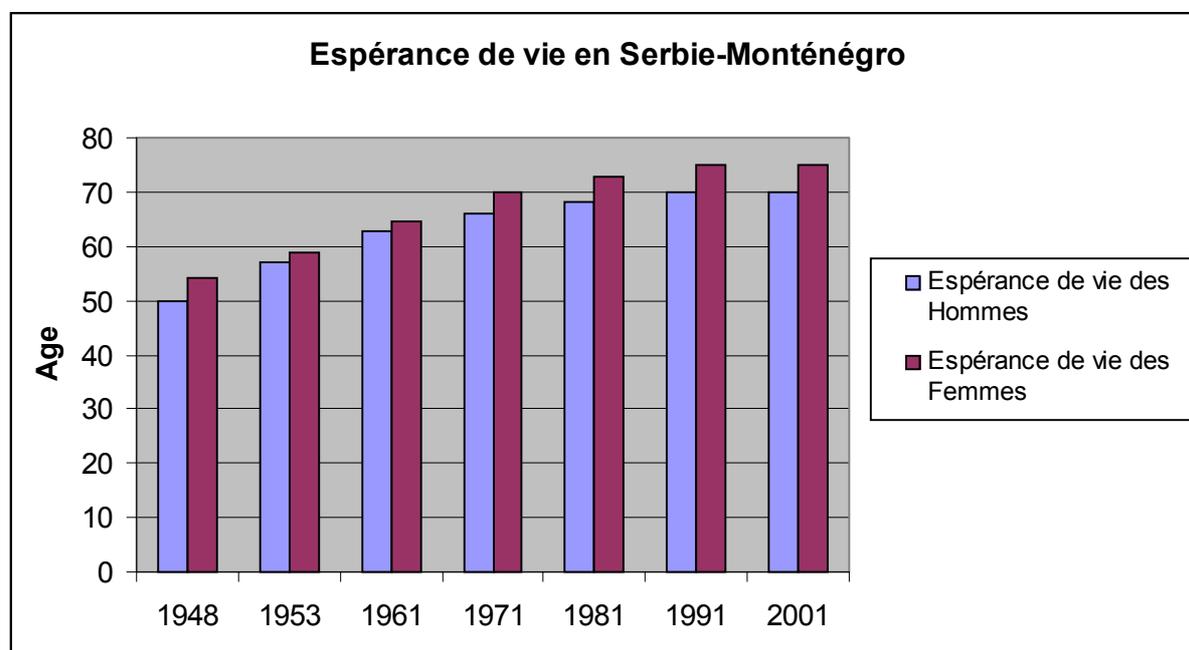
Le taux de prévalence du VIH en Serbie est, semble-t-il, parmi les plus élevés dans la région. Les cas de tuberculose peuvent paraître assez peu nombreux mais ils ont connu, selon le rapport du gouvernement, une augmentation après 2000. La Serbie est beaucoup plus touchée que la Hongrie ou que la Grèce. Elle se retrouve proche des niveaux de la Bulgarie ou de la Bosnie-Herzégovine. Enfin, l'accès aux médicaments est plus difficile en Serbie que pour ses voisins de Hongrie, Croatie ou Grèce. Depuis 1999, cette situation s'est en partie améliorée mais dans de nombreuses zones rurales il est difficile d'obtenir les médicaments nécessaires.

Espérance de vie

	Espérance de vie à la naissance (années)		Probabilité à la naissance d'atteindre 65 ans, population féminine (en % de la cohorte)	Probabilité à la naissance d'atteindre 65 ans, population masculine (en % de la cohorte)
	1970-75	2000-05	2000-05	2000-05
Bulgarie	71	70,9	83,2	64,9
Bosnie-Herzégovine	67,5	74	85,2	74,1
Croatie	69,6	74,2	86,3	71,1
Grèce	72,3	78,3	91,5	82,3
Hongrie	69,3	71,9	82,6	62,7
Roumanie	69,2	70,5	81,5	63,7
Serbie et Monténégro	68,7	73,2	84	72,2

Sources : données de l'OMS et du PNUD

L'espérance de vie est relativement élevée en Serbie-Monténégro, et sa croissance a été très forte dans les années 70 et 80. Elle stagne cependant depuis, comme le montre le graphique suivant



Sources : données « Serbia in Figures 2003 »

Mortalité infantile et maternelle

La mortalité infantile est un bon indicateur de la qualité des soins de santé et des conditions de vie. La mortalité infantile a baissé mais reste plus élevée que dans le reste de la région (PNUD, programme des Nations unies pour le développement). Il apparaît ainsi que la Serbie-Monténégro se retrouve, avec

la Roumanie, parmi les pays de la région ayant les pires résultats. Ceci traduit de graves problèmes de suivi par le système primaire de santé des enfants après la naissance. En revanche la mortalité maternelle semble assez basse comparée aux autres pays.

	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
	2002	2002	2000
Bulgarie	14	16	32
Bosnie-Herzégovine	15	18	31
Croatie	7	8	8
Grèce	5	5	9
Hongrie	8	9	16
Roumanie	19	21	49
Serbie et Monténégro	16	19	11

Sources : données de l'OMS et du PNUD

Phénomènes d'addiction

La consommation de cigarettes est la plus élevée en Serbie-Monténégro et en Roumanie. Cette situation risque d'aggraver la situation sanitaire dans les années à venir. Une campagne de sensibilisation est en cours pour diminuer cette consommation.

Consommation de cigarettes (% des adultes)		
	Femmes	Hommes
	2000	2000
Grèce	29	47
Hongrie	27	44
Croatie	32	34
Bulgarie	24	49
Roumanie	25	62
Serbie et Monténégro	42	52

Sources : données de la Banque mondiale / PNUD

Le nombre de lits et de médecins

En 2001, on comptait 47 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, selon l'office de santé de Serbie (cité par l'office statistique de la République de Serbie). Toujours selon les données de l'annuaire statistique yougoslave de 2000, le taux d'hospitalisation était de 11,5 pour 1000 habitants, avec un taux d'occupation de près de 70 % et une durée moyenne d'hospitalisation de 12 jours. Il y avait 165 401 employés dans le secteur de la santé et 2,1 médecins pour 1000 habitants. L'office statistique de la République de Serbie n'a pas relevé d'évolution sensible entre 1998 et 2001 (*Serbia in figures 2003*).

Le nombre de lits est relativement élevé, même si un groupe d'experts du *Center for policy Studies* en 2001 recommandait d'en augmenter le nombre de 5 pour 1000 habitants.

Le nombre de médecins est inférieur à la moyenne européenne (3,5 pour 1000 habitants dans l'UE). Toutefois, un rapport de la Banque mondiale et de la Commission européenne (« Breaking with the past ») notaient qu'ils étaient sous-employés et que 6000 d'entre eux se trouvaient au chômage, les déséquilibres entre spécialités et régions apparaissant comme la cause principale de cette situation paradoxale.

2) Des indicateurs fiables ?

Les données sont lacunaires. Celles sur l'état de santé des populations « minoritaires », comme les Roms, sont généralement indisponibles. Ainsi que l'a souligné un des membres du Comité des droits de l'Homme de l'ONU lors de la session du 20 juillet 2004 portant sur la Serbie-Monténégro « les États parties hésitent souvent à collecter des statistiques ventilées sur des bases « ethniques » parce que la crainte de la discrimination entraîne une sous-estimation du nombre des personnes appartenant aux minorités, mais les recensements ne sont pas la seule méthode scientifique de collecte de données fiables »⁹.

En mai 2004, le FMI a souligné que le taux de prévalence du VIH en Serbie est probablement beaucoup plus élevé – et pourrait encore croître rapidement – que les statistiques officielles ne l'indiquent¹⁰. Environ 2000 personnes sont officiellement enregistrées comme porteuses du virus. Ce chiffre relativement bas est en fait la traduction du faible nombre de dépistage pratiqué (0,15% seulement de la population) et non de la réalité de l'expansion du VIH dans le pays. Le ministre de la santé, le Dr Tomica Milosavlevic reconnaît qu'«on considère que le nombre de personnes infectées est de 6 à 12 fois supérieur au nombre de cas enregistrés»¹¹, c'est-à-dire que le pays compte en réalité entre 12000 et 24000 personnes infectées par le VIH. UNAIDS et l'UNICEF considèrent que les facteurs favorables à une extension large et rapide de l'épidémie sont présents en Serbie et dans la région¹². Le FMI demande au gouvernement de s'engager à combattre efficacement la pandémie.

Les associations se plaignent du manque de données précises dans les secteurs où elles agissent. Ainsi, selon Handicap International, les statistiques sur les handicapés sont rarement disponibles. Selon le Child Right Centre, les informations sur les enfants de réfugiés sont aussi difficiles à trouver. Selon le « Groupe 484 », association s'occupant des réfugiés et des déplacés, il n'y a pas de données permettant de comparer les phénomènes de pauvreté des réfugiés et déplacés avec ceux du reste de la population, notamment dans le plan de lutte gouvernemental contre la pauvreté, le PRSP (Poverty Reduction Strategy Paper). Il n'y a pas non plus de données précises sur les violences contre les femmes, phénomène qui apparaît en augmentation dans certaines régions. De manière générale, les enquêtes et indicateurs ne prennent pas suffisamment en compte la répartition par sexe.

Le nombre de patients notés dans le registre annuel serait très nettement inférieur à la réalité. Un nombre important de patients sont soignés sans aucun remboursement, par des paiements de la main à la main. Ce phénomène traduit une médecine qui est prodiguée en dehors d'un cadre légal d'assurance maladie.

La faible qualité de la collecte des données sur les causes de décès (comme le reconnaissait le rapport initial du gouvernement) se traduit par une part importante (environ 20 %, troisième cause de décès) de mortalité mal ou pas expliquée. Cette situation, déjà soulignée dans le PRSP, traduit un manque de réforme et de transformation de l'Institut « Batut » qui semble fonctionner encore largement sur une méthodologie datée. Par exemple il n'existe pas de données sur la mortalité de type biographique (individuelle).

En général, ces informations lacunaires traduisent une absence ou une insuffisance à tenir compte de ces problèmes par l'action politique. Une des recommandations du PRSP consiste à demander un renforcement des collectes de données sur une base périodique afin de pallier la qualité faible et irrégulière des données disponibles sur la santé.

⁹ EXAMEN DES RAPPORTS SOUMIS PAR LES ÉTATS PARTIES CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 40 DU PACTE DES DROITS CIVILS ET POLITIQUES / Rapport initial de la Serbie-Monténégro. CCPR/C/SR.2208 / 15 février 2005

¹⁰ Serbia and Montenegro: Joint Staff Assessment of the Poverty Reduction Strategy Paper, April 2004. IMF Country Report No. 04/117

¹¹ Conférence de presse sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH du 25 janvier 2005.

¹² UNAIDS/WHO Epidemiological fact sheet-2004 update.

III. LES PATIENTS : DES DISCRIMINATIONS QU'ON NE VEUT PAS VOIR ?

La non-discrimination dans l'accès aux soins et aux éléments déterminants de la santé est l'un des aspects les plus importants du droit à la santé. D'après l'Observation générale n°14 du Comité des droits économiques et sociaux sur le droit au meilleur état de santé possible, la non-discrimination dans l'accès aux soins est un aspect essentiel de ce droit¹³.

Les établissements, biens et services de santé doivent être accessibles, en fait et en droit, aux secteurs les plus vulnérables et les plus marginaux de la population, sans discrimination d'aucune sorte.

1) Les occultations et les lacunes de la politique gouvernementale

Le gouvernement a adopté en octobre 2003 le programme « Poverty Reduction Strategy Paper » (PRSP). Dans le domaine de la santé, il souligne le lien qui existe entre pauvreté et vulnérabilité des personnes vis-à-vis de leur santé. Cette vulnérabilité se traduit notamment pour les pauvres par une plus grande difficulté à accéder aux services de santé et en particulier à des services de qualité.

L'angle d'analyse (et donc d'action) de l'Etat et de nombreux praticiens est ainsi essentiellement celui de la pauvreté. Les réfugiés ne sont pas catégorisés et les questions ne sont pas posées par le biais des nationalités. Généralement l'existence de discriminations n'est donc pas reconnue en tant que telle. C'est essentiellement *une stratégie de lutte contre la pauvreté qui se veut globale* qui est développée. Le point faible de cette approche est de ne pas développer de stratégies ciblées et adaptées contre les phénomènes de discrimination ou lorsque ces stratégies existent, comme la « Stratégie nationale pour résoudre le problème des réfugiés et déplacés » élaborée en mai 2002, de ne pas dessiner une action cohérente. Cette critique est partagée par un grand nombre d'associations comme le groupe 484 qui s'occupe des réfugiés et déplacés ou par le European Roma Rights Centre qui déplore qu' : « au lieu de se concentrer sur les racines de la pauvreté parmi les groupes vulnérables et marginalisés comme les Roms, le PRSP tend à privilégier une approche néolibérale et macroéconomique de la pauvreté qui se focalise sur les revenus et la consommation plutôt que sur les capacités, la dignité et les droits humains »¹⁴.

Le budget gouvernemental est censé couvrir directement les coûts de santé de certains groupes démunis ou non assurés (les chômeurs, les mères isolées, les réfugiés, les personnes déplacées, les personnes sans domicile, par exemple les Roms, etc.) mais la contribution est en fait très réduite et comme le reconnaissait le rapport initial d'octobre 2003 « les ressources affectées à ce poste n'ont pas été allouées ces dernières années » (par. 280). La caisse d'assurance maladie, en dehors de ses attributions budgétaires, a en partie pallié ces manquements de l'Etat en accordant une aide complémentaire aux non-assurés. Cette aide bienvenue, qui cependant brouille un peu plus la claire répartition des rôles entre assurance et solidarité nationale dans un système déjà relativement opaque, n'est pourtant pas suffisante pour assurer une égalité des droits.

2) Des catégories vulnérables

Plusieurs groupes apparaissent comme particulièrement vulnérables et susceptibles d'être discriminés dans leurs droits en matière de santé.

- les handicapés et malades mentaux : il y a 800 000 (10 % de la population) personnes handicapées dont 200 000 atteints de déficiences mentales. Un rapport du « Centre pour une vie autonome en Serbie » et d'Oxfam montre que le nombre de pauvres est trois fois

¹³Observation générale n°14, para. 12. b.

¹⁴ Memorandum « The protection of Roma rights in Serbia and Montenegro » prepared by the ERRC and UN OHCHR, avril 2003 : « Rather than focusing on the root causes of poverty among vulnerable and marginalised group such as Roma, the PRSP processes have tended towards a neo-liberal and macro-economic approach to poverty that looks at income and consumption rather than broader human capabilities, human dignity and human rights ».

plus élevé parmi les personnes handicapées que dans le reste de la population¹⁵. L'enquête de 2002 sur la pauvreté (PRSP) indique que 61,2 % des ménages avec personnes handicapées vivent en dessous du seuil de pauvreté¹⁶. Sur les 200 000 personnes atteintes de troubles et maladies mentales, 71 000 ont été placées en institution. Les services sont inadéquats. Des villes comme Kraljevo ne comptent pas de clinique psychiatrique ou d'hôpital de jour. Même à Belgrade, au KBC, le département de neurologie et psychiatrie est celui dont la situation est la plus mauvaise. Les traitements médicamenteux pratiqués sont particulièrement forts. De plus le placement en centres psychiatriques n'est pas suffisamment contrôlé par la justice. En effet une personne, selon la loi, peut être internée pendant plus d'un mois sans que l'intervention d'un juge soit obligatoire.

- les personnes âgées : en 2002, les retraités constituaient 25 % du nombre de pauvres. Les institutions de gérontologie ne sont pas assez nombreuses. Des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques sont placées en maisons de retraite (le centre de Beanijska Kosa nous a été cité en exemple) alors que le personnel n'est pas formé pour s'en occuper. L'attention et les soins portés aux malades en phase terminale pour leur éviter des souffrances inutiles et leur permettre de mourir dans la dignité est un élément important du droit à la santé des personnes âgées. Or il n'y avait en 2002 aucun service opérationnel de soins palliatifs. The *International observatory on end of life care*¹⁷ notait qu'en dépit des actions entreprises par l'IORS (Institute for oncology and radiology of Serbia) il n'y avait aucune politique et stratégie nationale dans ce domaine.
- les enfants isolés : 80% des enfants handicapés seraient éloignés de leur famille¹⁸. Le placement en famille d'accueil n'existe pas. Les handicapés, constate Handicap International, sont encore en majorité orientés vers des services spécialisés et rarement intégrés dans les hôpitaux publics. Seuls des cours du niveau du primaire sont organisés pour les enfants handicapés. L'hospitalisation prolongée d'enfants plus âgés les prive d'éducation secondaire (CRC).
- les personnes qui souffrent de pathologies post-conflit : les troubles générés par la guerre ont non seulement frappé les soldats mobilisés et les volontaires des unités paramilitaires mais aussi touché l'ensemble des membres des familles. Les pathologies post-traumatiques, l'alcoolisme et les troubles psychologiques ont augmenté, faisant entrer la violence au sein des familles (de nombreux témoignages ont été collectés par l'association des « femmes en noir » de Belgrade). Il ne semble pas que ces personnes soient suffisamment suivies. Il n'existe pas de centres spécialisés à même de prendre en charge ces pathologies. De plus, peu de médecins sont formés dans ce domaine. Parmi les rares initiatives, une ONG allemande (« Ohne Rüstung leben ») fait un travail de formation en direction des médecins en collaboration avec une ONG de Novi Sad (*Le TRAUMA Center pour les victimes de guerre et les vétérans de la guerre 1991-99*). Le manque d'attention portée aux conséquences de la guerre sur la santé mentale contribue à accroître les violences dans les familles et à l'extérieur.
- les femmes soumises à des violences domestiques : certaines enquêtes estiment que la moitié des femmes en Serbie ont subi des violences physiques ou psychiques¹⁹. Un des éléments inquiétants est que les services publics sont particulièrement déficients dans ce domaine. Ils se contentent souvent de faire appel à la police, comme la mission a pu le constater lors de sa visite au centre de travailleurs sociaux de Kraljevo. Or, nombre de policiers ayant été envoyés eux-mêmes au front (soit sous l'uniforme, soit dans les unités paramilitaires), la question ne peut pas être réglée par leur intervention. Responsables eux-

¹⁵ Centre for independent living Serbia and Oxfam, "report on the specificity of poverty among persons with disabilities" quoted in "Disability Monitor Initiative South East Europe " Beyond De-institutionalisation : the unsteady transition toward an enabling system in South East Europe ", 2004. www.disabilitymonitor-see.org

¹⁶ 2002, "survey on the living standards of the population" Serbia. *Serbia-Montenegro Survey 2003/2*.

¹⁷ www.eolc-observatory.net

¹⁸ Selon le journal Vreme (9.12.04)

¹⁹ US Department of State. Country Reports on Human Rights Practices - 2004 Released by the Bureau of Democracy, Human Rights, and Labour / February 28, 2005

mêmes de cette violence domestique, ils peuvent être enclins à minimiser la gravité des alertes et des plaintes sur ce phénomène. Une enquête menée sur la base des appels à l'association de soutien aux femmes battues (SOS Hotline) montre que 79,3 % des femmes qui se sont adressées à la police se disent insatisfaites de l'aide apportée. Les violences domestiques sont passibles de peine de prison allant de six mois à dix ans. Quant à la réponse médicale l'enquête de SOS-Hotline montre que 84,7 % des femmes ayant demandé le soutien de médecin n'ont pas été suffisamment aidées²⁰. Les ressources affectées à la lutte contre les violences domestiques sont largement insuffisantes.

- les ruraux isolés : dans la région de Bujanovac, au sud du pays, il y a une dizaine de médecins généralistes qui couvrent les villages des environs (37 000 habitants) soit 1 généraliste pour 3 à 4000 personnes (ce qui correspond à environ quatre fois moins que la moyenne nationale, qui est de 213 médecins pour 100000 habitants selon les données de l'OMS). Le Centre pour les droits de l'Homme de Belgrade notait que le « critère de base pour établir des centres médicaux, des cliniques, des pharmacies (etc.) repose sur la démographie du district. La loi ne prévoit pas d'équipe médicale mobile pour rendre les soins plus accessibles aux habitants des villages éloignés et de zones de peuplement disparate ; au contraire, tout le dispositif est centré sur les villes et les besoins des zones de population dense »²¹.
- les réfugiés : l'UNHCR comptait en janvier 2005, 187 200 réfugiés de Croatie, 98 500 de Bosnie-Herzégovine (soit avec les déplacés – voir ci-dessous- environ 6% de la population). L'affiliation à la sécurité sociale fonctionne au premier degré (les centres de santé, *i.e.* les dispensaires), pour les consultations chez des généralistes, mais devient plus problématique au second niveau (les hôpitaux, et centres spécialisés), pour les hospitalisations. Il est très difficile pour les réfugiés d'accéder aux centres hospitaliers, et quand cela est possible ils sont sur une file d'attente séparée et plus longue (lente).
- les déplacés : Il y a 220 000 déplacés du Kosovo selon l'UNHCR. Les Roms représentent environ 26 600 personnes enregistrées. Ce chiffre est probablement sous-estimé, soit parce que les Roms ne se déclarent pas, soit parce qu'ils ne sont pas enregistrés par les autorités²².
- Les rapatriés : des accords bilatéraux récents (depuis 2002) entre certains pays de l'UE et la Serbie-Monténégro donnent lieu à l'arrivée d'un nombre significatif de rapatriés. La Serbie-Monténégro ne semble pas avoir prévu cette arrivée, elle ne dispose pas de capacités d'accueil suffisantes. Pour ce qui est des questions de santé, les personnes rapatriées se retrouvent souvent sans couverture de santé.

Deux groupes particuliers apparaissent comme encore plus marginalisés :

- Les Roms :

Ils endurent des discriminations dans presque tous les domaines de la vie, aussi bien pour le logement, l'éducation, le travail, la justice que pour la santé. Dans le rapport du Département d'Etat des Etats-

²⁰Violence Against Women - An International Interdisciplinary Journal, Vol. 3, No. 2, pp. 101-128. 1997. , <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/sos.htm>

²¹ Human Rights in Serbia and Montenegro 2003, Belgrade 2004, p.249

²² Le président de la séance du 20 juillet 2004 portant sur le rapport de la Serbie –Monténégro conformément à l'article 40 du Pacte des droits civils et politiques espérait que « la future loi de lutte contre la discrimination contribuera à éliminer toutes les formes de discrimination dont sont victimes notamment les Roms et les personnes déplacées ». CCPR/C/SR.2208 / 15 février 2005. *op. cit.*

Unis²³, il est souligné que « les Roms continuent d'être la cible de nombreuses violences policières, de harcèlements verbaux et physiques de la part de citoyens ordinaires, et d'une discrimination sociale. La police souvent n'enquête pas sur ces violences dont les Roms sont victimes. »

Les conduites racistes observables dans les différents secteurs de la société se retrouvent également au sein du corps médical (il ne s'agit évidemment pas de généraliser ce type de comportement à l'ensemble des médecins). Elles constituent cependant pour près d'un quart de Roms interrogés par l'OXFAM²⁴ un problème récurrent lors des visites médicales. Elles se traduisent par l'attitude méprisante ou distante du médecin ou des aides soignants voire dans les cas extrêmes par le refus de prodiguer un diagnostic ou des soins. De plus aucune démarche n'a été entreprise par les responsables politiques pour mettre en place les installations nécessaires pour améliorer les conditions d'hygiène de leurs habitations. Manque d'eau potable et d'installation électrique, humidité et manque d'aération, environnement insalubre voir dangereux, promiscuité, etc. En conséquence, les problèmes d'asthme chronique et de bronchite sont particulièrement développés. Ils touchent, selon l'association Rom « La main tendue » qui a mené une enquête auprès des Roms habitant à Kraljevo, près de 90% de la communauté, et 25% d'entre eux sont affectés par des maladies cardiovasculaires. Du fait de la mauvaise alimentation, il y a aussi de nombreux cas de tuberculose. La situation est donc semblable à celle que dénonçait il y a deux ans un mémorandum du « European Roma Rights Centre » et du Haut Commissariat aux droits de l'Homme des Nations unies selon qui : « Souvent les conditions d'habitations sont si dégradées, au point de constituer une menace de santé publique, qu'elles démontrent l'imbrication entre le droit à un logement décent et le droit à la santé »²⁵.

- les réfugiés et les déplacés dans les centres non enregistrés :

Le groupe 484 avait recensé en 2003 une soixantaine de centres non enregistrés par le HCR sur les 479 centres collectifs de Serbie. Les réfugiés et déplacés vivant dans les centres non enregistrés représentent environ 3500 individus soit presque 15% du total des réfugiés et des déplacés hébergés en centre. Deux tiers d'entre eux vivent dans la région de Belgrade. A Kraljevo, ils sont près d'un demi-millier. Un programme de fermeture des centres collectifs est en cours mais, concernant les centres non enregistrés, les pressions exercées et les ultimatums lancés par les autorités ne sont qu'une difficulté et une incertitude de plus à gérer pour leurs habitants si aucun accompagnement et aucune alternative sérieuse ne leur sont proposés.

La mission a visité trois centres à Kraljevo (région qui recueille à elle seule presque 40 % du total des réfugiés et déplacés vivant en centre²⁶) dans lesquels les équipements fondamentaux déterminants pour la santé n'étaient pas disponibles ou en quantité insuffisante : le centre de Vitanovac, où logent 17 familles de Kosovars serbes, le camp dit du *stari aerodrom*, où vivent près de 200 Kosovars Roms, et un centre dans la même zone industrielle, où vivent, depuis 8 ans, 44 réfugiés de Croatie.

Dans le premier de ces camps, non seulement les mesures visant à assurer un approvisionnement en eau salubre et potable et en moyens d'assainissement élémentaires n'avaient pas été prises par les autorités mais les installations faites par une ONG internationale pour assurer aux familles l'accès à l'eau courante ont été volontairement bloquées par des habitants du voisinage afin d'exercer une pression sur eux pour les faire partir. Dans le second camp, les deux cabines de douches montées par la même ONG internationale n'étaient plus fonctionnelles et laissées à l'abandon dans un état de dégradation avancée.

Les trois groupes de réfugiés rencontrés par la mission vivaient tous dans des conditions de logement insalubres. En particulier, les moyens de chauffage restaient très problématiques. Dans le centre de Vitanovac, seul un poêle dans un coin diffusait de la chaleur pour l'ensemble du bâtiment. La puissance du système électrique était insuffisante pour ajouter des chauffages d'appoints individuels.

²³ US Department of State. Country Reports on Human Rights Practices - 2004 Released by the Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor / February 28, 2005 : « Roma continued to be targets of numerous incidents of police violence, verbal and physical harassment from ordinary citizens, and societal discrimination. Police often did not investigate cases of societal violence against Roma. »

²⁴ OXFAM, «The Roma livelihood in Belgrade Settlements », Belgrade, December 2001.

²⁵ «Frequently housing conditions are so substandard as to cause a public health risk, highlighting the intersection between the right to adequate housing and the right to the highest attainable standard of health» Op. cit..

²⁶ Données de l'UNHCR

Dans le centre de réfugiés croates, le chauffage collectif mural n'était pas en route, malgré les températures d'hiver très basses. Une vieille femme rencontrée par la mission nous a dit qu'elle n'avait pas les moyens de payer un chauffage électrique individuel. Les installations sanitaires étaient elles-aussi des plus rudimentaires. Le camp Rom de *stari aerodrom* est installé à une centaine de mètres seulement de la déchetterie de la ville.

3) Les mécanismes de la discrimination

De nombreuses catégories de population, parmi lesquels les groupes les plus vulnérables font l'objet de discriminations *de facto* dans l'exercice du droit à la santé, à la fois en ce qui concerne l'accès aux soins, notamment du fait de l'inaccessibilité économique pour de nombreux groupes, et en ce qui concerne leur accès aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé, et en particulier le droit à un logement décent.

Deux observations importantes sont à faire. Tout d'abord, les discriminations constatées ne s'enracinent pas dans une législation ouvertement discriminante mais elles existent au quotidien. Ensuite, il ne s'agit pas forcément de problèmes d'accès aux soins en tant que tel mais, pour être effectifs, les droits de santé supposent d'autres éléments connexes qui, eux, sont déficients. En effet, le Comité interprète le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de santé 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 (...)²⁷. Aussi les principaux mécanismes de discrimination sanitaires peuvent être reliés aux facteurs suivants :

- L'insalubrité. Les conditions de vie particulièrement dégradées qui ne répondent pas aux normes minimales du droit à la santé constituent le cœur du problème. Si d'un côté le groupe de Roms rencontrés par la mission bénéficiait d'un accès aux services de santé et à des campagnes de vaccinations régulières, de l'autre rien n'avait été fait (sauf l'installation de nylon) pour lutter contre l'humidité qui règne dans leurs maisons de bric et de broc et qui constitue la cause principale des problèmes d'asthme et de bronchite.
- L'isolement. L'éloignement des institutions spécialisées des villes et lieux de vie constitue un réel problème (pour les enfants handicapés, Vreme, 9.12.2004 cite Kulina, Tutin, Stannica, etc.). Sans être aussi éloignés des villes qu'ils ne le sont dans d'autres pays comme la Bulgarie, les centres sont souvent en périphérie. L'hôpital psychiatrique de Belgrade, situé dans le centre de la capitale, fait exception.
- Les obstacles administratifs. Des problèmes d'enregistrement et de certificats administratifs peuvent être un obstacle à l'accès aux soins de santé. Selon le rapport de l'UNHCR « nombre de personnes déplacées, en particuliers les Roms, n'ont jamais été enregistrés [...]. Ils ont à présent besoin d'être enregistrés afin de jouir de leurs droits légaux. Il n'y a aucun mécanisme afin de les assister. En Serbie, faire face à ces problèmes a été rendu encore plus difficile, en raison du manque de clarté de la politique gouvernementale »²⁸. Un des problèmes que rencontrent les Roms est la nécessité de faire état d'une adresse fixe ou de se référer à l'Etat civil de leurs parents, alors qu'eux non plus n'avaient jamais été enregistrés. En l'absence d'adresse de résidence, une personne ne peut pas être couverte par l'assurance maladie. Pour les déplacés, les documents d'identité et d'assurance sociale sont difficiles à obtenir auprès des administrations de résidence.
- Les obstacles physiques. Handicap International a alerté les pouvoirs publics des difficultés et impossibilités d'accès d'un grand nombre de personnes invalides aux établissements médicaux non spécialisés et aux moyens de transport public.

²⁷ Par.11 de l'observation générale n°14.

²⁸ « Analysis of the situation of internally displaced persons from Kosovo in Serbia and Montenegro: Law and Practice » Under the lead of UNHCR, Belgrade, October 2004.

- Les obstacles financiers. Les personnes les plus vulnérables pour ce qui est de la santé sont également celles qui sont fortement touchées par la pauvreté. Il n'est pas rare que le traitement médicamenteux prescrit ne puisse être suivi jusqu'à son terme faute de moyens. La mission a recueilli plusieurs témoignages allant dans ce sens.
- La négligence et l'indifférence. Plusieurs cas ont été signalés à la mission. Alors que par ailleurs les associations d'handicapés ont pu nouer des liens et mener des projets avec la municipalité de Belgrade, une commande d'une centaine de bus a été passée sans attention à ce qu'ils soient équipés de rampes d'accès pour les handicapés. En outre, 5% des femmes sont handicapées. Mais les cliniques gynécologiques n'ont pas de lits adaptés pour celles qui en auraient besoin. Concernant les personnes atteintes de troubles mentaux, le modèle de placement des personnes dans les familles initié à partir de l'exemple de Trieste, est largement en crise en Serbie. Car pour atteindre véritablement ses objectifs de socialisation elle demande un suivi « hors les murs » (visites régulières par un médecin psychiatre, atelier en hôpitaux de jour, ou dispensaires psychiatriques). Or ce suivi n'est pas assuré comme il le faudrait, ce qui revient à un véritable abandon des patients.
- Les stigmatisations. Dans le cas du VIH, elles se traduisent par l'absence d'une politique ciblée envers des catégories à risques comme les jeunes drogués, les homosexuels ou les prostitués. Selon le *Child Rights Centre*, on peut même parler d'un consensus du silence qui va à l'encontre de l'adoption de telle stratégie²⁹. Selon l'UNAIDS : « la faiblesse des diagnostics et la sous-estimation des cas de VIH sont dues aux conditions sociales et économiques et au fait que les groupes à hauts risques sont stigmatisés et discriminés »³⁰. La stigmatisation de certains groupes, comme les Roms, peut aussi se traduire par des comportements humiliants ou de défiance de la part de certains membres du personnel des établissements de santé. Certains responsables politiques et une partie de la presse font des déclarations d'appel à la haine envers les réfugiés et les déplacés. Ces déclarations ne sont pas suivies de plaintes ou de sanction de la part des autorités.

4) Les insuffisances de la couverture sociale

L'assurance s'est adaptée à la crise économique des années 90 en baissant artificiellement les prix officiels et donc le niveau de remboursement, évitant ainsi des mesures comme la réduction de personnel ou du nombre de bénéficiaires. La conséquence en est le décrochage du système avec la réalité des coûts. Ainsi pour faire un scanner, il fallait payer, sinon le médecin prétendait que le matériel ne fonctionnait pas. Ce décalage existe encore. Le système est profondément miné par les réticences de la population à payer à un niveau relativement élevé un fonds d'assurance peu performant. Il est aussi plombé par l'importance de l'économie grise (par nature hors système), et par la double appartenance de nombreux médecins au système public et privé (faisant passer les patients du premier qui n'est pas correctement couvert par l'assurance maladie vers le second qui ne l'est pas du tout). La question est donc, selon le Dr Gordona Matkovic du *Center for liberal-democratic studies*, celle de l'inclusion du système privé.

En 2004, le budget était de près de 82 milliards de dinars (environ 1 milliard d'Euros) dont 60% ont été consacrés au financement des salaires, 16% aux médicaments, 14% pour les prothèses et divers matériaux, 1,2% pour l'administration. La dette de 11 milliards de dinars qui s'est accumulée, essentiellement à cause de problème de prévision des recettes, a été pour la première fois inscrite dans le budget (alors qu'elle était jusque là reportée au budget suivant par une astuce comptable).

Une nouvelle loi pour l'assurance maladie et la sécurité sociale est en préparation. La direction de la sécurité sociale devrait pouvoir fixer de manière plus indépendante les critères de remboursement. Seuls les cotisants seront couverts. Un ensemble de services minimums sera assuré, le

²⁹ Rapports *Child Rights in Serbia* 1996-2002, Belgrade 2003, p.169

³⁰ UNAIDS/WHO Epidemiological fact sheet-2004 update.

reste étant pris en charge par des mutuelles ou une combinaison variée de contributions et de services. Les personnes qui ne cotisent pas devraient, selon la loi, être couvertes par le budget de l'Etat. Cependant le budget de l'Etat a été jusqu'à maintenant incapable de prendre en charge ces personnes.

Des recours insatisfaisants ou limités

Le Comité des droits économiques et sociaux note que toute personne victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale³¹. La mission considère que les recours disponibles en Serbie, qu'ils soient de nature judiciaire ou interne au système de santé, sont insatisfaisants ou limités.

- Les tribunaux sont très peu sollicités. Pourtant, un procès suite à une transfusion sanguine qui s'était avérée infectieuse (VIH) a tourné en faveur des deux patients qui avaient porté plainte. Mais la confiance dans les institutions judiciaires reste particulièrement réduite dans l'opinion. De plus, le droit médical est peu développé. Il n'y a pas de loi sur la responsabilité professionnelle des médecins. La Serbie est par contre le seul pays de la région ayant une législation prévoyant des sanctions en cas de non-accessibilité. Mais celle-ci n'est pas appliquée.
- L'ombudsman au sein des centres de santé. Créée en 2002, cette institution est le type même de réforme positive dont l'application s'est peu à peu enlisée faute de suivi et de véritables moyens. Dans les centres médicaux où le système fonctionne, les patients sont informés de leurs droits et peuvent déposer une plainte auprès de l'ombudsman. Celui-ci a une semaine pour y répondre. Après enquête, si la plainte apparaît non recevable, l'ombudsman explique au patient les justifications des médecins ou les causes conjoncturelles qui sont à l'origine du problème. Si la plainte est fondée, l'ombudsman avertit la direction du dysfonctionnement ou de la faute qui a été commise. Le cas échéant, si l'erreur est reconnue, le patient peut être remboursé de ses frais et des sanctions prises contre le personnel soignant (en général elles touchent le salaire). Les services peuvent aussi être réorganisés de manière plus adéquate. Dans le centre où la mission s'est rendue, la grande majorité des plaintes formulées contre la qualité des services était considérée comme injustifiée. En général, elles portent soit sur des délais d'attente jugés excessifs pour les examens ou le traitement soit sur des conflits relationnels entre le patient et les médecins ou le personnel. Chaque mois, deux à trois plaintes sont déposées. Sauf dans les cas où le plaignant n'avait pas eu recours au service de l'ombudsman et avait porté directement l'affaire devant les tribunaux, la médiation a permis d'éviter d'aller jusqu'au procès.

Auparavant, c'était le directeur qui gérait ces questions, souvent de manière arbitraire et généralement sans leur donner suite, si ce n'est lorsqu'elles s'avéraient utiles pour sanctionner un subordonné mal vu par la direction. Ce pouvoir lui a été retiré mais le bon fonctionnement du nouveau système dépend encore entièrement de son soutien. L'ombudsman est une personne nommée au sein du personnel de l'hôpital. C'est à la fois un atout, puisqu'il connaît parfaitement le mode de fonctionnement de l'institution et ses collègues, et un risque ou une faiblesse, puisqu'il peut être considéré comme l'espion et le traître de l'équipe. Du coup, s'il n'est pas soutenu et si les propositions ou les sanctions qu'ils proposent ne sont pas reprises par la direction, la dissuasion peut être forte. Au centre hospitalier de Zemun, dans la banlieue de Belgrade, il n'y avait aucun volontaire pour remplir cette fonction délicate. Il est possible pour le directeur de procéder d'autorité à une nomination, mais le profil idéal n'est pas simple à trouver : l'ombudsman doit à la fois posséder une formation juridique minimum et, si possible, jouir d'une certaine reconnaissance auprès de ses collègues. Un certain nombre d'institutions se sont donc retournées vers le ministère pour l'informer qu'elles n'avaient pas trouvé de membres du personnel pouvant remplir la tâche. D'autres se sont contentées d'une nomination formelle. Or, à l'autre bout de la chaîne, l'Etat n'a pas montré une forte volonté pour

³¹Observation générale, para. 59.

corriger et répondre aux insuffisances du système. Il semble peu enclin à voir les critiques remonter à partir du local (plus habitué à fonctionner dans l'autre sens), peu disposé à dégager un financement incitatif pour rétribuer l'ombudsman (la personne que la mission a rencontré consacrait 1/3 de son temps de travail à cette fonction) ou lui donner les moyens nécessaires à son indépendance (comme un bureau personnel pour pouvoir rencontrer les plaignants dans un cadre confidentiel). Signe de ce désintérêt croissant, le rapport annuel adressé en 2003 par l'ombudsman au ministère de la santé n'a pas été demandé en 2004.

- le privé : le secteur privé, qui s'est développé dans les années 90, n'a jamais été correctement régulé et encadré. Pour le moment, le système de santé a connu une privatisation sans véritable cadre légal, si bien que le secteur hospitalier public est largement financé par des paiements de la main à la main (entre patient et médecin). Les liens plus ou moins reconnus entre privé et public ont constitué un foyer important de détournement et de corruption. Le privé a cependant aussi été un palliatif aux insuffisances du public. Il y a un manque de régulation et de contrôle sur la qualité des cabinets médicaux privés. Les cliniques privées (de gynécologie, d'ophtalmologie, d'orthopédie, etc.) peuvent passer un contrat, pour fixer le prix des services et leur remboursement, avec le fond de sécurité sociale dans le cas où elles fournissent des services médicaux spécifiques qui dans le secteur public n'existent pas ou sont insuffisants. Il n'y a cependant pas de données précises sur la part du fond social qui est consacrée au privé. La politique du gouvernement s'est donnée pour objectif l'amélioration et l'accroissement des liens entre le secteur à but lucratif et le secteur public. Il n'est pourtant pas en mesure de se présenter de manière élargie comme une alternative aux défaillances du secteur public.
- les associations : On compte 70 ONG³² et associations pour les personnes handicapées. Le *Center for advanced legal studies* a proposé en avril 2002 l'adoption d'une loi de protection pour les personnes handicapées ainsi qu'une loi anti-discriminatoire. Les associations d'handicapés ont pu collaborer avec le ministère pour mettre en place cette loi qui est en cours d'adoption. La société civile s'organise pour avoir plus de poids et être reconnue par les autorités comme un interlocuteur. Handicap International (HI), en collaboration avec l'UNICEF, met en place des systèmes alternatifs qui puissent servir de modèle, et délivre une accréditation aux associations de familles et de malades. Les activités du "Centre for independent living Serbia" et de l'association des étudiants handicapés de Serbie sont largement citées dans le rapport "Beyond De-institutionalisation: the unsteady transition toward an enabling system in South East Europe". En février 2002, avec un institut canadien, l'association des étudiants handicapés a lancé un programme d'une année pour supprimer les obstacles physiques. Des rampes ont été installées à la faculté de mathématique et des sciences, à la Mairie, à la Poste et à la Bibliothèque centrale. Les trottoirs de l'avenue du centre-ville de Belgrade ont été adaptés, avec des pavés sensoriels pour guider les personnes mal voyantes, et une demande existe pour que les bus de la ville soient aussi équipés. Cacak est une ville où pratiquement tous les obstacles à la circulation ont été levés (action menée grâce à une forte association de paraplégiques). A Kraljevo, il a fallu des manifestations publiques devant la Mairie pour que des mesures soient mises en place. Ce sont les associations, et non les responsables locaux, qui viennent au secours des populations les plus démunies. L'association assure des visites dans des centres, de réfugiés et de déplacés, non enregistrés par l'UNHRC comme celui de Vitanovac (voir plus haut) lance des actions pour limiter les risques d'épidémies.

³² A l'occasion de la journée mondiale des personnes handicapées le 3 décembre 2004 article de Dejan Kožul Hebdomadaire Vreme 9.12. 2004 (traduit par le courrier des Balkans). Selon de rapport initial du gouvernement, 230 associations d'handicapés auraient bénéficié d'une aide du Ministère de la santé pour s'équiper en matériel informatique.

IV. LE SYSTEME DE SANTE : DES INSTITUTIONS INADAPTEES ET CORROMPUES ?

1) L'amélioration des prestations

Malgré les lenteurs des réformes et l'ampleur des dysfonctionnements, les trois dernières années ont vu des progrès indéniables. Au KBC (Centre Hospitalier) de Belgrade, les conditions de travail, les prestations (fourniture de médicaments, chauffage, composition des repas délivrés aux patients) et les salaires du personnel se sont améliorés. Au dispensaire de Kraljevo, les listes d'attente pour un diagnostic sont passées en moyenne à une trentaine de jours, ce qui est considéré comme un succès. L'hôpital et le centre de santé sont également parvenus en 2004 à ne pas engranger de pertes financières. L'acquisition du matériel est autofinancée par l'hôpital. Des collaborations extérieures, comme c'est le cas entre le centre de santé de Kraljevo et un institut de cures et bains thermaux voisins, peuvent constituer des sources de revenus notables. Dans le cadre d'une donation internationale, le centre de santé de Bujanovac a pu ravalé sa façade et présente désormais une enseigne en Serbe et en Albanais.

2) L'inadaptation persistante du système :

- La loi fixe des standards (par exemple sur le nombre de médecins ou la régularité des visites en institutions psychiatriques) qui ne sont pas appliqués en pratique.
- Le système hospitalier est à la fois surdimensionné et sous-financé. La structuration du système de santé n'est pas claire sur la séparation des trois niveaux de couverture de santé. Le problème principal vient du fait que le système comporte trop de spécialistes et trop peu de médecins généralistes. En conséquence, une partie des niveaux secondaires et tertiaires assure *de facto* les services du secteur primaire.
- Le système n'est pas adapté aux besoins. Il y a un manque de généralistes et un excès de spécialistes (83 % des médecins sont des spécialistes). La quasi-totalité de ces spécialistes n'ont pas suivi de formation depuis 15 ans, et donc leurs connaissances et leurs pratiques sont, en partie ou largement, obsolètes. Malgré leur sur-spécialisation, certains personnels manquent néanmoins dans certaines régions. A Kulina, un des plus importants centre spécialisé pour enfants handicapés, on ne compte que 2 personnes ayant une formation spécialisée pour environ 600 enfants (Vreme. 9.12.2004). Il n'y a pas de gynécologue femme ni de psychiatre à Bujanovac (10 000 habitants).
- Les 5 facultés de médecine que compte le pays dispensent un savoir essentiellement théorique sans que les étudiants aient rapidement accès à une formation pratique. Il semblerait aussi que la qualité des formations est inégale entre les facultés.
- Certains équipements manquent notamment dans les régions les plus pauvres. Au centre de santé de Bujanovac il manque même du matériel de base (seringues, compresses, ...). Le matériel pour le diagnostique du dispensaire de Kraljevo est usé ou insuffisant (manquent notamment des équipements pour rayons X ou ultrasons).
- Encore rares sont les hôpitaux ayant un traitement satisfaisant des déchets médicaux. Les parties organiques ou les instruments opératoires et les seringues sont souvent jetés sans stérilisation et traitement préalable.
- La centralisation menée sous le régime Milosevic a déconnecté le système de santé des spécificités locales.
- Le système de santé apparaît trop cloisonné et fermé. Il n'y a pas d'échanges bilatéraux entre institutions seulement entre capitales, par exemple entre Sarajevo et Belgrade et la collaboration au niveau régional se fait essentiellement sur l'initiative personnelle de certains médecins. Dans la situation actuelle, ce ne sont pas les hôpitaux qui organisent les échanges, mais les patients, qui en ont les moyens et l'information, qui se déplacent pour se faire soigner là où les services sont de meilleure qualité.

Autres cloisonnements : Il n'y a pas de rencontres organisées entre les ombudsmans pour partager leur expérience. Il n'y a pas de protocole de partenariat entre le centre social de Kraljevo et l'hôpital pour développer une véritable coopération sur les questions d'alcoolisme ou de placement des enfants. De même, il n'y a pas de coordination suffisante et claire entre

les différents services (police, centre social, etc.) pour traiter efficacement la question des violences familiales. Or, loin de diminuer, ce phénomène est en augmentation dans des régions comme la Serbie du Sud-Est. Il n'y a pas non plus d'échanges suffisamment approfondis entre le centre de service social et l'UNHCR pour poser et se confronter aux problèmes de fond. Autre symptôme révélateur : le ministère de la santé se montre réticent envers les programmes d'aide directe du HCR aux déplacés (la seule organisation à donner directement des médicaments aux malades).

- Les ministères se renvoient mutuellement les responsabilités. Il n'y a pas de politique nationale de la santé sur la durée qui soit adoptée.
- La culture de la santé est basse, en particulier en province. Une majorité de patients adopte des comportements à risque et ne viennent pas se soigner suffisamment tôt. L'éducation primaire est négligée.

3) Situation de rentes et corruption

La Serbie est classée, en 2003, pour ce qui est de la corruption, à la 106^e place sur 133 par l'institut « Transparency International ». Cette note révèle un système généralisé de corruption dans les sphères économiques et politiques. Pour ce qui est de la santé, les pratiques de corruptions sont anciennes, elles se sont généralisées et monétarisées (auparavant elles se faisaient surtout en nature). Dans une étude récente menée par une ONG de Kraljevo « Lingva », le domaine de la santé est perçu comme le plus touché par la corruption (28,1 % des personnes interrogées citent la santé)³³. Ce résultat confirme ce qui avait déjà été mis en lumière deux ans plus tôt par un « Country Procurement Assessment Report » de la Banque Mondiale à savoir que « Le secteur de santé est considéré comme l'épicentre des financements de la corruption en Serbie ».

Les mécanismes de corruption ont plusieurs effets : premièrement la corruption discrimine les individus selon leur revenu et leur lien avec les médecins. Si l'on connaît personnellement les médecins, on est mieux soigné; si on paye, on peut être soigné plus rapidement. Deuxièmement, la corruption tend à réduire les cotisations et donc les dépenses publiques dans le domaine de la santé et de l'éducation. Troisièmement la corruption, comme elle se pratique en Serbie, ne garantit nullement la qualité et la réalisation du service de santé car le coût réel des soins n'est pas indiqué par l'Etat. D'une part, le patient ne sait jamais si l'enveloppe qu'il a glissée est suffisamment remplie, et d'autre part, le patient ne sait pas si le médecin en tiendra compte pour lui prodiguer des soins de qualité. Enfin, ce système de corruption est renforcé par le nombre de médecins et la taille disproportionnée du système de santé. Les médecins sont nombreux, mal-payés (avec un salaire moyen pour les spécialistes de 27 000 Dinars soit 335 € et 22 000 Dinars pour les généralistes soit 275 €) et donc facilement corruptibles. Le système de corruption est aussi lié à l'absence de claire séparation en services public et privé, un patient peut se retrouver à payer deux fois le même service (une fois à l'hôpital et une fois dans le cabinet privé du même médecin). Les salaires du personnel médical, même s'ils ont été augmentés, sont insuffisants et conduisent à la corruption. La corruption n'est pas forcément ou systématiquement plus élevée que dans les autres services de l'Etat (police, justice, enseignement) mais suffisante pour apparaître comme une des causes majeures des blocages pour rationaliser le système de santé. Il n'y a pas de véritable contrôle du fonds de l'assurance sociale. Pas d'évaluation des gaspillages, des détournements et de la corruption. Les fonds sont mal orientés, non vers les institutions les plus performantes mais vers les plus grandes et en fonction des projets.

Le FMI dans sa déclaration issue du PRSP presse le gouvernement « de mettre en place des mécanismes afin de réduire les barrières, telles que les paiements informels et la corruption, à l'accessibilité aux soins de santé et permettre une meilleure redistribution. [Pour le FMI] il est crucial d'inscrire ces mesures dans les procédures budgétaires et de contrôler les dépenses de santé publiques et privées ; puisque ces progrès vont permettre une ré-allocation des dépenses publiques et une réduction des paiements non remboursés des soins de base, en particulier pour les pauvres et les populations vulnérables. Le PRSP reconnaît les problèmes de paiements directs, de pot de vin et de corruption mais ne prévoit pas de mesures spécifiques afin de d'éliminer ces problèmes »³⁴. Le rapport

³³ Des résultats similaires ont été notés dans le PRSP.

³⁴ Serbia and Montenegro: Joint Staff Assessment of the Poverty Reduction Strategy

du Conseil de l'Europe, fin 2004, n'était pas des plus optimistes, soulignant les réserves émises par le vice-président du *Council's monitoring activities* sur la détermination réelle des autorités de lutter plus efficacement contre la corruption³⁵.

Dans une déclaration du 21 mars 2005, Verika Barac, présidente du conseil pour la lutte contre la corruption, affirme que les amendements récents présentés par le gouvernement serbe prouvent que le gouvernement n'est pas prêt à combattre la corruption³⁶.

Exemples de corruption très courants en Serbie³⁷ :

Si une femme veut accoucher dans de bonnes conditions, c'est-à-dire qu'elle désire voir un médecin avant et/ou pendant l'accouchement. Voici les deux cas de figure qui nous ont été rapportés.

1. Si le gynécologue travaille dans une clinique publique (en Serbie on ne peut accoucher que dans les cliniques publiques) et n'a pas de cabinet privé. Il est alors nécessaire pour avoir un rendez-vous de lui faire des de temps en temps des paiements de la main à la main. Le coût est d'environ 100 à 200 € tous les deux mois (et plus souvent s'il y a des complications), et une somme de 1000 € avant l'accouchement lui-même.

2. Si ce même médecin gynécologue a son propre cabinet privé, alors il reçoit chez lui pour les examens. Là, les prix sont très variables mais au moins ils sont affichés et l'on reçoit un reçu pour le paiement de la consultation. Au moment de l'accouchement ce même médecin s'engage à être présent car il est de toute manière employé à la clinique publique.

Un autre cas qui nous a été rapporté est celui d'un jeune homme qui devait être soigné pour une opération bénigne du genou. Il est allé à l'hôpital et il a été laissé là à attendre: chaque jour l'opération était reportée pour une raison ou pour une autre. Les raisons étant de plus en plus imaginaires et absurdes. C'est une manière commune de faire comprendre au patient qu'il doit payer quelque chose au médecin. Quand le jour venu il a donné 200 €, il a été opéré le jour même.

Enfin, dans le cas d'une personne plus âgée qui nécessitait une opération du col du fémur (une opération plus lourde que la précédente). Les médecins à l'hôpital ont dit qu'ils manquaient de matériel (pansements, compresses, médicaments...) ce qui voulait dire qu'il fallait payer. Cette personne a dû payer presque 1000 € pour être opérée.

Paper, April 2004. IMF Country Report No. 04/117

³⁵ Council of Europe, « Serbia and Montenegro compliance with obligations of the post-accession co-operation programme », Information documents, SG/INF(2004)23 revised 2, 14 september 2004.

³⁶ Beta citée par B92, 21 mars 2005

³⁷ Ces exemples ont été recueillis par notre mission à la suite d'entretiens semi-directifs.

V. LES REFORMES : DES LOIS INAPPLIQUEES ?

1) Des efforts et des acquis

- Insertion des handicapés dans les entreprises : le ministère du travail accorde des aides qui peuvent s'élever jusqu'à 60 000 Dinars, plus des exonérations de charges sociales la première année d'embauche sous condition que l'employeur conserve durant au moins deux ans la personne handicapée. Le ministère a réagi aux détournements de la loi constatés lors du lancement de la loi (pression pour se débarrasser de l'employé après avoir récupéré l'aide publique). Une loi pour mettre en place des quotas d'embauche est en préparation. L'information est diffusée au sein des Associations nationales pour l'emploi (un service particulier pour les handicapés existe).
- La réforme des commissions de catégorisation (en cours) devrait permettre plus de transparence. De nombreux travaux ont été menés, en particulier à Belgrade, pour améliorer la liberté de circulation des handicapés. Le ministère de l'emploi (apparemment plus actif que les autres sur cette question) prépare aussi une loi anti-discriminatoire. Une loi sur la maladie mentale est également en chantier.
- Approche multisectorielle. En janvier 2005, un comité pour la prévention contre l'abus de substances psycho-actives (drogues et alcool) a tenu une première réunion. Il réunissait des représentants de divers ministères (santé, travail, intérieur, justice, culture).

En janvier 2005 également, la Serbie-Monténégro a participé à une conférence organisée à Helsinki sous l'égide de l'OMS où un Plan d'action contraignant dans le champ de la santé mentale a été adopté. A Nis, un projet pilote de dispensaire (*community mental health service*) devrait être mis en place en mars 2005, dans le cadre d'un vaste programme régional dirigé par l'OMS.

2) Enlèvement et inapplication des réformes

Les blocages sont moins idéologiques que liés aux habitudes et à la difficulté de sortir de la mentalité héritée de l'ancien système. Les prégnances de ce système sont d'autant plus pesantes qu'il a, autrefois, été en mesure d'assurer des prestations de bon niveau et gratuites pour les patients. Les réformes qui suppriment un certain nombre de droits (droits certes devenus avec le temps souvent virtuels) sont difficiles à mener sans un consensus social suffisant et un gouvernement prêt à prendre et assumer ses responsabilités. Or, avec la succession ininterrompue de scrutins depuis deux ans, les politiciens, en campagne permanente, évitent de tenir un discours franc et réaliste. Pour pouvoir implanter les réformes, faire comprendre à la population leur nécessité et dépasser les craintes sur leur emploi aux médecins, il faudrait au moins quatre années d'actions et de stabilité politique. On en est loin aujourd'hui. La santé n'est pas une priorité de l'agenda politique. Les réformes engagées sous Djindjic sont freinées. Au début de l'année 2003, la Serbie-Monténégro était considérée par la BERD comme le pays d'Europe de l'Est ayant accompli le plus de progrès dans la mise en place des réformes³⁸. Ce rythme ne devait hélas pas être tenu sur la durée notamment dans le secteur de la santé. L'adoption de la loi sur la santé par le Parlement a été à plusieurs reprises reportée. Le ministre va essayer de faire passer cette loi en mars 2005 mais il n'est pas encore assuré d'y arriver (selon le vice-directeur de l'hôpital de Kraljevo).

Comme cela a été le cas lors de l'introduction d'ombudsman au sein des hôpitaux et cliniques, certaines réformes positives engagées par l'Etat restent problématiques dans leur application pratique. Le « Disability monitor initiative South East Europe » en donne un autre exemple avec la législation autorisant les enfants handicapés à rejoindre le système scolaire général mais ne prévoyant aucune formation spéciale pour les professeurs, ni adaptation pour permettre l'accès aux salles de classe³⁹.

Plusieurs causes pouvant expliquer le blocage des réformes peuvent être avancées :

- La réforme du système de santé est une des réformes les plus risquées du point de vue politique. En effet, elle demande à la fois une restructuration du personnel soignant et une réévaluation du coût réel des soins de santé.

³⁸ *Transition report*, 2003, 2004. EBRD

³⁹ Disability Monitor Initiative South East Europe "Beyond De-institutionalisation : the unsteady transition toward an enabling system in South East Europe", 2004. www.disabilitymonitor-see.org

- Après les élections législatives 2003, la nouvelle coalition a cherché à modifier sensiblement le rythme et le contenu du programme de réformes du gouvernement de Zoran Djindjic. Cette révision systématique des réformes s'est traduite dans le domaine de la santé par le report du vote du projet de loi et par le remplacement de nombreux cadres de l'administration. Il manque également une vision politique et un consensus suffisant sur l'avenir du système de santé.
- Une partie du corps médical et les institutions « représentatives » semblent réticentes à presser le rythme des réformes de manière à préserver leur position de rentes.
- L'administration de la santé montre des signes de résistance à la régionalisation du système de santé.
- L'adhésion à l'UE, dans un horizon encore vague, ne constitue pas un stimulant suffisamment fort pour mettre en place des réformes rapides.

3) Politique de santé ou santé politique ?

Certains dysfonctionnements, que l'on pourrait qualifier de « politiques », du système de santé peuvent apparaître comme favorables à certaines catégories et à l'inverse, être préjudiciables à d'autres :

- Les responsables du système de santé sont nommés sur des critères d'appartenance politique. Le recrutement ne s'effectue pas nécessairement sur des critères de compétences, il peut se faire par « achat » de poste de responsabilité.
- L'instabilité de la scène politique se répercute sur le système de santé en ne permettant pas une continuité des réformes et une reconnaissance des compétences.
- La qualité des soins prodigués peut dépendre des liens de connaissance parmi les membres de parti politique.
- L'attention excessive portée au statut dans les stratégies professionnelles de médecins affaiblit la pratique médicale (la sur-spécialisation en est un signe). Certains domaines sont délaissés (gériatrie), il y a peu de médecins ruraux.
- Le recrutement de médecins albanais demeure très limité (un seul médecin albanais actif à Bujanovac).

4) L'aide internationale

L'Union européenne est le principal bailleur international en Serbie : l'UE a investi, en 2004, 8 millions d'Euros dans le domaine de la santé. USAID est le donateur bilatéral le plus important.

La contribution européenne est cependant en diminution sensible : le secteur de la santé est le quatrième plus important domaine d'investissement depuis octobre 2000 avec 75 millions (toutefois loin derrière le secteur énergétique qui a lui seul bénéficié d'une aide de 391 millions d'Euros), mais le montant de 2004 le situe au 9ème rang des investissements européens de cette année (EAR, www.ear.eu.int).

Les résultats du programme européen d'assistance CARDS⁴⁰ (anciennement Obnova) resteraient médiocres. De nombreux problèmes récurrents sont liés à ce type d'aide. Les projets sont souvent de courts termes, les experts bien rémunérés proviennent pour l'essentiel des pays de l'UE et mobilisent la plus grande partie des budgets. Enfin ces projets n'associent pas suffisamment les autorités et institutions locales, en partie à cause de leur propre désintérêt.

⁴⁰Community Assistance for Reconstruction, Development and Stabilisation pour les Balkans de l'Ouest.

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

La FIDH se félicite de la signature par la Serbie-Monténégro le 22 mars 2005 de la Charte sociale européenne révisée, qui garantit le droit à la santé. La FIDH note également les efforts du gouvernement serbe pour réformer le système de santé.

Néanmoins, la FIDH considère qu'un certain nombre des obligations minimales de la Serbie au regard du droit à la santé, notamment celles de garantir le droit d'accès aux centres, biens et services de santé selon un principe de non-discrimination en particulier envers les groupes vulnérables ou marginaux et d'assurer l'accès à des facteurs fondamentaux déterminants du droit à la santé tels que le logement ne sont pas atteintes.

La FIDH estime qu'une discrimination importante existe notamment à l'égard des deux groupes les plus vulnérables en Serbie à savoir les Roms et les réfugiés et déplacés. Si cette discrimination n'est pas *de jure* mais *de facto*, la FIDH considère néanmoins que l'Etat serbe ne prend pas suffisamment de mesures pour pallier cette situation. Par ailleurs, le handicap et la santé mentale, particulièrement importantes dans un contexte post-conflit ne font pas l'objet d'une attention suffisante de la part du gouvernement.

L'obligation minimale de mettre en oeuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population n'est pas atteinte. Si le budget affecté à la santé n'apparaît pas nécessairement insuffisant, sa répartition ne répond pas aux besoins de la population. D'une part, les besoins des groupes de population les plus vulnérables (Roms, réfugiés, handicapés...) ne sont pris en compte de manière spécifique. D'autre part, les soins primaires bien que prioritaires sont négligés en comparaison des niveaux secondaires et tertiaires.

Le système de soins est donc inadapté aux réalités nationales et nécessite des réformes importantes. Cependant, comme l'a constaté la mission, les réformes entreprises se heurtent à des blocages importants liés à l'instabilité politique et à des résistances de la part des bénéficiaires du système de rentes actuel. Or, cette absence de réforme pour adapter le système aux nouvelles réalités, ainsi que l'absence de claire répartition entre le secteur privé et public est également propice au développement de la corruption.

Ainsi l'Etat serbe pêche surtout par ses défaillances. La mission ayant surtout constaté des manquements à l'obligation de *mettre en oeuvre* le droit à la santé, du fait que l'Etat s'abstient de prendre toutes les mesures voulues pour garantir la réalisation de ce droit.

Recommandations

Au gouvernement serbe et au ministère de la santé

- Procéder rapidement à la ratification de la Charte sociale européenne révisée signée le 22 mars 2005 par la Serbie-Monténégro ainsi que le protocole de 1995 prévoyant un système de réclamations collectives, qui permet de saisir le Comité européen des Droits sociaux de recours alléguant de violations de la Charte;

- Combattre l'ensemble des mécanismes de discriminations: les catégories de personnes discriminées par le système actuel doivent faire l'objet d'une aide prioritaire en matière de santé. L'année 2005 sera consacrée par l'ONU à la situation des Roms. Des programmes doivent être lancés en Serbie pour faire progresser leur accès à la santé ; en particulier pour les Roms déplacés du Kosovo. Toutes les barrières administratives concernant les soins et le logement des réfugiés et des personnes déplacées doivent rapidement être levées;

- Rééquilibrer le recrutement des médecins en faveur des minorités;
- Veiller à ce qu'en cas d'atteintes au droit à la santé ou à d'autres droits de l'Homme dans le cadre des soins de santé, les responsabilités soient établies et des recours effectifs disponibles. A cet égard, le rôle, les prérogatives et les moyens de l'ombudsman doivent être renforcés et son action doit se faire en coordination avec les ONG de patients;
- Renforcer le niveau primaire du système de santé et lui accorder des moyens prioritaires. Le gouvernement doit mettre en place une politique permettant l'augmentation du nombre de généralistes, et la requalification des spécialistes;
- Mettre en place une politique efficace de prévention associant les écoles primaires et secondaires;
- Mettre en place un système de contrôle et de réglementations claires du secteur de santé privé ;
- Rendre plus facilement accessibles les données et les informations budgétaires à tous les niveaux de l'institution de la santé;
- Promouvoir une politique de soins des personnes souffrant de traumatismes post-conflit, notamment pour les individus ayant été mobilisés. Les conséquences de 10 ans de guerre ne sont pas suffisamment prises en compte aujourd'hui en Serbie. Un réseau de dispensaires pour suivre ou accueillir les patients souffrant de troubles psychologiques doit être mis en place;
- Développer une campagne de lutte contre les violences contre les femmes. Cette recommandation doit être reliée à la précédente;
- Ne pas fermer les centres « collectifs » sans un accord explicite des réfugiés et des déplacés qui y résident. Des solutions de logement durables et de qualité doivent être trouvées, en respectant les demandes des résidents de ces centres « collectifs ». Dans les cas où les résidents des centres « collectifs » ne veulent pas en partir, il est néanmoins absolument nécessaire d'améliorer les conditions de vie de ces centres;
- Renforcer rapidement les politiques de lutte contre le VIH et faciliter l'accès aux traitements du VIH/Sida;
- Adapter les infrastructures de santé à l'accueil des personnes handicapées. Une des demandes des associations est que les soins prodigués le soient dans des institutions qui sont communes aux handicapés et non-handicapés;
- Concernant la lutte contre la corruption, augmenter les salaires des médecins tout en contrôlant mieux les dépenses. Le gouvernement de Serbie doit adopter une stratégie nationale de lutte contre la corruption en conformité avec la Convention de l'ONU contre la corruption – ratifiée en décembre 2004. Le gouvernement doit veiller à ce que l'on n'attende pas des utilisateurs du système de santé qu'ils effectuent des paiements illicites.
- Renforcer la coopération régionale (entre pays de l'ex-Yougoslavie) et des PECO sur la base de la libre circulation des patients et des accords institutionnels horizontaux (directement entre hôpitaux par exemple).

A la communauté internationale :

- Mettre fin aux retours forcés de réfugiés de l'ex-Yougoslavie, qui contribuent à détériorer la situation de la prise en charge des réfugiés et déplacés déjà en Serbie.
- Renforcer la coopération en matière de santé, notamment entre ONG de médecins de l'Union européenne et de Serbie.

- Renforcer la formation (ou re-formation) des médecins généralistes dans le cadre de programme CARDS ou USAID.
- Financer activement un observatoire des maladies infectieuses et du VIH en Serbie.
- Développer une politique de coopération sur l'accueil des malades venant de Serbie dans l'UE.

La FIDH représente 141 organisations des droits de l'Homme réparties sur les 5 continents

141 organisations à travers le monde

Afrique du Sud Human Rights Committee of South Africa	Chine Human Rights in China	Defence des Droits de L'Homme	Droits Humains	des Droits des Personnes et Libertés Publiques
Albanie Albanian Human Rights Group	Colombie Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos	Guinée Bissau Liga Guineense dos Direitos do Homem	Mauritanie Association Mauritanienne des Droits de L'Homme	Rwanda Collectif des Ligues pour la Defense des Droits de L'Homme Au Rwanda
Algérie Ligue Algérienne de Défense des Droits de L'Homme	Colombie Corporacion Colectiva de Abogados Jose Alvear Restrepo	Irak (Royaume Uni) Iraqi Network for Human Rights Culture and Development	Mexique Comision Mexicana de Defensa y Promocion de los Derechos Humanos	Rwanda Ligue Rwandaise pour la Promotion et la Defense des Droits de L'Homme
Algérie Ligue Algérienne des Droits de L'Homme	Colombie Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos	Iran Centre des Défenseurs des Droits de L'Homme en Iran	Mexique Liga Mexicana por la Defensa de los Derechos Humanos	Sénégal Organisation Nationale des Droits de L'Homme
Allemagne Internationale Liga für Menschenrechte	Congo Brazzaville Observatoire Congolais des Droits de L'Homme	Iran (France) Ligue de Defense des Droits de L'Homme en Iran	Moldavie League for the Defence of Human Rights	Sénégal Rencontre Africaine pour la Defense des Droits de L'Homme
Argentine Centro de Estudios Legales y Sociales	Côte d'Ivoire Ligue Ivoirienne des Droits de L'Homme	Irlande Irish Council for Civil Liberties	Mozambique Liga Mocabicana Dos Direitos Humanos	Serbie et Montenegro Center for Antiwar Action - Council for Human Rights
Argentine Comité de Accion Juridica	Côte d'Ivoire Mouvement Ivoirien des Droits de L'Homme	Irlande du Nord Committee On the Administration of Justice	Nicaragua Centro Nicaraguense de Derechos Humanos	Soudan (Royaume Uni) Sudan Organisation Against Torture
Argentine Liga Argentina por los Derechos del Hombre	Croatie Civic Committee for Human Rights	Israël Adalah	Niger Association Nigerienne des Droits de L'Homme	Soudan (Royaume Uni) Sudan Human Rights Organization
Autriche Österreichische Liga für Menschenrechte	Cuba Comision Cubana de Derechos Humanos y Reconciliacion Nacional	Israël Association for Civil Rights in Israel	Nigeria Civil Liberties Organisation	Suisse Ligue Suisse des Droits de L'Homme
Azerbaïdjan Human Rights Center of Azerbaijan	Ecosse Scottish Human Rights Centre	Israël B'tselem	Nouvelle Calédonie Ligue des Droits de L'Homme de Nouvelle Calédonie	Syrie Comité pour la Defense des Droits de L'Homme en Syrie
Bahreïn Bahrain Human Rights Society	Egypte Egyptian Organization for Human Rights	Israël Public Committee Against Torture in Israel	Ouganda Foundation for Human Rights Initiative	Tanzanie The Legal & Human Rights Centre
Bangladesh Odhikar	Egypte Human Rights Association for the Assistance of Prisoners	Italie Liga Italiana Dei Diritti Dell'uomo	Pakistan Human Rights Commission of Pakistan	Tchad Association Tchadienne pour la Promotion et la Defense des Droits de L'Homme
Bélarus Human Rights Center Viasna	El Salvador Comision de Derechos Humanos de El Salvador	Italie Unione Forense Per la Tutela Dei Diritti Dell'uomo	Palestine Palestinian Centre for Human Rights	Tchad Ligue Tchadienne des Droits de L'Homme
Belgique Liga Voor Menschenrechten	Equateur Centro de Derechos Economicos y Sociales	Jordanie Amman Center for Human Rights Studies	Panama Centro de Capacitacion Social	Togo Ligue Togolaise des Droits de L'Homme
Belgique Ligue des Droits de L'Homme	Equateur Comision Ecumenica de Derechos Humanos	Jordanie Jordan Society for Human Rights	Pays Bas Liga Voor de Rechten Van de Mens	Tunisie Conseil National pour Les Libertés en Tunisie
Bénin Ligue pour la Defense des Droits de L'Homme Au Bénin	Equateur Fundacion Regional de Asesoría en Derechos Humanos	Kenya Kenya Human Rights Commission	Pérou Asociacion Pro Derechos Humanos	Tunisie Ligue Tunisienne des Droits de L'Homme
Bhoutan People's Forum for Human Rights in Bhutan (Nepal)	Equateur Federacion de Asociaciones de la Defensa y Promocion de los Derechos Humanos	Kosovo Conseil pour la Defense des Droits de L'Homme et des Libertés	Philippines Philippine Alliance of Human Rights Advocates	Turquie Human Rights Foundation of Turkey
Bolivie Asamblea Permanente de los Derechos Humanos de Bolivia	Etats Unis Center for Constitutional Rights	Kyrgistan Kyrgyz Committee for Human Rights	Polynésie Française Ligue Polynésienne des Droits Humains	Turquie Insan Haklari Dernegi / Ankara
Brésil Centro de Justicia Global	Ethiopie Ethiopian Human Rights Council	Espagne Asociacion Pro Derechos Humanos	Portugal Civitas	Turquie Insan Haklari Dernegi / Diyarbakir
Brésil Movimento Nacional de Direitos Humanos	Finlande Finnish League for Human Rights	Lettonie Latvian Human Rights Committee	RDC Ligue des Electeurs	Union européenne FIDH AE
Burkina Faso Mouvement Burkinabe des Droits de L'Homme & des Peuples	France Ligue des Droits de L'Homme et du Citoyen	Liban Association Libanaise des Droits de L'Homme	RDC Groupe Lotus	Uzbekistan Legal Aid Society
Burundi Ligue Burundaise des Droits de L'Homme	Georgie Human Rights Information and Documentation Center	Liban Foundation for Human and Humanitarian Rights in Lebanon	République de Djibouti Ligue Djiboutienne des Droits Humains	Vietnam (France) Comité Vietnam pour la Defense des Droits de L'Homme
Cambodge Cambodian Human Rights and Development Association	Grèce Ligue Hellenique des Droits de L'Homme	Liban Palestinian Human Rights Organization	République Tchèque Human Rights League	Yemen Human Rights Information and Training Center
Cambodge Ligue Cambodgienne de Défense des Droits de L'Homme	Guatemala Centro Para la Accion Legal en Derechos Humanos	Liberia Liberia Watch for Human Rights	Roumanie Ligue pour la Defense des Droits de L'Homme	Yemen Sisters' Arabic Forum for Human Rights
Laos (France) Mouvement Lao pour Les Droits de L'Homme	Guatemala Comision de Derechos Humanos de Guatemala	Libye (Suisse) Libyan League for Human Rights	Royaume-Uni Liberty	Zimbabwe Zimbabwe Human Rights Association Zimrights
Cameroun Maison des Droits de L'Homme	Guinée Organisation Guinéenne pour la	Lithuanie Lithuanian Human Rights Association	Russie Citizen's Watch	
Cameroun (France) Ligue Camerounaise des Droits de L'Homme		Malaisie Suaram	Russie Moscow Research Center for Human Rights	
Canada Ligue des Droits et des Libertés du Québec		Mali Association Malienne des Droits de L'Homme	Rwanda Association pour la Defense	
Centrafrique Ligue Centrafricaine des Droits de L'Homme		Malte Malta Association of Human Rights		
Chili Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo		Maroc Association Marocaine des Droits Humains		
		Maroc Organisation Marocaine des		

La Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme (FIDH) est une organisation internationale non-gouvernementale attachée à la défense des droits de l'Homme énoncés par la Déclaration universelle de 1948. Créée en 1922, elle regroupe 141 organisations membres dans le monde entier. À ce jour, la FIDH a mandaté plus d'un millier de missions internationales d'enquête, d'observation judiciaire, de médiation ou de formation dans une centaine de pays.

La Lettre

est une publication de la Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme (FIDH), fondée par Pierre Dupuy.

Elle est envoyée aux abonnés, aux organisations membres de la FIDH, aux organisations internationales aux représentants des Etats et aux médias.

Elle est réalisée avec le soutien de la Fondation de France, de la Fondation un monde par tous, de la Caisse des dépôts et consignations et de l'UNESCO. 17, passage de la Main d'Or - 75011 - Paris - France CCP Paris : 76 76 Z

Tel : (33-1) 43 55 25 18 / Fax : (33-1) 43 55 18 80

E-mail : fidh@fidh.org/Site Internet :

http://www.fidh.org

ABONNEMENTS - (Euros)

La Lettre - France - Europe : 25 Euros - Etudiant - Bibliothèque : 20 Euros - Hors Europe : 30 Euros

Les rapports - France - Europe : 50 Euros - Etudiant - Bibliothèque : 30 Euros

Hors Europe : 60 Euros - **La Lettre** et les rapports de mission - France - Europe : 75 Euros

Etudiant - Bibliothèque : 50 Euros - Hors Europe : 90 Euros

Directeur de la publication : Sidiki Kaba
 Rédacteur en Chef : Antoine Bernard
 Assistante de publication : Céline Ballereau-Tetu
 Auteurs du rapport : Joël Hübrecht, Boris Najman
 Coordination du rapport : Alexandra Koulaeva, Elin Wrzoncki
Imprimerie de la FIDH - Dépôt légal avril 2005 - n° 416
Commission paritaire N° 0904P11341
ISSN en cours - Fichier informatique conforme à la loi du 6 janvier 1978
(Déclaration N° 330 675)

prix : 4 Euros